

П.Д. Тищенко

Жизнь и власть: био-власть в современных структурах врачевания

Согласно концепции Мишеля Фуко в XIX в. **начинает формироваться** новый тип власти, который он назвал *био-власть* или *био-техно-власть*. В предшествующий период власть представляла прежде всего в формах распоряжения суверена жизнью и смертью, а также собственностью подданных. Теперь она приобрела форму заботы о качестве человеческой жизни – ее здоровье и эффективности. Намеченная Мишелем Фуко тема био-власти указывает на «матрикс» дискурсивных и внедискурсивных научно (медицински) обоснованных дисциплинарных практик контроля, нормализации и совершенствования человеческого тела.

Втягивая человека в асимметричные структуры подчинения под предлогом «заботы о себе», этот матрикс продуцирует фундаментальное метафизическое разделение существа человека на «тело» (объект контроля) и его «самость как» (субъект контроля). По Фуко, речь идет о том, что конкретные медицинские технологии создают историческое априори – технологически выраженные условия мыслимости человеческого существа в качестве субъекта и объекта. В этом смысле он считал свою философию современным вариантом трансцендентализма.

Особую роль в биополитических механизмах идентификации в качестве тела и самоидентификации в качестве субъекта играет научная истина. Фуко вполне следует новоевропейской традиции, связывая знание и силу (власть). Однако следующим шагом он с ней резко порывает. Дело в том, что от Бекона до Канта, Гегеля, Маркса, Гуссерля и даже Фрейда «знание и сила» оказывались экзистенциально-онтологическим основанием свободы человека

в качестве «субъекта» своей жизнедеятельности¹. Нервом многих рассуждений Фуко становится разрыв с этой традицией. Истина действительно дает власть. Но это сила не освобождающая, а закрепощающая, продуцирующая сложную сеть зависимости и подчинения, – био-власть, крепезным узлом которой является структура «субъекта».

В сравнении с культурно-исторической ситуацией, в которой работал Фуко, современная – стала качественно иной. Данное обстоятельство позволяет попытаться разыграть тему био-власти иначе. Не лучше и не «истинней», чем у Фуко, а просто по-другому, исходя из иной философской традиции в контексте иных исторических обстоятельств. Радикально другой стала современность, которая мной (вслед за Ульрихом Бекком) маркируется как «другой модерн». Изменились и биомедицинские практики, и наука, и общество. Эти изменения и характер их влияния на структуры современного типа био-власти мной предварительно исследованы в уже опубликованных работах². Если Фуко вычленил из треугольника истина-власть-свобода третий элемент (свободу), то в моих работах делается попытка показать, что и связь истины с властью не столь однозначна. В предлагаемой читателю статье будет дано описание еще недостаточно обсужденного аспекта – трансформаций базисных структур медицинских практик, в результате которых меняется характер массового производства субъект-объектного различия – биополитических аппаратов идентификации и самоидентификации.

Пространство современной медицины может быть гипотетично представлено сочетанием полиморфных структур трех моделей – медицинской, социальной и экзистенциальной. Каждая из них предлагает свою особую схему субъективации и объективации – произведения субъекта и объекта телесного страдания как особых социальных конструкций, специфика которых определяется особенностями понимания целей врачевания. Рассмотрев эти модели, можно будет в заключение дать набросок недостаточно осмысленных аспектов новых типов био-власти.

1. Медицинская модель

Точкой отсчета в нашем исследовании выступит традиционная медицинская модель. Это классическая модель³ медицинской деятельности, в рамках которой самоидентичность врачей в качестве субъектов действия и пациентов в качестве объектов врачевания достаточно полно раскрывается в свете *монодисциплинарного* медицинского знания. В основе влиятельности медицинской модели лежит фундаментальное пред-понимание (неявное, закрепленное традицией знание), которое наделяет врачебное сословие особого рода полномочиями по защите от болезней и оказанию помощи страдающим людям. Лишь врачи, обладая особым рода профессиональным знанием, способны видеть истинные причины телесных страданий (болезней) и, обладая умением воздействовать на них, способны оказать реальную помощь.

Подобное рассуждение может показаться тривиальным: разве не во все века и не везде особое призвание врача пользовалось общественным признанием? Разве это общественное призвание не является прямым следствием могущества научной медицины? Ситуация, которую переживают индустриально развитые страны в начале XXI в., свидетельствует о парадоксальном обстоятельстве: рост могущества медицинской науки соседствует с ростом влияния в здравоохранении тех идей и практик, которые еще пару десятилетий назад пренебрежительно назывались донаучными, ненаучными или даже антинаучными. Монополия врача на истину вдруг ставится под вопрос. Люди начинают не понимать то, что еще вчера было известно практически каждому. Причины этого парадоксального когнитивного сдвига нами рассмотрены в упомянутых выше работах. Здесь же важно подчеркнуть иное обстоятельство: классическая медицинская модель действует в исторической ситуации, когда общество в целом и медицинское сообщество в частности обладают достаточно единодушным предположением обоснованности монопольного права врачей свидетельствовать в ситуации телесного страдания от лица истины. Только в просвете этого знания приобретают историческую конкретность специфические типы самоидентификации врачей и пациентов. Каковы же структуры самоидентичности, которые продуцируются медицинской моделью?

В ранее опубликованных работах было высказано предположение, что в основе самоидентичности лежит особого рода экзистенциальное настроение – игра экзистенциальной угрозы и надежды на спасение. В зависимости от того, как различается свое и чужое, несущее угрозу и обещающее спасение, структурируются практики *заботы о себе* (в том числе и биомедицинские), *защиты* от внешней опасности.

Для медицинской модели характерно то, что *свое* главным образом отождествляется с культурным, одомашненным, находящимся под контролем сознания, упорядоченным и т. д., а *чужое* – с природным, диким, телесным, хаотичным и т. д. В рамках классической медицинской модели чужое как природная стихия – враг, т. е. источник постоянной угрозы, который необходимо поставить под контроль самости: *овладеть, освоить*, т. е. сделать своим – не-другим. Не случайно медицинские теории почти единодушно утверждают, что болезни возникают в результате *отклонения* механизма тела из положения равновесия (гомеостаза) за счёт действия внешних сил: микробов, стресса, химических агентов и т. д. Эти силы могут быть локализованы *внутри* тела (например, аутоиммунный процесс), но и эта *внутренность* остаётся принципиально *вне* относительно собственно внутреннего в человеке – его «Я». В самом «Я», или самости, причины для страдания и болезни нет – она приходит извне.

И уж совершенно естественно считать, что причиной смерти человека является некоторая природная необходимость. «Я» встречает смерть извне – от природы⁴. Поэтому призывы *любить* природе, оставить её в покое, не вторгаться в её интимные механизмы так и останутся благими пожеланиями до тех пор, пока человек именно в ней не перестанет видеть источник своей смерти – самой главной и страшной угрозы своему существованию. Впрочем, возможен и иной вариант – произвести переоценку главной угрозы. Так, например, как будет сказано ниже, эвтаназические практики строятся из молчаливого предположения, что может быть страдание, которое хуже смерти.

Здоровье как своеобразное идеальное состояние равновесия организма с окружающей средой постоянно находится под угрозой извне, постоянно оказывается в той или иной степени отклоненным в сторону патологии. Как прекрасно выразил эту доминирую-

щую в современной медицине идеологическую установку один из ведущих дореволюционных российских теоретиков медицины В.В.Подвысоцкий, «...организм живёт среди массы внешних влияний, мешающих его идеальному существованию, поэтому абсолютного здоровья нет»⁵. Человек абсолютно здоров (идеально существует) только в мире без другого, без внешнего. Преодолеть сопротивление другого (другого как природы и другого как человека) и поставить ситуацию под контроль сознания призваны технологии.

Медицинские технологии позволяют поставить природные механизмы тела под контроль человека, уничтожить болезнетворные агенты, устранить *поломку*, образовавшуюся в организме. *Идеальной моделью, которая без труда обнаруживается в подкладке представлений и о здоровом (нормальном) теле, и о свободном «Я», выступает механический принцип инерции.* Нечто остаётся в покое или равномерном движении до тех пор, пока на него не подействует внешняя сила. Организм останется здоровым, реализуя заложенную в себе природную необходимость, т. е. в движении по инерции. «Я» сохраняет свободу (свою всеобщность и универсальность) при условии отсутствия внешних ограничений. Это как бы идеал – витгенштейновский идеально гладкий лёд без досадного трения «внешних сил»⁶, появление которых превращает «норму» в «болезнь» – «жизнь, стеснённую в своей свободе» (К.Маркс). Так же, как герои Андрея Платонова чувствовали приближение социализма, уничтожая классово чуждые элементы, современные инфекционисты время от времени радуют человечество сообщениями о почти полном уничтожении то одного, то другого смертельного врага-микроба.

«Центральной темой медицинской модели выступает идея страдания как угрозы, которая внезапно нарушила предсуществовавшее состояние здоровья и благополучия. Подобная перспектива поддерживает милитаристскую идеологию медицины, ставшую общим местом в нашей культуре. Болезнь – это враг внутри нас. Пациент и врач заключают между собой “альянс” для того, чтобы, используя “вооружения” медицины, защитить потерпевшего и атаковать вторгшегося неприятеля. Восстановление состояния личности, которым она обладала до заболевания и лечебного процесса, является стратегической задачей этой военной компании»⁷.

Врачевание и этос войны. Основополагающее для возникающих в контексте медицинской модели самоидентификаций экзистенциальное настроение напоминает настроение общества в состоянии войны. Причем полем битвы выступает страдающее тело больного. Источник опасности – в природе, а источник спасения – в установлении рационального контроля над ней, в чем, собственно, и заключен экзистенциальный смысл биотехнологий в данном случае. Подчеркну, война в данном контексте не просто красочная метафора, но указание на присущую классической медицине особую экзистенциальную логику и этику бытия человека в качестве «воина». В нашу задачу не входит развернутое описание *логоса и этоса войны*⁸ в биомедицине. Обратим внимание лишь на одно из центральных обстоятельств – идею оправданной жертвы на алтарь *победы*.

Состояние войны – это радикальный экзистенциальный вопрос, обращенный к каждому гражданину: присутствует ли в его существе (самоидентичности) ценность, большая, чем ценность его индивидуального существования (его частного «я»). Готовность стать воином и воевать означает готовность принести в жертву *себя* как частное лицо на алтарь *большого* (страны, этнической группы, класса, религиозной общины, прав человека и т. д.), согласиться и даже требовать от ближнего подобной же жертвы, решимость, будучи военачальником, принести ближнего в жертву, в том числе и без его согласия, если того требуют интересы *большого*. Логика войны предполагает также раскол *человечества*, как внешней мне реальности, так и интериоризированной в моем лице, на *своих* и *чужих*. Мораль с ее запретами типа *не убий, не укради* и т. д. действует лишь в мире *своих*. *Чужие* из морального сообщества исключены (традиционно по обе стороны фронтов враги именуются *зверьми*, а их действия *зверствами*). Лишение жизни *чужого* в состоянии войны не рассматривается в качестве убийства, а конфискация или уничтожение его собственности для целей войны – воровства. Логос войны *возвышен*⁹, поскольку обнаруживает в человеке *большее*, чем его индивидуальное существование, – трансgressирующую его индивидуальное существование *основу* самоидентификации, и, в силу правды жизни, жесток.

В каком смысле *этос войны* присутствует в гуманнейшей человеческой профессии врачевания в качестве ее имманентного свойства? Нисколько не дискредитируя нравственной основы врачевания, следует отметить, что в медицинской модели этос войны занимает одно из существеннейших мест.

Во-первых, война является имманентной характеристикой существования человечества¹⁰. То вспыхивая, то затухая в разных регионах, она ведется на протяжении всей человеческой истории. Тем самым постоянно производятся, воспроизводятся и изобретаются заново базисные демаркации самоидентификации между *своими* и *чужими*. Даже если сообщества не участвуют в войне – они к ней постоянно готовятся. Непременными соучастниками этой перманентной войны или подготовки к ней являются врачи. Они непосредственно заняты в проектах разработки средств ведения войны – ядерного, химического, биологического, психологического и т. п. оружия, а также методов защиты от него. Естественно, что подобного рода исследования требуют испытаний на человеке. В основном это делается на военнослужащих, причем часто без их добровольного информированного согласия (практика повсеместная – что у нас, что за рубежом). Здоровье, а иногда и жизнь недобровольных испытуемых приносится на алтарь отечества, и этого рода жертвоприношения повсеместно воспринимаются как оправданные. До середины 1960-х гг. в США и СССР проводились медицинские исследования влияния радиационного облучения на состояние здоровья людей на гражданском населении, причем также без информирования и получения согласия. Естественно, что перманентно ведущаяся секретными службами *тайная* война предполагает разработку средств проведения спецопераций, которые также прежде использования в деле, по идее, испытывают¹¹. Несмотря на то, что в индустриально развитых странах медицинские испытания на людях в современных условиях предполагают получение их добровольного информированного согласия, это может не в полной мере касаться исследований, ведущихся в военных биомедицинских лабораториях. Этос войны здесь продолжает предопределять базисные структуры самоидентификации самодовлеющим образом.

Во-вторых, как отмечалось выше, *война* является весьма эффективной метафорой для описания отношения к природе как источнику опасности и характеристики специфики врачебного дей-

ствия. Причем важно не только агрессивное отношение к внешней среде, к примеру, ярко проявляющееся в популярной рекламе мыла, «убивающего всех микробов». Идея по сути дела абсурдная, но апеллирующая к экзистенциальному настроению населения, видящему в «микробах» врага. Как отмечалось выше, состояние войны предполагает оправданность жертв со стороны *своих*. Чем опасней враг, тем естественней эти жертвы. Опасность эпидемий оправдывает ограничения свобод и определенные материальные жертвы населения при проведении карантинных мероприятий. Поскольку успех в войне с врагами (причинами болезней) зависит от степени развития биомедицинских знаний и технологий, то для медицинской модели характерна общепризнанная практика принесения в жертву интересов, здоровья, а иногда и жизни отдельных граждан во имя прогресса науки и светлого здорового будущего всего человечества. История медицины XX в. насыщена многочисленными примерами недобровольного использования пациентов и здоровых лиц, в том числе и детей, в биомедицинских экспериментах и клинических испытаниях¹². Рутиной медицины сохраняется ненужное для пациентов, но нужное медикам-ученым взятие образцов крови, спинномозговой жидкости, проведение различных тестов, биопсий и т. д. без информирования пациентов, хотя некоторые из этих процедур несут серьезный риск для здоровья последних. Наука, представляющая интерес *большого*, чем интерес отдельного человека, требует жертв и получает их именно постольку, поскольку *этой войны* продолжает определять базисные черты самоидентичности и врачей, и пациентов, а также и в определенной степени смысл врачевания.

Как работают аппараты био-власти в рамках медицинской модели? Для того, чтобы дать им описание, вспомним три классические вопроса И.Канта: «Что я могу знать? На что я могу надеяться? Что я должен делать?» Ответ на них представит структуру двух типов самоидентичности «субъекта» (врача и пациента), которые связаны иерархизирующим отношением власти и подчинения.

Неравное отношение к знанию лежит в основе властной вертикали врач-пациент. Традиционно звучащий вопрос: «Доктор, что со мной случилось?» – исходит как из некоторой самоочевидности из представления о том, что пациент знанием истины своего состояния не обладает. Знающим выступает лишь врач. Все, что

пациент по случаю (как профан) может знать, должно быть заключено в скобки как в принципе не имеющее отношения к существу дела. Этот акт, напоминающий феноменологическую редукцию, осуществляется медицинскими дискурсивными и внедискурсивными практиками, которые голосу пациента оставляют в коммуникативном пространстве лишь узкое пространство для жалобы¹³. Все иное, что может раздаться из уст пациента, не слышно. На жалобы же обращено внимание, и они входят в «историю болезни». Причем эта «история» записывается врачом и существует лишь для врача, тщательно скрываемая от пациента. Практики сокрытия истории болезни от пациента при фактически неограниченной открытости для других врачей или представителей власти сохраняются еще во многих областях российского здравоохранения. В результате формируется пациент как особого рода «субъект», вся субъективность которого заключена в постоянном дисциплинированном самоисключении из любой осмысленной коммуникации, *очищении поля терапевтического (в широком смысле) действия от субъективных переживаний страждущего для объективных свидетельств его тела.*

Рядом с пациентом как особого рода «субъектом» эти же практики выстраивают врача как иного рода «субъекта». Причем и в этом случае огромную роль играет самодисциплина. Правда, ее функция иная, чем субъективирующая самодисциплина пациента. Она направлена на фокусирование эмпирического (субъективного в дурном смысле) «взгляда» (чувственности) врача в точку зрения объективного наблюдателя – субъекта. Процесс субъективации осуществляется многочисленными практиками, включающими архитектурную организацию больничного пространства, одежду врача, ритуалы и этикет общения с коллегами и пациентами.

Особое место занимают идущие из глубокой древности запреты. В частности, запрет на сексуальные отношения с пациентами. Если, к примеру, глаз или рука врача, осматривающего пациента, эротичны, то с профессиональной точки зрения подобный врач слеп. Он не видит и не способен ощутить «первичные качества» страдающего тела, из которых складывается объективная симптоматика болезней. Тело врача должно превратиться за счет тренировки и самодисциплины в механический прибор, регистрирующий физические качества: цвет, консистенцию, подвижность,

характер форм и поверхностей, и т. д. Только в этом случае в пространстве терапевтического опыта может возникнуть «субъект», идентичный идеалу объективного наблюдателя.

Таким образом, чтобы позаботиться о себе, пациент как субъект должен увидеть себя во взгляде другого субъекта. Поставить между собой и страданием врача, единственного очевидца развивающихся событий, и тем самым встать к нему в подчиненное положение. Асимметричная структура био-власти не зависит от личных качеств и желаний людей, попадающих в ее поле. Она действует через явные и неявные правила игры, предполагающие от каждого участника знание своей роли и ее аутентичное исполнение. Поэтому заболевший врач становится столь же «несведущим» пациентом, как и любой дворник или президент, оказывающийся в том же положении. Достаточно вспомнить прекрасно описанное А.Солженицыным в повести «Раковый корпус» быстрое перевоплощение одного из наиболее умелых и знающих онкологов Донцовой в роль беспомощного пациента.

Как известно, вопрос о надежде подводил Канта к размышлению о религии в пределах разума. Роль Бога в новоевропейской культуре до последнего времени играла научная истина (абсолютное благо всего человечества), наука выступала в роли Церкви, а ученый – священника. Именно наука обещала и продолжает обещать в ситуации бурного прогресса биотехнологий избавление от страданий, включая реальное бессмертие для человека. В христианской культуре Бог был основой самоидентификации – человек мыслился созданным по его образу и подобию. В новоевропейской культуре человек мыслился образованным по образу и подобию Ученого. В самом деле, процесс придания ему из «глины» природных возможностей зрелого «образа» представляет собой постепенное приобщение к началам научного знания. Впрочем, о постепенности говорить следует осторожно. Путь к истине не сводится к чистому накоплению научных знаний. Он прерывист и характеризуется «лиминальностью» – наличием ритуалов изменения статуса человека¹⁴. Образование делится на этапы – начальное, среднее и высшее. Завершение каждого этапа предполагает соответствующую аттестацию и получение от общества свидетельства (диплома). Дальнейшее продвижение к истине сопровождается ритуалами получения научной степени и звания.

Феномен лиминальности¹⁵ для нас важен постольку, поскольку дистанция био-власти между врачом и пациентом образована не просто разным объемом знания, но их различным социальным статусом. Разрывом между сообществом «посвященных» и «непосвященных». Врач имеет диплом, свидетельствующий об его принадлежности к социальной группе избранных, обладающих правом на врачевание, т. е. правом играть свою роль. Пациент таковым правом не обладает. Его подчиненная самоидентичность (зависимая субъектность) жестко фиксируется внутрисоциальными барьерами обычая и права. Причем эта подчиненность и послушность голосу другого (врача) являются условиями его надежды на спасение (=исцеление), опоры на то в жизненном мире, что «больше него» (Истину). Последнее обстоятельство принципиально важно. Самоидентичность и врача, и пациента фундирована архаичными ритуалами жертвоприношений на «алтарь науки». История медицины наполнена трагическим героизмом самопожертвований ученых в их борьбе за Истину (и, следовательно, за власть). До последнего времени в бессознательное этой же истории вытеснялись значительно более массовые недобровольные жертвы жизнью и здоровьем пациентов. Отдельные возмущенные подобным «варварством» голоса свидетелей, к примеру, В.Вересаева, дружно подавлялись врачебной общественностью.

Биомедицинские практики-ритуалы «жертвоприношений на алтарь науки» конструируют самоидентичности врачей и пациентов, для которых характерно наличие «глубины», присутствие внутри субъекта метафизической инстанции, ценность которой значительно превышает ценность эмпирического существования отдельного человека.

Из сказанного выше достаточно ясно формулируется ответ на вопрос: «Что я должен делать?» – применительно к субъектности пациента и врача. Не забудем, что вопрос этот у Канта не касается непосредственно прагматических аспектов, но ставится исключительно в моральном смысле. Дело пациента (его моральная добродетель) сводится к практике самодисциплины, блокирующей вторжение в коммуникацию профанных дискурсов и практик обыденной жизни, а также послушание советам и назначениям посвященного в тайны жизни и смерти «другого» (врача). Пределом, к которому устремлены практики субъективации медицинской мо-

дели, является роль пациента максимально пассивного, не имеющего собственного голоса. Роль почти животного, поскольку единственно собственным у этого субъекта признается лишь боль, стон и другие проявления телесного страдания. Практики недобровольного экспериментирования вплотную подводят к этому пределу субъективации, превращая человека в «подопытного кролика». Естественно, что и в теоретическом плане пациент видится в рамках медицинской модели исключительно как организм. Последнее, однако, не означает даже возможности полной идентификации пациента с неким животным состоянием. Пассивное «животное» – лишь регулятивная идея, осуществление которой требует серьезного само-устремленного напряжения человека. Это пассивность, нуждающаяся в постоянной дисциплинирующей активности особого «субъекта».

Врач играет роль активного субъекта, который по статусу причастен Истине. Стандарт его моральной добродетели представлен в позиции универсального объективного наблюдателя (эквивалент божественной точки зрения), достижение которой идет через сеть дисциплинарных практик, образовательной активности по приобщению к истине и бифуркаций лиминальных переходов¹⁶. Взятые вместе представленные выше три ответа образуют ответ на четвертый вопрос: «Что такое человек?».

Таковы, в общих чертах, классические структуры врачевания, обозначенные как «медицинская модель», и соответствующие им типы самоидентификации, которые составляют до сих пор некоторый базовый контекст бурно развивающихся биотехнологий. К началу XXI в. этот контекст оказался в ситуации глубоких преобразований. В следующем параграфе отметим лишь некоторые направления его изменения.

2. Проблематизация медицинской модели

Как и каждое историческое изменение, проблематизация медицинской модели не представляет собой одномоментного события. Многое из того, что послужило началом и дало идейное содержание новым моделям врачевания, уже было подготовлено культурой и прогрессом самой медицины. Здесь уместна химическая метафора насыщенного раствора, остающегося до поры до времени в

стабильном состоянии, однако способного в результате внешнего воздействия дать начало бурному процессу формообразования. Таким мощным внешним воздействием стала победа союзников во Второй мировой войне и состоявшийся после ее окончания Нюрнбергский процесс.

От войны к мирному сосуществованию (биомедицина и уроки Нюрнберга). В августе 1947 г. на свет появился текст Нюрнбергского этического кодекса, регламентирующего правила проведения медико-биологических экспериментов на человеке. Он был подготовлен в ходе международного судебного процесса над нацистскими учёными-медиками, проводившими бесчеловечные научные эксперименты над заключёнными в концлагерях. При подготовке обвинительных материалов необходимо было сформулировать некоторые принципы, по которым можно было бы отличить правильно осуществлённые исследования на человеке от тех, что представляли собой преступные деяния. Некоторые эксперименты, в которых смерть испытуемых исходно планировалась, были очевидно преступными. Например, опыты по разработке методов борьбы с гипотермией, в которых часть испытуемых была в буквальном смысле заморожена, с гипоксией, когда они гибли в высотных самолетах из-за отсутствия кислорода, опыты с испытанием отравленных ядом пуль, заражением смертельно опасными инфекционными заболеваниями и др. Не вызвала сомнений и преступность таких научных проектов, как «заготовка» 120 трупов «русских евреев-комиссаров» для антропологических исследований и музейной экспозиции в Страсбургском университете.

Другие научные мероприятия было гораздо сложнее оценить и, главное, сформулировать, в чём именно состояло содержание преступного действия. К примеру, фашисты хотели после победы в максимально короткие сроки заселить освободившееся «жизненное пространство» представителями арийской расы. Для этого ими разрабатывались методы увеличения числа случаев многоплодной беременности с помощью гормональной стимуляции овуляции. Эти исследования, как правило, не сопровождалась гибелью испытуемых, в ряде случаев трудно было сформулировать, в чём заключался нанесённый ущерб, если соматические последствия были относительно незначительными.

Для решения этой проблемы группа экспертов, привлеченных для работы на процессе, сформулировала набор принципов морально оправданного экспериментирования на людях, впоследствии получивший название Нюрнбергского кодекса. В России текст кодекса был впервые опубликован только в 1993 г. в 7 номере журнала «Врач». Более чем на десятилетие он был забыт и на Западе. И это не случайно. Первый пункт кодекса формулировал основополагающую моральную и правовую норму, нарушение которой инкриминировалось немецким врачам. В частности, она гласит:

«Прежде всего, необходимо добровольное согласие испытуемого, которое означает, что лицо, вовлечённое в эксперимент, имеет законное право дать такое согласие и обладает свободой выбора без какого-либо элемента насилия, обмана, мошенничества, хитрости или других скрытых форм принуждения; обладает достаточными знаниями, чтобы понять сущность эксперимента и принять осознанное решение. Последнее требует, чтобы до предоставления согласия испытуемый был информирован о его характере, продолжительности и цели; методе и способах, с помощью которых он будет проводиться; обо всех возможных неудобствах и рисках; о последствиях для его здоровья и морального благополучия, которые могут возникнуть в результате участия в экспериментах». Однако, это требование не так редко нарушалось и учёными стран-победительниц. Как уже отмечалось выше, логос «войны» предопределял практику игнорирования прав отдельного человека, которая просуществовала без серьезных ограничений до начала 60-х годов на Западе и 90-х годов в России. И все же «процесс пошел».

Вполне в соответствии с библейской притчей, моральные издержки медицинской модели были первоначально обнаружены как небольшая, т. е. не затрагивающая идеологию медицины в целом «соринка» в «глазу» другого (врага). Понадобилось время, чтобы в собственном «глазу» общественность демократических стран смогла обнаружить «бревно» моральной ограниченности медицинской модели. Опубликованная в 1964 году «Хельсинкская декларация» Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) не только подтвердила необходимость соблюдения принципов Нюрнбергского кодекса для всех стран, но и сформулировала базисный принцип врачевания мирного времени – *«интересы испытуемого всегда должны превалировать над интересами науки и человечества в получении новых знаний»*. Этим положением отвергается

идея оправданной жертвы на алтарь науки. Высший интерес, который служил основанием самоидентичности человека в рамках медицинской модели, прячется от общественного взгляда во тьму секретных лабораторий. В пространстве, открытом общественному взгляду, начинает доминировать идея *прав человека* как уникального индивидуума и гражданина, реализация которой в биомедицине проявляется в том, что основным правилом, определяющим отношения врачей и пациентов, становится *правило добровольного информированного согласия*. Причем это касается и научных исследований, и каждодневной практики медицины. Место *этоса войны* занимает отчасти *этос мирного морального сообщества*¹⁷ или общественного договора («контрактной модели», по Р.Витчу), формируя соответствующие типы самоидентификации.

Преобладание этоса мирного морального сообщества в самосознании современной медицины, вытесняя идею легитимной жертвы, дополняет конструкт «субъекта» фундированными в идее глубины (истины) формами самоидентификации (субъективации), возникающими на поверхности профанного дискурса – в сфере гражданских отношений. Био-власть растекается по поверхности профанных дискурсов. В *дополнение к механизмам лиминальных переходов, продуцирующих классического типа структуры субъект-объектных отношений, начинают работать механизмы социальных контрактов, создающие ролевые самоидентификации по сговору, как результат гражданской сделки*. Отмеченное преобразование наиболее полно выражается в структурах современного здравоохранения, которые условно названы «социальной моделью».

3. Социальная модель и ситуация хронического заболевания

Как отмечалось выше, в рамках медицинской модели главной целью врачевания выступало возвращение организма страдающего человека из отклоненного состояния в состояние равновесия (нормы). Наиболее адекватной медицинская модель оказалась для заболеваний, которые называются *острыми*. Спецификой их является то обстоятельство, что возникшие болезненные нарушения в организме в принципе обратимы и его (организма) функции в результате медицинского вмешательства могут быть достаточно эффективно

восстановлены. Острое заболевание предстаёт для больного как временное состояние ограничения нормальных и привычных для него форм жизнедеятельности. При этом цель врачевания сводится к исправлению возникшей поломки в организме с помощью тех или иных терапевтических или хирургических мероприятий.

Самоидентичность пациента в ситуации острого заболевания описывается характерными для медицинской модели чертами картезианского «я», со стороны (т. е. объективно) относящегося к своему телу. Стрдание для этого «я» – лишь внешняя временная помеха нормальной самореализации в труде или наслаждениях жизни. Отстраненность от тела как внешнего предмета имеет как бы две взаимосвязанных стороны. Во-первых, в ней отражена классическая оппозиция субъекта и объекта, которая задает представление о врачебном действии, даже если оно производится самим пациентом, как манипуляции с внешним объектом. Во-вторых, для пациента его тело «отстранено» от него его собственным невежеством. Он в буквальном смысле «не видит», что с ним поистине происходит, и поэтому вынужден постоянно для прояснения собственной ситуации обращаться к врачу с уже упоминавшимся традиционным вопросом: «доктор, что со мной?» Только в свете научного знания (во взгляде врача) пациент оказывается способным в качестве наблюдающего «я» видеть истинный образ своей воплощенной в теле самости.

Хроническое заболевание в рамках медицинской модели трактуется чисто негативно – как временная, обусловленная несовершенством науки неспособность вернуть организм больного в нормальное состояние. *Проблематизация медицинской модели подготовила возможность увидеть в хроническом заболевании не просто временную слабость медицинских знаний, но особую реальность телесного страдания, которая в полной мере не наблюдается с точки зрения медика-эксперта, сколь бы он ни совершенствовал свои познания.* Сформулирую несколько иначе: проблематизация медицинской модели позволила обнаружить в ситуации хронического заболевания *особый смысл отношения к телесному страданию в целом*, т. е. особый, не наблюдаемый изнутри медицинской модели смысл отношения врачей и пациентов.

В тех случаях, когда болезнь приобретает хронический характер (сюда, кстати, относится подавляющая часть патологии старческого возраста), т. е. восстановление жизнедеятельности

до нормального уровня оказывается либо вообще невозможным, либо растягивается на достаточно продолжительный период времени, цели и задачи врачевания качественно усложняются за счет реабилитационного направления. Пациент уже не может абстрагироваться от патологии как временного препятствия. Она входит в его жизнь как имманентный горизонт реализации всех его жизненных планов. Картезианское «я», характерное для ситуации острого заболевания, трансформируется в некое «телесное сознание», общие контуры которого разработаны в феноменологии восприятия Мерло-Понти. Как метафорически выражаются Дженнингс, Каллахан и Каплан, от логики войны с болезнью происходит переход к логике «мирного сосуществования», для которой характерны не радикальные действия с целью уничтожения противника, а длительные «дипломатические переговоры» и «компромиссы» с целью реабилитации, а не выздоровления.

Реабилитационная терапия как бы перешагивает биологический уровень оказания помощи, перемещая основной акцент своей деятельности на биографический уровень заболевания. Если в ситуации острого заболевания врач в принципе мог реализовать стоящие перед ним задачи без помощи пациента, то в реабилитационном процессе пациент начинает играть равную по значимости, но иную по содержанию роль в сравнении с ролью медика. Пациент лучше врача знает о собственных жизненных приоритетах и предпочтениях, профессиональной ориентации и привычках.

Врач, исходя из возможностей организма больного, может подсказать ему, какие для последнего допустимы физические нагрузки, как целесообразно изменить диету, какой образ жизни предпочтительно вести. Но медик не в состоянии сам изменить образ жизни пациента так, как он мог изменить и нормализовать до определенных пределов нарушения в организме. Основной действующей фигурой в реабилитационном процессе становится пациент, т. к. именно от его готовности изменить образ жизни, от воли и целеустремлённости, от умения эффективно сотрудничать с медицинскими работниками зависит, в конечном итоге, успех врачевания. «Оказание помощи в условиях хронического заболевания более всего морально обосновано и терапевтически эффективно тогда, когда и получающий, и оказывающий помощь осознают

общность своих целей и когда оба заинтересованы в более глубоком взаимопонимании. Только при этом условии возможно защитить интересы больного как личности»¹⁸.

Деятельность врача в ситуации острого заболевания детерминирована естественнонаучной по своему содержанию логикой интерпретации биологических процессов на организменном уровне. Реабилитационная медицина усложняет мышление врача необходимостью учёта социальных закономерностей. Именно поэтому вырастающая из опыта оказания помощи больным с хроническими заболеваниями новая модель восприятия телесного страдания может быть названа «социальной моделью» в противоположность традиционной «медицинской».

Вместе с тем, традиционная биологически ориентированная логика «медицинской модели» остаётся доминирующей в современной медицине, особенно отечественной. Будучи более или менее эффективной и оправданной в ситуации острого заболевания, она явно недостаточна при хронических. В ряде случаев её господство может приводить к самым серьёзным негативным последствиям как с точки зрения эффективности медицинской деятельности, так и с моральной точки зрения.

Есть очень точная метафора, которая называет архитектуру «идеологией, застывшей в камне». Если приглядеться к архитектуре современных больниц, то нетрудно заметить в том, как организовано жизненное пространство пациента, определяющее влияние идеологии острого заболевания. Архитектурное пространство, в котором существует больной, строится из следующих элементов: койка, палата, коридор, столовая, туалет и те блоки, в которых ему оказывается медицинская помощь. Это, вероятно, наиболее оптимальная структура для хирургического отделения, в котором пациент находится относительно короткий промежуток времени. Но когда на тех же принципах организовано архитектурное пространство психиатрических клиник, где тысячи больных проводят большую часть своей жизни, то здесь налицо явное ущемление права пациентов на достойное человеческое существование.

Собственно говоря, понятие «репрессивная психиатрия», которое в СССР получило узкополитическую трактовку, исходно появилось в работах психиатров, неудовлетворённых господством биологизаторского подхода к пониманию принципов оказания

психиатрической помощи, отстаивающих важность разработки программ социализации и реабилитации психиатрических больных. Больной оказывается как бы репрессированным рутинным порядком медицинского лечения, «окаменевшим» в архитектуре больничных зданий, в отношении возможностей реализации своих жизненных планов. Если человек болен шизофренией, то это не значит, что для него всё кончено. Он такой же полноправный гражданин нашей страны, как и все остальные. Его права могут быть ограничены только при строго определяемых законом условиях. Он живёт мечтами и надеждами на возможность самореализации, что просто немыслимо без его эффективной реабилитации и социализации, без создания в рамках психиатрических больниц адекватно организованного жизненного пространства.

Аналогичные аргументы справедливы и для такого многотысячного контингента больных, каким являются дети, страдающие тяжёлыми хроническими заболеваниями. Архитектурное пространство детской больницы должно создавать возможности для личностного развития и образования больного ребёнка, для игры и обучения, а не только для лечения. Естественно, параллельно необходимо изменить идеологию врачевания хронических пациентов, дополнив её логикой общественной жизни: клинической психологии, педагогики, социальной помощи и т. д. На словах – многие медики с этим согласны. Но как только речь заходит о «штатном расписании» больниц, ставках, льготах, дополнительном финансировании социальных составляющих реабилитационного процесса, все это оказывается «излишеством», оставленным до лучших времен. «Существенное» во врачевании исчерпывается канонами медицинской модели, т. к., с ее точки зрения, социальный план страдания не наблюдаем.

Собственно говоря, это проблема не только связана с идеологией медицины, но и с моральным несовершенством существующего (особенно в нашей стране) общественного сознания в целом. Архитектура метро, театров, кинотеатров, библиотек, стадионов, школ, институтов, жилых домов и общественных зданий – всего градостроительного пространства самым безжалостным образом репрессирует инвалидов, которые в огромном числе случаев оказываются заточенными в своих квартирах и лишены тех возможностей полноценной социальной жизни, которыми обладают другие граждане.

Поэтому, настаивая на принципиальной важности как с моральной точки зрения, так и сугубо медицинской развития реабилитационных программ в здравоохранении, необходимо одновременно подчёркивать насущность встречного движения общества в сторону большей открытости к нуждам и потребностям инвалидизированного населения.

Какие последствия для самоидентификации человека связаны с медленным, но верным процессом формирования социальной модели врачевания? Первое уже было упомянуто. Рядом с картезианской самостью, отстраненной от тела, формируется самоидентичность «телесного я», отношение которого к миру и себе с самого начала оказывается контекстуализировано – определено частной (не универсальной, по определению) точкой отсчета, погруженной в конкретную ситуацию страдающего тела. Причем эта погруженность дает специфический ресурс *особого образа жизни* в странах с развитой системой социального страхования. Возникает особый социальный слой населения, который полностью или частично живет и решает социальные, экономические, психологические и иные проблемы, используя свое заболевание в качестве жизненно важного средства. Причем средства не только в меркантильном смысле слова, но и средства особой формы культурной самоидентификации. Растет число национальных и международных организаций слепых и глухонемых людей, которые требуют признать себя не в качестве инвалидов, но как представителей особой субкультуры.

Теперь необходимо понять, в свете какого рода знания «телесное я» узнает себя, отвечает на вопросы: «что со мной», «что мне делать» в ситуациях хронического заболевания. Принципиальным отличием от медицинской модели, построенной на главенстве монодисциплинарного медицинского экспертного знания, является в социальной модели акцент на полидисциплинарность. Чисто медицинское знание оказывается недостаточным. Оно дополняется многообразием специфических знаний (истин), которыми обладают эксперты социальных и гуманитарных наук. Единый свет научной Истины, открытой с универсальной, почти божественной точки зрения, расслаивается на многообразие в чем-то дополняющих друг друга, в чем-то конфликтующих друг с другом истин, справедливых лишь с точки зрения конкретного экспертного знания¹⁹.

Собственно говоря, лишь через идею целого, Э данную регулятивно – как установка=проблема, все различные формы экспертной и профанной практики соотносятся друг с другом. Никакого промежутка между ними нет.

В медицинской модели мы видели в свете «объективной истины» отчетливые «центры» самоидентификации в форме знающего (поэтому ответственно действующего) субъекта и пассивного объективно представленного страдающего тела пациента – объекта. На вопрос пациента: «Что со мной?» – отвечал врач. Он же считал себя вправе принимать решение – отвечать на вопрос «что делать», часто даже не ставя пациента в известность о принятом решении. В социальной модели центр смещается в сферу профанного опыта пациента. Именно в нем сходятся и через него опосредуются различные экспертные описания ситуации телесного страдания, каждое из которых несет свой ресурс самоидентификации в качестве «субъекта» и «объекта». Страдающий человек может взглянуть на себя то с точки зрения врача (причем не с одной), то с точки зрения психотерапевта, социального работника, диетолога, специалиста в области лечебной гимнастики, эксперта по семейным проблемам, сексопатолога и т. д. Многообразие экспертных суждений, отвечающих на вопрос «что происходит» и «что делать», сопрягается в осмысленное основание для принятия решения в рамках житейского опыта пациента, его «подручного знания» (М.Хайдеггер). Это обстоятельство социально закрепляется в универсально распространенном этическом правиле и соответствующем правовом механизме «добровольного информированного согласия»²⁰, с помощью которого именно пациенту передаются основные права на принятие жизненно важных решений. «Что делать?» – решает «профан» (сам пациент). *Тем самым между «знанием» и «силой», в дополнение к традиционным, устанавливаются новые отношения, структурированные дискурсами и практиками обывденной жизни.*

Формирование социальной модели происходит синхронно с трансформациями в современной естественнонаучной онтологии. В классической науке всегда присутствовала регулятивная идея единства мира, принципиальной возможности со временем представить его в формах единой научной картины (единой универсальной теории). Стратегии редукционизма и интегративизма («холизма»), несмотря на внешнее расхождение, выражали это

общее метафизическое желание. В физике, химии, биологии и медицине постоянно воспроизводились свои региональные попытки создания общей теории. С конца 70-х – начала 80-х гг. XX в. это желание ослабевает, вытесняясь в маргинальные сферы научного опыта. Наука обнаруживает, что она может успешно развиваться в отсутствии общей теории, единой картины мира, в том числе и общей научной теории телесного страдания.

Данное обстоятельство не снимает самой установки на связанность научного опыта. Она усложняет свою онтологическую структуру: укорененность в событиях физического (в широком смысле слова) мира объективно данных событий дополняется укорененностью с событиями мира истории, структурированной повествовательными практиками. Многообразие возможных онтологических проекций (способов представления) телесного страдания оказалось возможным связать через их уместное соприкосновение в рамках конкретного научного или клинического случая. Их связывает не общее основание логики или фундаментальной онтологии – соседство в картине мира, а пригнанность друг к другу, обеспечиваемая фронезисом и мастерством разного рода экспертов, диалогически взаимодействующих с пациентом-клиентом. Рассказ представляет единичный опыт единства и онтологии мира как истории²¹. В результате даже за чисто естественнонаучными представлениями начинает проглядывать иного типа онтология. Онтология исторического события. Это означает изменение регулятивной идеи, предположенной практиками произведения субъекта. Рядом с субъектом-наблюдателем появляется его «alter ego» – субъект-автор. Причем каждый из них имеет разные варианты, т. е. представляет собой сетевую структуру множественных самоидентификаций.

Но эта множественность не отменяет единства, укорененного в ответственном поступке каждого профессионала и каждого пациента в деятельности по достижению общей цели – реабилитации последнего.

4. Экзистенциальная модель (ситуация терминального состояния)

Ситуация хронического заболевания, как своеобразный «натурный эксперимент», позволила переопределить цели врачевания, открыть новые ресурсы самоидентификации врачей и пациентов перед лицом телесного страдания. Аналогичным образом специфическая ситуация умирающего больного позволяет сделать еще один шаг само-познания современного человека. Ситуация умирания требует радикально переосмыслить ответ на требование «узнай себя». Героический лозунг медицинской модели – бороться до конца за жизнь больного – уместен и достоин всяческого уважения в ситуации проведения хирургической операции, в реанимационном отделении или отделении интенсивной терапии. Однако этими и подобными ситуациями медицинская практика не исчерпывается.

В онкологии, как и некоторых других областях клинической медицины, нередко встречаются ситуации, когда дальнейшие попытки вылечить пациента или хотя бы стабилизировать его состояние становятся бессмысленными (опухоль становится нечувствительной к различным видам терапии). Как говорят некоторые онкологи, больной выходит из программы. Его выписывают из больницы «на руки» участковому врачу. Каковы цели оказания медицинской помощи подобным больным? Что значит бороться до конца в этих условиях? Бессмысленно ставить задачу нормализовать состояние организма или социально адаптировать пациента в условиях наличия хронической патологии. Основной задачей оказания медицинской помощи становится обеспечение достойного для человека процесса умирания.

Соображение достаточно простое. Однако для идеологии медицинской модели врачевания неочевидное. Врач обязан бороться до конца! Как солдат на поле боя, обязан до последнего вести сражение. Уже ситуация хронического заболевания уязвляет моральное самосознание врачебного сословия, оказавшегося вынужденным мириться с собственной неспособностью добиться окончательной победы. Признать умирание как неизбежное событие, несмотря на его очевидность, означает капитуляцию перед «врагом». «Смерть – это провал, несчастный случай. Так

считает врач, ибо в этом оправдание его существования. Но и он выражает здесь лишь то, что чувствует само общество. Смерть – знак бессилия, беспомощности, ошибки или неумелости, который следует поскорее забыть»²². Как ни странно, но именно подобного рода риторические формулы до настоящего времени использовались врачебным истеблишментом для сдерживания развития специфической формы медицинской помощи – паллиативной медицины.

В историческом развитии современной медицины должно было произойти последовательно два события, прежде чем сформировалось понимание принципиальной особенности паллиативной помощи²³. На первом этапе необходимо было увидеть в умирающем больного. На втором – увидеть в этом больном умирающего человека, смертную личность. Первый шаг привел к феномену, названному Ф.Арьесом *медикализацией смерти*. Лишь где-то в XIX в. врач постепенно заменяет священника у постели умирающего больного. За этой заменой кроется фундаментальное переосмысление природы страдания умирающего человека: оно из духовного превращается в общественном сознании в телесное (предмет экспертной помощи врача). К середине XX в. уже половина всех смертей происходит не дома, а в больнице. В условиях господства медицинской модели «ни умирающий, ни его семья не имеют больше власти над его смертью: ее регистрирует и организует больничная бюрократия»²⁴.

Умирающий превратился в обычного больного. В результате само событие умирания исчезло, стало ненаблюдаемым в рамках медицинской модели. Больной либо жив, пусть и в критическом состоянии, либо уже мертв. В первом случае врач оказывает ему помощь так же, как и любому другому пациенту. Во втором констатирует смерть. «Еще в 1965 г., когда Элизабет Кюблер-Росс попыталась расспросить умирающих об их состоянии, руководство больницы не только увидело в этом ненужную жестокость, но и отвергло саму постановку вопроса. Умирающие? Таких нет. Их и не может быть в хорошо организованном лечебном заведении»²⁵. Нет не потому, что люди не умирают в больницах, но потому, что самоидентичность умирающего неразличима в свете биологически ориентированного медицинского знания. Арьес не случайно подчеркивает особую роль психологов, социологов и представителей

других гуманитарных наук в визуализации самоидентичности человека как умирающего и его особых проблем – как медицинских, так и выходящих за компетенцию последних.

Ответом на открытие специфической фигуры умирающего больного стало формирование особой модели оказания помощи, которую целесообразно назвать «экзистенциальной моделью», поскольку действие (содействие страждущему) как бы сдвигается в экзистенциальный промежуток между жизнью и смертью. Если ситуация хронического заболевания позволила открыть в самоидентичности человека его телесную ограниченность (имманентную неуниверсальность), то ситуация терминального страдания открыла экзистенциальную конечность человека (он вновь смог осознать себя как «смертный»). Подчеркну еще раз: для медицинской модели смерть случайна. Она чужда человеку. Поэтому предметом заботы является жизнь, ее максимально возможное продление до той точки, в которой она, в силу недостаточного развития медицинских технологий, прерывается. В экзистенциальной модели возникает *забота о смерти*, точнее говоря, *забота о достойной человека смерти*.

Эта забота проявляется многолико и противоречиво. В этой ситуации полезно прежде всего ответить на вопрос: какого рода знание способно обеспечить наблюдаемость событий в пограничном экзистенциальном режиме и дать основание для особого рода практик? Недостаточность экспертного медицинского знания уже подчеркивалась выше. Как и социальная модель, экзистенциальная формируется как фундаментально полидисциплинарная отрасль. Помимо специалистов медико-биологического профиля, в изучении процессов умирания принимает участие определенное число гуманитариев (психологов, социологов, антропологов, философов, юристов и т. д.).

В отличие от социальной, экзистенциальная модель вынуждена переступить границы той реальности, которая может быть дана с научной точки зрения, пусть и полидисциплинарной. Любого рода забота о достойном уходе из жизни строится на том или ином предположении метафизического плана – о бытии или небытии человека после смерти. Не случайно, что прежде всего в рамках экзистенциальной модели в медицину возвращается священник, предлагая традиционный и наиболее проработанный

культурой ответ на вопрос: как человек может сохранить свою самоидентичность перед лицом смерти?. При этом даже далекое от религии светское сознание вынуждено исходить из глубоко метафизических предпониманий. К примеру, различные варианты эвтаназии предполагают, *что смерть лучше, чем страдание*. Безусловно, никакого научного подтверждения этому тезису быть не может. Оно возникает как *фундаментальное метафизическое предпонимание, стремительно захватывающее своей самоочевидностью общественное сознание. Из этой очевидности вырастают эвтаназические практики «лечения» боли смертью*.

К ней же апеллируют и истцы, проходящие по «wrongful life suits» (делам о нанесении ущерба актом рождения на свет). Смысл этих исков весьма парадоксален. Они помогают обнаружить скрытое в основании практик экзистенциальной модели метафизическое априори. Дети, рожденные с тяжелыми пороками развития, предъявляют иск родителям, которые знали о вероятности рождения ребенка с патологией развития, но не сделали своевременно аборт. В чем заключается нанесенный родителями этим детям ущерб? Истцы утверждают, *что для них небытие лучше, чем бытие в состоянии страдания (самоочевидное предположение практик эвтаназии)*. Позволив ребенку с уродствами родиться на свет, родители тем самым причинили ему ущерб. Суды, разбиравшие подобного рода дела, справедливо отказывали в компенсации «потерпевшим» на том основании, что достоверного знания в отношении факта нанесения ущерба не существует²⁶.

Впрочем, нельзя научно доказать и обратного – того, что прекращение жизни страдающего «нестерпимой» болью человека наносит ему ущерб. Отчасти поэтому большая часть дел по обвинению врачей в эвтаназии пациентов заканчивается также оправдательными приговорами.

В любом случае мы наблюдаем фундаментальное экзистенциальное открытие, совершающееся в общественном сознании. Человек начинает вновь узнавать себя в качестве смертного. Небытие вновь становится его небытием, чем-то, что имманентно и позитивно входит в его самоидентичность как его *бытие-к-смерти* (М.Хайдеггер). Для религиозного опыта, получающего признание у постели умирающего (право на духовную помощь священника закрепляется повсеместно на законодательном уровне), небытие

интерпретируется как другое, в фундаментально метафизическом смысле, бытие. Для агностиков и атеистов обыденного сознания оно (небытие) также становится своим (лучшим, чем боль, которая предстает как *чужая*) – предметом *заботы о себе* в практиках эвтаназии. Тем самым происходит экзистенциальная радикализация самопознания, которое совершается «в» и «через» современные биомедицинские технологии. Путь к себе, который набрасывает био-власть, вновь трансцендирует за рамку наличной ситуации жизни в пространство смерти.

Предложенные выше описание полиморфного структурно-матрикса био-власти современного здравоохранения касается лишь наиболее существенных для темы нашего исследования аспектов. В принципе оно должно было бы быть дополнено многообразием структур самоидентификации, которые связаны с рыночной и государственной моделями здравоохранения, научной медициной и широким спектром альтернативных или комплементарных типов (гомеопатии, акупунктуры, шаманизма, колдовства и т. п.). Упомянутые сейчас и подробно описанные выше конструкции в современную эпоху не имеют метафизической устойчивости. Они формируют своеобразную сеть нестабильных контингентных коммуницирующих друг с другом самоидентификаций. Поэтому событие врачевания в эпоху другого модерна не может быть сведено к классическому представлению о врачующем действии, предполагающему точечную самоидентичность активного и знающего врача (субъекта) и объективированную в механизме тела самоидентичность страдающего пациента. Скорее оно предстает как уникальная для каждого случая серия метаморфоз самоидентичностей страдающего и оказывающих помощь, их совместный дрейф в сети возможных самоидентификаций, которая наброшена эпохой как общее для них структурированное био-властью пространство жизненного мира.

Следует при этом не забывать и об иной очевидности. В сопротивлении неизбежно наступающему и переживании его (сопротивления) фатальных неудач самости дается опыт встречи с мощью био-власти, укорененной вне человеческого мира, за пределом его дискурсов и практик. В этом опыте самость обнаруживает присутствие в себе жизни не в качестве предмета преобразования, в деятельном отношении к которому она (самость) играет роль

субъекта, но в качестве правящей власти, играющей этим «субъектом». Это та власть, из рук которой человек получает роли ребенка, юноши и девушки, мужчины и женщины, старика и старухи. Она же изымает у него все возможные роли, сбрасывая со сцены жизни в мир смерти. Бытие человека, властно захваченное стихией игры жизни, есть его «бытие к смерти».

Примечания

- 1 Связь истины и свободы может быть прослежена до самых оснований европейской культуры. У Платона она получает свою собственно философскую проработку.
- 2 Био-власть в эпоху биотехнологий. М., 2001; Геномика – наука «другого модерна» // Философия науки. Вып. 8. М., 2002. С. 201–220.
- 3 Я называю «классической» модель, которая у Фуко скорее бы фигурировала под именем «современной».
- 4 Отметим, что прогресс геномных исследований, обещающий открыть и поставить под контроль биологические механизмы смерти, ставит человека перед парадоксом. Смерть при этом не исчезнет. Просто ее основными причинами станет «господин случай» и злая воля самого человека, которая имманентна его свободе. Если не считать случай, то никаких врагов, кроме себя самого, у него не останется.
- 5 *Подвысоцкий В.В.* Основы общей и экспериментальной патологии. СПб., 1905. С. 1.
- 6 *Витгенштейн Л.* Философские исследования. № 107 // *Витгенштейн Л.* Философские работы (Ч. 1). М., 1994. С. 126.
- 7 *Jennings B., Callahan D., Caplan L.A.* Ethical and Policy Issue in Rehabilitation medicine // *A Hastings Center Report. Special Supplement.* 1987. August. P. 9.
- 8 Об особом «логосе войны» говорится с учетом его прояснения в работах: *Юнгер Э.* Рабочий. Господство и гештальт. СПб., 2000; *Хайдеггер М.* Самоутверждение немецкого университета // *Мартин Хайдеггер* / Пер. А.А.Михайлова. М., 1993. С. 222–231; *Бибихин В.В.* Язык философии. М., 1993. С. 121–178; *Gelven M.* War and Existence. A Philosophic Inquir. Pensilvania, 1994.
- 9 Концептуальная связь логоса и феномена войны, конкретизируемая эстетической категорией возвышенного, со всей определенностью намечена у Гегеля и многоаспектно обыграна в лекциях по философии Гегеля у А.Кожева. См.: *Кожев А.* Идея смерти в философии Гегеля. М., 1998.
- 10 Война как техника самоидентификации рассматривается мной в статье Тищенко П.Д. Метафизика и метафорика телесности // *Постижение культур.* Вып. 5–6. М., 1996.
- 11 Об испытании ядов на «врагах народа», что сопровождалось их гибелью, см.: *Судоплатов П.А.* Спецоперации. Лубянка и Кремль. 1930–1950 годы. М., 1997. С. 238–255.

- ¹² См., например, Доклад РНКБ «Вакцинопрофилактика и права человека» под редакцией Б.Г.Юдина (рукопись).
- ¹³ В этом направлении работает и архитектурная организация больничного пространства жизнедеятельности пациента (койка-туалет-столовая), и его ритуальная социальная изоляция, и больничная одежда, и ритуалы общения с врачом, которые фактически ограничены вопросом: «На что жалуетесь?».
- ¹⁴ См.: *Gennen A.* Ван. Обряды перехода: Системное изучение обряда. М., 1999.
- ¹⁵ На важность феномена лиминальности для современной антропологии указывается Г.Л.Тульчинским «Постчеловеческая персоналогия. Новые перспективы свободы и рациональности» (СПб., 2002. С. 78–163).
- ¹⁶ Несмотря на фантастические научные достижения последних лет, в основе лечебных практик нетрудно обнаружить архетип древних ритуалов исцеления. См.: § 3 пятой главы книги «Био-власть в эпоху биотехнологий». *Jennings B., Callahan.*
- ¹⁷ См.: Engelhardt H.Tr.Jr. *The Foundations of Bioethics.* N.Y., Oxford, 1996.
- ¹⁸ *Caplan L.A.* *Op. cit.* P. 3.
- ¹⁹ С гносеологической точки зрения ситуация напоминает квантовомеханическую. Описание истинно не само по себе, но лишь при указании прибора и метода измерения, с помощью которых оно получено.
- ²⁰ Теоретические и практические проблемы действия правила добровольного информированного согласия подробно рассмотрены мной в учебном руководстве «Введение в биоэтику» (в соавт. / Отв. ред. Б.Г.Юдин. М., 1998. С. 183–196).
- ²¹ Роль истории в обеспечении связанности научного опыта обсуждена мной в брошюре «Что значит знать? Онтология познавательного акта». М., 1989.
- ²² *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти / Пер. В.К.Ронина. М., 1992. С. 481.
- ²³ См.: *Юдин Б.Г.* Смерть и умирание. Эвтаназия // Введение в биоэтику. В соавт. Отв. ред. Б.Г.Юдин. М., 1998. С. 265–293.
- ²⁴ *Арьес Ф.* Там же С. 483.
- ²⁵ Там же С. 484.
- ²⁶ *Heyd D.* «Genethics & Moral issues in the creation of people» & Univ. of California Press. 1992. P. 1–17.