

УДК 101.3

## ЧЕЛОВЕК В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ: К ВОПРОСУ ОБ ЭКСПЕРТИЗЕ В МЕДИЦИНЕ\*

**Н. А. Синюкова**

Институт философии и права СО РАН (г. Новосибирск)  
sinuknat@gmail.com

**Аннотация.** В статье обсуждается проблема изменения привычных парадигм понимания человека в медицине в связи с прогрессом медицинской науки и технологий. Доминирование принципов естественнонаучной парадигмы познания в медицинской экспертизе становится не эффективным, медицина теряет свой предмет – человека в норме и патологии. Осознание последствий объектного отношения к человеку способствовало формированию новых представлений о предмете медицины, зафиксированных в социокультурном, а позднее лично-ориентированном подходах в научном понимании человека в норме и патологии, а также развитию практик, направленных на защиту человека от вмешательства. В результате в медицине формируется новая формы экспертизы – этическая, призванная защитить человека. Однако в процессе ее развития, как будет показано, в этической экспертизе произошел сдвиг в сторону бюрократического управления, ориентированного на процедурализм и достижение эффективности. Кроме того, этическая экспертиза продолжает в качестве своей методологической базы использовать социокультурный подход, что не соответствует новой ситуации пульсирующей границы нормы и патологии человека. Сам же человек как объект экспертизы исчезает.

**Ключевые слова:** гуманистическая парадигма, человек в норме и патологии, граница между нормой и патологией, социокультурный подход, этическая экспертиза.

**Для цитирования:** Синюкова, Н. А. (2021). Человек в норме и патологии: к вопросу об экспертизе в медицине. *Respublica Literaria*. Т. 2. № 3. С. 121-132. DOI: 10.47850/RL.2021.2.3.121-132.

## HUMAN BEING IN NORM AND PATHOLOGY: TOWARDS THE QUESTION OF EXPERTISE IN MEDICINE\*\*

**N. A. Siniukova**

Institute of Philosophy and Law SB RAS (Novosibirsk)  
sinuknat@gmail.com

**Abstract.** The article discusses a problem of a change in habitual paradigms of human being understanding in medicine within the progress of medical science and practice. The prevalence of natural scientific principles in medical expertise is becoming ineffective; medicine is losing its subject – a human being in norm and pathology. The awareness of the consequences of an object-oriented attitude contributed to the development of new notions about the subject of medicine, fixed in a socio-cultural and, later, person-oriented approaches in scientific understanding of human being in norm and pathology, as well as the development of practices aimed at protecting humans from interference. As a result,

---

\*Статья подготовлена в рамках проекта «Человек и новый технологический уклад. Антропологический форсайт» при поддержке Российского научного фонда (№ 21-18-00103)

\*\*The article was prepared within the framework of the project «Man and the new technological way. Anthropological Foresight» with the support of the Russian Science Foundation (N. 21-18-00103)

a new form of expertise is emerging in medicine – ethical expertise, aimed at protecting a human being. However, in the process of ethical expertise evolution, as the author shows, a shift has taken place towards bureaucratic management, oriented to proceduralism and efficiency. Moreover, ethical expertise continues to use socio-cultural approach as its methodological basis, which is not sufficient within the new situation of blurring boundary between norm and pathology. A human being himself as an object of expertise is disappearing.

**Keywords:** humanistic paradigm, a human in norm and pathology, border between norm and pathology, sociocultural approach, ethical expertise.

**For citation:** Siniukova, N. A. (2021) Human Being in Norm and Pathology: Towards the Question of Expertise in Medicine. *Respublica Literaria*. Vol. 2. no. 3. pp. 121-132. DOI: 10.47850/RL.2021.2.3.121-132.

Несмотря на длительность попыток поиска человеком ответов о самом себе, вопрос этот никогда не устареет: как нам приблизиться к пониманию себя, своей нормы и границ, своего места в мире? Человек знает о себе гораздо меньше, чем предполагает. Неполнота его знаний о самом себе порождает новые вызовы в ситуации, когда границы между знанием и незнанием меняются ежедневно. В научных исследованиях, предметная область которых выстраивается в пограничных областях человеческого существования, где граница между естественным и искусственным, живым и мертвым, человеком и изделием все более перестает быть привычной и устойчивой, постоянно и под разным углом зрения ставится вопрос о том, кто есть человек и как возможно его познание?

Необходимость пересмотра привычных парадигм понимания человека, включая и принятые ранее способы его познания, особенно актуальна для современной ситуации в медицинской науке и практиках оказания медицинской помощи. В результате прогресса научных медицинских знаний, совершенствования технологий медицина нарастила потенциал для оказания ранее невыполнимой помощи в диагностике, лечении и предотвращении заболеваний, продления жизни человека, улучшения ее качества. Но в то же время, для современной медицины характерны принципиальные сдвиги, смещение акцента в процессе оказания медицинской помощи на его аппаратную, медикаментозную, сугубо техническую составляющую, вследствие которых процесс оказания медицинской помощи человеку все более стандартизируется. Понимание медицинских процедур как манипуляций по внешнему воздействию сводится к действию либо умного медицинского прибора, либо «умной» таблетки. Но дело в том, что и врач, и пациент при таком подходе к процессу лечения не вполне могут рассматриваться как носители изменений в процессе управления исцелением, а скорее становятся носителями двух разных функций в рамках установленных в медицине стандартов лечения.

Возможности процесса оказания медицинской помощи при отсутствии в них умного средства в современной медицине практически приравниваются к «примитивным», даже там и тогда, где всякий прибор лишней. Сам же процесс оказания медицинской помощи с использованием все более дорогостоящих инновационных средств, технологий и техники выстраивается по рыночным моделям, ориентированным на достижение коммерческой эффективности, быстрого и контролируемого результата. Медицинская помощь в современном обществе превращена в коммерческую услугу, цель которой связывается

с обеспечением экономической эффективности. Поэтому пациент все чаще рассматривается как потребитель медицинских услуг, как средство получения прибыли [Maio, 2014]. Но такое отношение к человеку провоцирует условия, при которых медицина постепенно утрачивает характер социальной помощи человеку и признаки практики заботы о здоровье и жизни человека, но приобретает формы индустрии по «поставке» здоровья, инструментальной практики, направленной уже не столько на восстановление утраченного здоровья, сколько на его безграничное улучшение и оптимизацию техническими устройствами, «протезами».

Будущее развитие человека и общества в новом технологическом укладе жизни, как представляется, связано не только с установкой на конечное потребление готовых средств и технологий управления здоровьем человека, но прежде всего и главным образом с тем, как человек сам справляется с ситуацией болезни (то есть, патологии), и какие механизмы по оказанию помощи для возвращения человека в норму вырабатываются в обществе. Но для этого прежде всего требуется понимание того, где проходит граница между нормой и патологией, и что происходит с человеком, оказавшимся в критической, пограничной ситуации патологии. Для этого существуют специальные практики проведения анализа, оценки, шире – экспертизы или исследования границы между нормой и патологией, а также тех изменений, которые происходят с человеком за пределами границы нормы.

С Нового времени медицина развивалась преимущественно как прикладная область естественнонаучного знания. Медицинская экспертиза выстраивалась в соответствии с принципами классического естествознания, допускающими существование фиксированной и статичной границы между нормой и патологией человека в природе. Эту границу можно измерить лабораторными средствами, абстрагированными от конкретного человека, индивидуальных особенностей его конституции, условий жизни и т. д. Данная граница установлена и незыблема с точки зрения исследования объективных процессов, а поэтому ее можно измерить приборами и вывести среднестатистические показатели нормы биологических процессов, некий биологический стандарт нормы, которому человек должен соответствовать. Отклонение от границы нормы здоровья в медицинской экспертизе понимается как «заболевание», как натурально данный и объективный феномен, и описывается в категориях действия причинно-следственных, функциональных связей. Болезнь есть не что иное, как патологический разрыв в биологическом теле человека, сбой в его нормальном функционировании, который необходимо устранить.

Отметим, что в свое время в середине XX в. Ж. Кангилем, обсуждая представления о норме и патологии в биологии и медицине, ставит вопрос о недостаточности медицинского объектно-ориентированного понимания и лабораторного, «количественного» измерения нормы здоровья и отклонения от нее. Норма, согласно Кангилему, есть процесс, отражающий способность индивидуального организма адаптироваться к определенной среде, как внутренней, так и внешней. В то время как больной организм утрачивает эту способность, «он теряет способность устанавливать в иных условиях иные нормы» [Canguilhem, 1974, p. 123]. Болен тот, кто «выпадает» из нормально переживаемого окружающего мира и оказывается в новой ненадежной среде, которая предписывает больному свои нормы и правила в виде ограничений. И человек начинает испытывать страдание, граница ощущения

которого всегда индивидуальная и определяется субъективными переживаниями новой среды и собственной несвободы в ней. К примеру, у двух людей, страдающих гипертонией, «критические» показатели высокого давления не совпадают, поскольку в каждом случае субъективные ощущения при одинаковых показателях будут разные. Поэтому и медицинская экспертиза должна фиксировать вариации нормы и патологии, включая субъективное восприятие больного. Кангилем фактически был одним из первых авторов, в подходе которого начинают формироваться гуманистические или, условно говоря, неклассические представления о норме и патологии человека, которые впоследствии получили развитие прежде всего в работах его ученика М. Фуко [Фуко, 2014].

Тем не менее медицинский взгляд врача (термин, который ввел в научный оборот Фуко) продолжал и зачастую продолжает и сегодня «видеть» в пациенте лишь объект описания и воздействия. На этом фоне медицина обрела социальную власть, устанавливая образцы и стандарты понимания нормы и патологии человека в обществе. Поэтому отсутствие биологической патологии в представлениях общества все чаще приравнивалось к норме здоровья. Медицина буквально «оказалась той инстанцией, которой была поручена экспертная оценка в вопросе различения здоровья и болезни» [Кляйнберг, 2018, с. 22].

Но укреплявшееся доверие к врачу и его научным знаниям в обществе, легитимация доминирующей позиции врача-ученого в процессе лечения обернулись усилением асимметрии в отношениях врача и больного, двух людей, встреча которых всегда была призвана служить общей цели – восстановлению здоровья нуждающегося в помощи человека, что предполагает установление отношений сотрудничества. «Голос» больного, индивидуальные особенности переживания болезни перестают иметь значение для врача в процессе исследования и лечения болезни. В терминологии Свениуса, происходила «маргинализация диалога между врачом и пациентом» [Svenaesus, 2000, p. 27], на протяжении столетий считавшегося важнейшей нормой и фактором процесса восстановления утраченного здоровья. Поэтому, как отмечает автор, сформировались принципиальные коммуникативные и интерпретативные противоречия в общении врача и пациента, затрудняющие возможность взаимопонимания и сотрудничества между ними.

Необходимо отметить, что разрыв между призывом врача оказывать помощь человеку, приносить ему пользу, заботиться о нем и научным любопытством врача, провоцирующим его на новые научные достижения, все время нарастал в медицине [Svenaesus, 2000]. В начале же XX в. его проявление становится уже «патологическим», дегуманизирующим медицину и порождающим нарастание деструктивных форм врачебного поведения.

Поэтому после войны, после Нюрнбергского процесса, завершившегося принятием Нюрнбергского кодекса, в мировой практике формируется деятельность, направленная на защиту человека от отношения к нему как объекту вмешательства, покушения, вторжения, на защиту и охрану жизни и здоровья, чести и достоинства человека. Медицинские опыты и эксперименты над людьми в фашистских концлагерях, программа Т4 или «Эвтания» и прочее были приравнены к практикам уничтожения человека. А Нюрнбергский кодекс фактически стал первым международным юридическим документом, вводящим этические

нормы в медицинскую практику, в проведение медицинских научных исследований. Этическая экспертиза (далее ЭЭ) была зафиксирована как регулятивная процедура, как новая норма, регулирующая развитие медицинской науки и практики, возвращающая социально-нравственный стержень медицинскому знанию и практикам.

Нарастающее стремление человека защитить себя от последствий объектного отношения к себе и реабилитировать тех, кто выступал таким объектом вторжения и уничтожения, позаботиться о них [Саввина, 2013, с. 145], вернуть им человеческое достоинство, собственно человеческое «лицо» связано с формированием гуманистических представлений о человеке в норме и патологии в медицине, в рамках которых человек постепенно все более начинает рассматривается как потенциально становящаяся личность со своим миром. И поэтому в медицине необходимо возрождать традиционный идеал заботы о человеке, предполагающий в своей основе главное – восстановление в человеке его нормы, его идейного стержня и призвания – быть для мира его смысловой точкой опоры<sup>1</sup>.

Первоначально дефицитность объектной установки в медицине и соответственно необходимость ее преодоления были восприняты как проблемы, имеющие социальную значимость. Поэтому допускалось, что забота о человеке должна быть встроена в социальные институты и службы заботы и попечения. В этой связи норма и патология человека перестают пониматься как сугубо биологические феномены, но рассматриваются в новых, складывающихся представлениях как феномены социальные, культурные, сама медицина – как форма «социального естествознания» [Силуянова, 2008, с. 223-224].

Поэтому в первых поисках в направлении пересмотра классических естественнонаучных представлений о норме и патологии человека, начавшихся с середины XX века, граница между нормой и патологией более не рассматривается биостатично. Допускается, что она является результатом соглашения, зафиксированного в различных социокультурных схемах интерпретаций данной границы, установившихся в представлениях людей о «нормальном / не нормальном», «желательном / не желательном», «приемлемом / не приемлемом» существовании человека в социальном мире, где человек совершает свободные действия, будучи здоровым, и утрачивает эту возможность и способность, оказавшись больным, пассивным и зависимым от других. Как пишет Фулфорд, болезнь «сидит» между телом, которое заболевает, и социальными структурами, нормы и ценности которых и определяют представления о болезни [Fulford, 1993].

В этой связи в науке формируется социокультурный или социально-конструктивистский подход к пониманию нормы и патологии человека, в рамках которого в дополнение к медицинскому «заболеванию» разрабатывается понятие «недуг», по сути дела лишь расширяющее научное понимание того *объекта*, с которым врач имеет дело в процессе лечения. «Недуг» включает в себя субъективную оценку болезни самим больным,

---

<sup>1</sup> Обсуждение темы онтологической нормы человека не является темой данной статьи. Заметим только, что человек в норме, как представляется, открыт к бытию и способен осуществить полное онтологическое размыкание благодаря чему в нем развиваются его личностные и субъектные качества. Тем самым он формируется согласно собственной идее человека как смысловой бытийной опоры мира. Человек же вне нормы исчезает из бытия, он стремится редуцировать свое существование к онтической реальности, уже – к эмпирическому существованию «тела желания» [Аванесов, 2016; Смирнов, 2019; Хайдеггер, 1993].



сконструированную им в соответствии с теми интерпретативными схемами, которыми обеспечивает человека культура, социокультурные нормы и ценности, а сам человек рассматривается как существо социальное, ценности и предпочтения которого, его способность к мышлению и автономным действиям формируются обществом, то есть социально детерминированы.

В русле рассматриваемых представлений допускается, что оценка, интерпретация болезни человеком доступна для исследования как некий социально конструируемый объект. Поэтому многие авторы начинают обращаться к изучению субъективных смыслов и значений болезни, выраженных в историях, рассказанных или написанных пациентами, то есть объективированных с помощью языка переживаний больного. Для нас важно, что в развитии практик ЭЭ методология социально-конструктивистского подхода, разработанные в нем методы и процедуры исследования фактически выступают в качестве базовых при разработке инструментов проведения процедур ЭЭ [Bishop, 2012]. Но об этом мы поговорим ниже.

Постепенно со второй половины XX в. социально-конструктивистский подход все более уступает место личностно-ориентированным стратегиям исследования феноменов нормы и патологии человека. Патология все более начинает пониматься как уникальный и непосредственный опыт изменений в жизни человека, в процессе переживания которого допускается изменение его индивидуальности, личности [Carel, 2007; Carel, 2014; Charmaz, 1983; Toombs, 2001; Zaner, 1981]. И сам человек постепенно начинает рассматриваться как существо меняющееся, незавершенное, открытое миру, способное к восстановлению в себе своей нормы.

В контексте введения гуманистических представлений в медицину постепенно происходит изменение самих медицинских концептов и практик. Принципиальный сдвиг происходит в позициях врача и пациента в процессе их взаимодействия. В терминологии Мол, происходит «изменение субъекта нормативности», в рамках которого врач перестает быть единственным носителем незыблемой нормы, бесспорным авторитетом в вопросах регулирования здоровья [Мол, 2017, с. 175]. Врач меняет свою монопольную позицию на позицию консультанта, советчика, компетентного эксперта по медицинским вопросам. Его основной задачей становится информирование пациента о состоянии его здоровья, риске и пользе вмешательств, а пациент в свою очередь должен «сам устанавливать себе нормы», участвуя в принятии решений о своем лечении, делая свой автономный выбор и давая свое информированное согласие на лечение.

Что не менее важно, все более проблематичной становится сама пульсирующая граница между нормой и патологией человека, провоцирующая возникновение в медицине новых проблем и кризисов. Человек все более становится больным, хроническим, сложным, то есть неизлечимым больным, а не наоборот. Некоторые авторы называют этот феномен формированием «общества ремиссии», тем самым фиксируя принципиальное изменение самого феномена границы между нормой и патологией человека [Frank, 1997].

Если острое заболевание полностью излечимо, то и граница между нормой и патологией, и схема медицинских действий прозрачны и определяются стандартным протоколом лечения. И в этом смысле объектного подхода достаточно для излечения больного [Carel, 2007, p. 98]. Но в ситуациях, когда возвращение человека в границы нормы становится полностью

невозможным, когда у консилиума врачей множество точек зрения относительно схемы медицинских действий, врачу всякий раз приходится искать нестандартные средства лечения и приспособливаться к сложному течению болезни. В этой связи, получившие во всем мире широкое распространение стандартные протоколы исследования и лечения болезней перестают быть эффективными [Maio, 2014], то есть они не работают на главную цель – излечение человека, не подвергая риску его жизнь и не причиняя ему вреда.

Перед врачом и пациентом в пограничном случае болезни возникает ситуация выбора, необходимость принять решение о лечении, связанная с рисками и возможными необратимыми последствиями для жизни и здоровья человека. И от того, как врач и пациент будут выстраивать диалог между собой, от того, насколько они способны понять друг друга и взаимодействовать, зависят жизнь и здоровье человека. Для этого в медицину западных стран вводится специфическая практика этической консультации, рассматриваемая как услуга по оказанию помощи пациентам, их семьям, врачам или другим участникам процесса лечения в разрешении конфликтных и кризисных в морально-ценностном отношении проблем, возникающих в процессе лечения. В медицину вводятся новые позиции – эксперты по этике, выполняющие новые функции [Rasmussen, 2005].

В противоположность традиционной медицинской экспертизе, вопрос о том, из чего состоит ЭЭ, какова ее теоретико-методологическая база и стандарты качества, остается открытым. При всей неопределенности и противоречивости подходов, интерпретирующих природу и содержание ЭЭ, будь то знание моральных теорий и аргументов [Singer, 1979] или определенная форма «моральной мудрости» [Nobel, 1982] или способность обосновать моральное суждение в связанном, прозрачном виде [Yoder, 1998], при всей незавершенности поисков концептуальной основы и метода ЭЭ, количество наемных экспертов и этических комитетов в медицине растет стремительно [Schicktanz et al., 2012].

В последнее время авторы часто пишут о том, что ЭЭ – это экспертный анализ, не связанный с «этикой», в том смысле, как она понимается в дискурсе моральной философии. Более того, поиск метода экспертизы в этической теории не помогает, а, напротив, усложняет попытки найти решение стоящих перед ней проблем [Far, 2010, p. 56]. А потому в этической экспертизе образовался разрыв между этикой и консалтингом, при заметном крене в сторону второго, в сторону алгоритмизации и оптимизации процесса консультирования, превращения его в технологию, встроенную в парадигму эффективности [Макинтайр, 2000].

Многие авторы отмечают, что сформировалась целая «индустрия» ЭЭ, конструирующая новый социальный порядок: новые социальные роли (эксперты, консультанты), институты (советы, комиссии, комитеты), практики (консультации, разработка рекомендаций, обучение и подготовка соответствующих специалистов), регулятивный порядок и нормативные предписания (принципы, стандарты, законы). Эта индустрия ставит своей целью оптимизацию процесса принятия решений в конкретных сложных случаях медицинского лечения, а также на всех управленческих уровнях системы здравоохранения [Schicktanz et al., 2012, p. 129-130].

Процедура этической экспертизы выстраивается как процесс делиберации или обсуждения проблемы и поиска ее решения в группе затронутых проблемой сторон, обладающих равными правами и возможностями участия в обсуждении, управляемый

экспертом и структурированный специальным инструментом (протоколом). Таких моделей, методик, инструментов, протоколов структурирования ЭЭ в настоящее время разработано множество. Как правило выбор того или иного протокола зависит целиком и полностью от профессиональных предпочтений эксперта. Отметим, что немецкими исследователями был проведен эксперимент, в рамках которого поиском разрешения одной и той же проблемы в группе с неизменным составом участников занимались несколько разных экспертов, используя разные инструменты структурирования обсуждения. Результат эксперимента показал, что во всех случаях обсуждения участники группы пришли к разным решениям [Синюкова, 2020].

В этой связи в последнее время в ЭЭ остро стоит проблема определения критериев ее качества, а также конкретных инструментов улучшения принимаемых решений. Набирает обороты «производство» стандартов качества практик ЭЭ. Как отмечает Бишоп, в разработке предложений по улучшению процедур ЭЭ, конкретных инструментов «качественного» обсуждения, эксперты преимущественно используют методы социальных наук. Поэтому «качество» практик ЭЭ, как считает автор, есть искусственно созданный, социально-сконструированный объект с целью его измерения. Проблема в том, что рассматриваемый объект «начинает жить своей жизнью», меняя мышление и поведение людей в ситуации выбора [Bishop, 2012, p. 185].

Первым шагом исследователя на пути измерения «качественной» ЭЭ является ее концептуальное определение, его уточнение и конкретизация. После чего исследователь должен также создать набор индикаторов, которые позволят ему зафиксировать действие своего теоретического конструкта как нечто эмпирически наблюдаемое, то есть провести процедуру операционализации понятий и разработать конкретные процедуры исследования, последовательное выполнение которых в эмпирическом наблюдении приведет исследователя к подтверждению или опровержению своего теоретического конструкта. Таким образом, исследователь проходит эпистемологический круг: концептуализирует, операционализирует, проверяет, уточняет.

Данная эпистемологическая схема предполагает выстраивание такого знания об объекте исследования, который существует и действует в социальном мире, не выходя за конструируемые исследователем рамки процесса их познания (в данном случае – «качества» ЭЭ, но также данная схема была принята во множестве исследований «недуга», о котором речь шла выше). Что же касается инструментов улучшения ЭЭ, созданных по данной схеме, Бишоп фиксирует следующее: «измеряемое становится эталоном познаваемого, которое, в свою очередь, становится эталоном того, как оно есть» [Bishop, 2012, p. 186]. Поэтому относительно концептуальных предложений по разработке инструментов повышения качества ЭЭ автор утверждает, что они превращаются в стандарты существующей практики ЭЭ. Они становятся готовыми стандартизованными правилами и нормами взаимодействия участников экспертизы, начиная менять их мышление и поведение. Инструменты определяют не только действия экспертов, гарантируя отдельному эксперту то, что он является экспертом, но и весь процесс экспертизы и всех его участников, самого пациента, которые проходят этот процесс. Инструменты улучшения качества используются как некий новый нормативный взгляд, фокусировка, с помощью которой эксперт «смотрит» на ситуацию пациента, позволяя ему



однозначно прояснить жизненные принципы, волю и желание больного человека, словно эти принципы установлены, predetermined и прозрачны, а осознанный и добровольный выбор больного зависит лишь от установления фактов о нем. И сами участники ЭЭ вынуждены подчиняться этому нормативному видению, участвуя в процессе экспертизы как носители функций, встроенные в процедуру, в алгоритм консультирования и его стандарты качества.

Экспертиза в целях принятия решений, включая и этические, и медицинские, и управленческие, в современном динамичном обществе коммодифицирована, то есть превращена в коммерческую услугу для ее массового конечного потребления. Подобная практика становится все более удобной для человека, экономя его время и не требуя от него совершения личных усилий [Rasmussen, 2005].

В свете сказанного гуманистические представления, которые, казалось бы, этическая экспертиза была призвана отстаивать и укреплять в медицинской науке и практике, все более сменяются функциональным, техническим пониманием и отношением к человеку в медицине. Сама же ЭЭ в своих «гуманистических» представлениях о человеке не выросла за рамки социально-конструктивистского подхода, продолжая рассматривать человека в своем нормативном взгляде как готовый объект со сложившимися свойствами. Такому подходу должны быть противопоставлены иная установка и иное видение – человек есть субъект собственных изменений, на себе выстраивающий опыт заботы о себе. В методологическом плане речь идет о необходимости введения деятельностного подхода в практики экспертизы в медицине. Как пишет Мол, вместо разговора об объектах и познающих субъектах требуется переход к разговору об осуществлении реальности в практике [Мол, 2017, с. 88].

И, наконец, еще раз отметим важнейшее: в рамках существующих концептов и практик ЭЭ человек превратился в «договорное понятие» [Козолупенко, 2020], о содержании которого всякий раз договариваются ее участники в процессе делиберации, цели которого определяются не с точки зрения предназначения и изначальной задачи ЭЭ, но в терминах улучшения ее качества и повышения эффективности. В гонке за эффективностью человек исчез. Сама же ЭЭ как институциональная форма и практика не способна защитить человека, его идейный стержень, его этос, сохранить человека в норме его бытия, восстановить человека как сущее в его онтологическом смысле.

### Список литературы / References

Аванесов, С. (2016). *Человек в норме*. Новосибирск.

Avanesov, S. (2016). *A Human Being in Norm*. Novosibirsk. (In Russ.)

Кляйнберг, М. (2018). Болезнь и здоровье в эпоху велнеса, селф-трекинга и самооптимизации – на пути к обществу здоровья? *Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Философия и конфликтология*. Т. 34. № 1. С. 17-23. DOI: <https://doi.org/10.21638/11701/spbu17.2018.102>

Kleinberg, M. (2018). Illness and Health in Times of Self-tracking, Wellness and Self-optimization. On the Way to the Health Society? *Bulletin of the St. Petersburg State University. Philosophy and Conflictology*. Vol. 34. no. 1. pp.17-23. (In Russ.)

Козолупенко, Д. (2019). Нечеловеческая антропология: «Договорной человек» в современной философской антропологии. *Человек.RU*. № 15. С. 195-207. DOI: 10.32691/2410-0935-2020-15-195-207

Kosolupenko, D. (2019). Non-human Anthropology: the “Contract Man” in Modern Philosophical Anthropology. *Human.RU*. no. 15. pp. 195-207. (In Russ.)

Макинтайр, А. (2000). *После добродетели: Исследования теории морали*. М. Академический проект.

Macintyre, A. (2000). *After Virtue: A Study in Moral Theory*. Moscow. (In Russ.)

Мол, А. (2017). *Множественное тело: онтология в медицинской практике*. Пермь.

Mol, A. (2017). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Perm. (In Russ.)

Саввина, О. (2013). Понятие медицинской нормы в контексте современного биоэтического дискурса. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Философия*. № 3. С. 142-149.

Savvina, O. (2013). The Notion of Medical Norm in Context of Modern Bio Ethical Discourse. *RUDN Journal of Philosophy*. no. 3. pp. 142-149. (In Russ.)

Силуянова, И. (2008). *Избранные. О призвании врача*. М.

Siluyanova, I. (2008). *Selected. Towards Mission of the Doctor*. Moscow. (In Russ.)

Синюкова, Н. (2020). Формирование субъектной позиции пациента через практики его включения в этическую экспертизу медицинских случаев. *Идеи и идеалы*. № 3. С. 176-187. DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-176-187.

Siniukova, N. (2020). Development of the Patient's Subject Position Within the Practices of his Participation in Ethics Expertise. *Ideas and Ideals*. no. 3. pp. 176-187. (In Russ.)

Смирнов, С. (2019). Проблема нормы в неклассической рациональности. *Философия науки*. № 1(80). С. 19-57. DOI: 10.15372/PS20190102

Smirnov, S. (2019). The Problem of a Norm in Non-classical Rationality. *Philosophy of Science*. no 1(80). pp. 19-57. (In Russ.)

Фуко, М. (2014). *Рождение клиники*. М.

Foucault, M. (2014). *The Birth of the Clinic*. Moscow. (In Russ.)

Хайдеггер, М. (1993). *Время и бытие*. М.

Heidegger, M. (1993). *Being and Time*. Moscow. (In Russ.)

Bishop, J. (2012). On the Social Construction of Health Care Ethics Consultation. In Engelhardt, T. (ed.). *Bioethics Critically Reconsidered*. Springer Netherlands. pp. 176-190.

Canguilhem, G. (1974). *Das Normale und das Pathologische*. (Erstveröff. 1943/66). Hanser, München.

Carel, H. (2007). Can I be Ill and Happy? *Philosophia*. no. 35. pp. 95-110. DOI: 10.1007/s11406-007-9085-5

Carel, H. (2014). *Illness: the Cry of the Flesh*. Routledge.

Charmaz, K. (1983). Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in the Chronically Ill. *Sociology of Health and Illness*. no. 5(2). pp. 168-195. DOI: 10.1111/1467-9566.ep10491512.

Fahr, U. (2010). Discourse Ethics and Ethics Consultation. In Schildmann, J., Gordon, J. - S., Vollman, J. (eds.) *Clinical Ethics Consultation: Theories and Methods, Implementation, Evaluation*. UK. Ashgate.

Frank, A (1997). *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago.

Fulford, K. (1993). Praxis Makes Perfect: Illness as a Bridge Between Biological Concepts of Disease and Social Concepts of Health. *Theoretical Medicine*. no. 14. pp. 305-320.

Maio, G. (2014). *Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin. Suhrkamp.

Nobel, C.N (1982). Ethics and Experts. *Hastings Center Report*. no. 12(3). pp. 7-9.

Rasmussen, L. (ed). (2005). *Ethics Expertise. History, Contemporary Perspectives, and Applications*. Springer Netherlands.

Schicktanz, S., Schweda, M., Wynne, B. (2012). The Ethics of “Public Understanding of Ethics” – Why and How Bioethics Expertise Should Include Public and Patients’ Voices. *Medicine, Health Care and Philosophy*. no. 15. pp. 129-139. DOI: 10.1007/s11019-011-9321-4.

Svenaesus, F. (2000). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Kluwer Academic Publishing.

Singer, P. (1979). *Practical Ethics*. Cambridge. Cambridge University Press.

Toombs, S. K. (2001). *Handbook of Phenomenology and Medicine*. The Netherlands. Kluwer.

Yoder, S.D. (1998). The Nature of Ethical Expertise. *Hastings Center Report*. no. 28(6). pp. 11-19.

Zaner, R. (1981). *The Context of Self: A Phenomenological Inquiry Using Medicine as a Clue*. Ohio University Press.

### Информация об авторах/ Information about authors

**Синюкова Наталья Алексеевна** – младший научный сотрудник Института философии и права Сибирского отделения Российской академии наук, г. Новосибирск, ул. Николаева, 8, e-mail: sinuknat@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-2400-7237>.

*Статья поступила в редакцию: 14.08.2021*

*После доработки: 20.08.2021*

*Принята к публикации: 10.09.2021*

**Siniukova Natalia** – Junior Researcher of the Institute of Philosophy and Law of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, Nikolayev str., 8, e-mail: sinuknat@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-2400-7237>.

*The paper was submitted: 14.08.2021*

*Received after reworking: 20.08.2021*

*Accepted for publication: 10.09.2021*