

---

---

А. В. АНТИПОВ

## СУБЪЕКТНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ КОНЕЧНОСТИ ЖИЗНИ\*

*Смерть и умирание являются одними из наиболее важных проблем человечества. Появление и распространение новых технологий вносит коррективы в способы понимания смерти, актуализируется проблема критерия смерти, поскольку граница между живым и мертвым становится тоньше и более проницаемой. При этом сама смерть дополняется процессом умирания, которое приобретает новые черты при развитии новых технологий. Процессуальность умирания характеризуется не только пролонгированием во времени, но формированием особого дискурсивного пространства, в котором конституируется субъектность умирающего. Медикализация умирания сопровождается технологизацией и институционализацией, что характеризует умирание как контролируемое и происходящее в заданных условиях больниц и хосписов. При этом анализируются как негативные черты институционализации, которые состоят в контроле со стороны технологий и обезличенной заботе со стороны незнакомцев, так и положительные характеристики хосписов, в которых формируется особое этическое пространство с целью улучшения качества жизни умирающего. Конституирование субъектности умирающего происходит на фоне контроля со стороны медицинского персонала и технологий над процессом умирания.*

**Ключевые слова:** субъект, субъектность, смерть, умирание, биоэтика, медицина, технологии.

*Death and dying are among the most important problems facing humanity. The emergence and diffusion of new technologies bring adjustments in the ways we understand death, and the problem of the criterion of death is actualised.*

---

\* Статья подготовлена в рамках исследования, выполненного при финансовой поддержке Российского научного фонда, проект № 24-28-01604.

**Для цитирования:** Антипов А. В. Субъектность в контексте проблемы конечности жизни // *Философия и общество*. 2024. № 3. С. 86–102. DOI: 10.30884/jfio/2024.03.07.

**For citation:** Antipov A. V. Subjectivity in the Context of the Problem of the Finality of Life // *Filosofiya i obshchestvo = Philosophy and Society*. 2024. No. 3. Pp. 86–102. DOI: 10.30884/jfio/2024.03.07 (in Russian).

**Философия и общество, № 3 2024 86–102**

**DOI: 10.30884/jfio/2024.03.07**

*as the border between the living and the dead becomes thinner and more permeable. At the same time, death itself is supplemented by the process of dying, which acquires new characteristics with the development of new technologies. The processuality of dying is characterised not only by a prolongation in time, but also by the formation of a specific discursive space in which the subjectivity of the dying is constituted. The medicalisation of dying is accompanied by technologisation and institutionalisation, which characterise dying as controlled and taking place in the prescribed conditions of hospitals and hospices. Both the negative features of institutionalisation, consisting of control by technology and impersonal care by strangers, and the positive characteristics of hospices, in which a special ethical space is formed in order to improve the quality of life of the dying person, are analysed. The constitution of the dying person's subjectivity takes place against the background of the control of the dying process by medical personnel and technologies.*

**Keywords:** *subject, subjectivity, death, dying, bioethics, medicalisation, technology.*

Смертность человека является проблемой в эпистемологическом свете: знание о собственной конечности способно быть основанием тезиса, как его называет Ж.-М. Шеффер, о «человеческой исключительности» [Шеффер 2010]. Однако дальнейшее рассмотрение приводит к выявлению и других проблем: этических, онтологических, метафизических и др. В данном случае предлагается остановиться в первую очередь на этической и биоэтической проблематике, которая, с одной стороны, открывается в связи с осознанием собственной конечности, а с другой стороны, преломляется посредством развития современных медицинских и биотехнологий. Их появление знаменует собой поразительный сдвиг, который заключается в усложнении понимания смерти и умирания, для рассмотрения которого применим в том числе и концептуальный аппарат критических и постструктуралистских теорий, постулирующих и анализирующих кризис субъектности. Этот кризис способен проявляться в распаде (некогда) единого субъекта на различные итерации, в формировании которых принимают участие не только воля и интенции индивида, но и окружающий его научный, социальный и политический контекст. Так, изменение в понимании смерти и ее опыта посредством технологического вмешательства формирует субъекта умирающего, субъектность которого конституируется медицинским и – шире – биоэтическим дискурсом. Приводит к этому отказ от понимания смерти только как «пограничной ситуации» [Ясперс 1989] и дополнение этого понимания разнород-

ными технологическими манипуляциями и смыслами, что обретает свою возможность в результате медиализации смерти.

### **Вопрос о субъекте и субъектности**

Вопрос о субъекте и субъектности является одним из ключевых вопросов философии, на котором сосредотачивается внимание многих философов, что порождает множество концептов. Как указывает В. Декомб, «субъект, о котором говорят философы, не является актантным дополнением, а является агенсом человеческого действия в том смысле, в котором об этом говорил Аристотель: агенс, принцип действия которого находится в нем самом, может (или не может) совершить (или не совершать) это действие в зависимости от своего выбора» [Декомб 2011: 121]. Такое действие будет тесно связано с вопросом о свободе и ее возможности, что, в принципе, неотделимо от вопроса о субъекте. При этом сам субъект и субъектность могут быть неоднородны: возможно рассмотрение отдельного субъекта деятельности, например субъекта гуманитарной экспертизы, который предстает в трех ипостасях: отстраненный субъект, множественная субъективность и участный субъект [Киященко, Тищенко 2011: 153]. Нас же в данном случае интересует вопрос о трансформациях субъекта в связи с биотехнологическим и медицинским вмешательством, то есть субъект в отдельной специфической области – биоэтике. Для этого необходимо для начала рассмотреть понятия «субъект» и «субъектность», а затем дать отдельную характеристику их положения в биоэтическом дискурсе.

Понимание субъекта разнится в различных дисциплинах. В психологии понятие субъекта взаимодействует с понятием личности, они могут как конкурировать, так и взаимодополнять друг друга. При этом отмечается гораздо более значимый эвристический потенциал понятия субъектности, для которой характерно следующее: «Наиболее глубинным проявлением субъектности являются два вида “самоинтервенции”: 1) внимание и контроль над воздействиями (в том числе над нашими собственными мотивами и чувствами, которые обычно управляют нашими действиями, минуя сознательный контроль), и 2) изменение своего образа жизни, своей идентичности» [Леонтьев 2010: 149–150]. Такое понимание субъектности позволяет увидеть наличие контроля за собственными действиями, однако контроль осуществляется на основании раз-

личного рода детерминант, между которыми человек способен переключатся. Эти два вида «самоинтервенции» не осуществляются изолированно, а существуют в определенных заданных – дискурсивных – условиях. Субъектность может пониматься не только как некоторая данность, а как способность человека, культивируемая и конституируемая во времени [Селезнева 2015: 51]. Подобное конституирование происходит посредством включенности в дискурсивное пространство взаимодействия, в котором субъект находит и обретает себя посредством активного освоения. В данном случае происходит сочетание активного и деятельностного начала с уже сформированным дискурсивным пространством, которое само по себе неоднородно, динамично и изменяется под действием самого субъекта. Такое движение всегда двунаправлено: активность субъекта задается дискурсивным полем, в котором присутствует конечный набор потенциальных действий, но само дискурсивное поле также претерпевает трансформации в связи с активностью субъекта.

Напряженность между понятиями «субъект» и «субъектность» приобретает особую форму в биоэтике. «В контекстуальном поле биоэтики сформировался запрос на интегративную категорию “субъектности”, призванную преодолеть односторонность картезианского “субъекта”, как исключительно сознательного, транспарентного и доступного для анализа, так и постмодернистского субъекта-функции, который лишен бытийного и ценностного основания» [Никулина 2014]. Отказ от понимания субъекта как от полностью прозрачного для самого себя, так и от только его функционального понимания позволяет говорить о ситуации, при которой субъект, с одной стороны, активно взаимодействует с заданными дискурсивными координатами, изменяет и дополняет их, а с другой стороны, сам становится тем, что конституируется в определенных условиях, поскольку использование доступных средств ограничено пространством и заданными условиями. Медикализация смерти и умирания формирует контекст взаимодействия, в котором субъект в определенный момент времени находит себя: его субъектность оказывается тем, что принимает задаваемые правила и способы складывающихся дискурсивных практик, внутри которых смерть теряет свою событийность и единичность и становится процессом умирания, исторгается из области повседневности и обретает свое новое значение в технологическом контексте.

### **Смерть как событие и умирание как процесс**

Событие смерти на протяжении истории всего человечества имело ореол трагичности и загадочности. Знание о конечности собственной жизни служит для человека постоянным напоминанием о бренности и тщетности существования. Смерть обозначает неминуемый конец всему тому, что мы знаем, любим и ценим. Долгое время смерть обозначалась именно как событие – уникальное для каждого человеческого существа, единичное, неповторимое и неизбежное. Человечество стремится преодолеть смерть в различных формах: религии, символическом бессмертии, трансгуманизме. Однако полностью ее отменить не удастся. При этом технологический прогресс приводит к появлению новых форм отношения со смертью.

Одной из таких форм является превращение события смерти в процесс, пролонгирование во времени. Существуют пессимистичные точки зрения, согласно которым весь процесс жизни человека является умиранием и движением к смерти, но все же следует констатировать, что процесс жизни и процесс умирания различаются. Современность и новый технологический уклад позволяют акцентировать внимание на самом переходе из живого в мертвое, а также продлевать его время. Изобретение и применение аппаратов, поддерживающих газообмен в легких человека и кровообращение, привело к тому, что, во-первых, стали проблематизироваться критерии смерти, а во-вторых, переход из живого в мертвое превратился в более плавный и управляемый. Появляются даже точки зрения, что такой переход должен быть респектабельным, то есть осуществляться с учетом уважения достоинства человека, под чем обычно понимается возможность самостоятельного определения границ своего существования.

Плавный и управляемый переход из живого в мертвое – умирание – характеризуется как продолжительностью во времени, так и формированием особого типа субъектности – субъектности умирающего. Она отличается от существовавших прежде способов тем, что такое умирание происходит в отдельном пространстве больницы, внутри которого осуществляется уход за умирающим, в то время как он сам переопределяет себя и трансформирует собственную идентичность. Рассмотрение умирания как процесса позволяет выделить отдельную «пограничную зону» [Юдин 2014], в которой человек находится между двумя определенными состояниями – жизнью и смертью. «Говоря об умирании как процессе, необходимо обра-

тратить внимание на следующее: если сама по себе констатация смерти – это по существу одномоментный акт, то смерть, протекающая под наблюдением медиков, имеет длительность, подчас довольно большую. При этом в определенной – и в ходе прогресса биомедицины все большей – мере процесс умирания контролируется медицинским персоналом» [Юдин 2014: 11]. Контроль над происходящим процессом умирания прежде всего характеризуется стремлением отдалить саму констатацию смерти и облегчить последние дни того, кто умирает. При этом умирающий лишается части своей автономии, поскольку контроль над умиранием осуществляется не им непосредственно, а медицинским персоналом, вся деятельность которого организована в соответствии с необходимостью поддержания жизни. Вследствие этого поднимаются этические вопросы, связанные как с правом распоряжения жизнью и телом, так и с представлением о том, каким образом должен происходить процесс умирания.

Но умирание в логике процессуальности означает не только разговор о длительности и протяженности во времени, это еще и ценностный сдвиг. Если в обыденной жизни дееспособный субъект способен к самостоятельному целеполаганию, то в пространстве больницы или хосписа он оказывается в другой координатной плоскости, задаваемой медиализованным и технологизованным пониманием смерти и умирания.

### **Медиализация смерти и умирания**

Концепт медиализации служит для описания вовлечения различных и прежде немедицинских феноменов в сферу медицинского дискурса. Проблемы, прежде характеризовавшиеся как поведенческие, социальные, экономические и др., становятся частью медицинских проблем, одними из которых являются смерть и умирание. Будучи прежде проблемами личными и экзистенциальными, смерть и умирание превращаются в то, что регулируется в пространстве больницы и контролируется медицинским персоналом. Медиализация смерти и умирания связана с переопределением и переформулированием естественного процесса окончания жизни в медицинских терминах. В процессе медиализации смерти возможно выделение нескольких векторов движения: использование медицинского языка описания, контроль над происходящим процессом умирания со стороны медицинского персонала, выделение критериев смерти и ее констатация. Язык описания, который использует

медицина, патологизирует смерть и выводит ее за пределы естественного положения дел: от смерти необходимо избавиться как от болезни. Язык в данном случае вводит смерть в пространство медицины и тем самым редуцирует смерть до процесса физиологии человека, отсекает личностное и экзистенциальное измерения. Медицинский персонал является тем, кто находится с умирающим, но это нахождение рядом не имеет более отношения к тому кругу родственников, которые раньше собирались у постели умирающего: забота и сострадание заменяются механическим поддержанием жизни. Констатация смерти также входит в круг обязанностей врача, а критерии смерти являются предметом профессионального обсуждения.

Однако необходимо отметить, что рассмотрение медиализации как одномерного и распространяющегося процесса недостаточно для его полноценного понимания [Ballard, Elston 2005]. Описание медиализации как только процесса распространения медицинской власти над человеком было бы односторонним и ошибочным. Использование профессионального медицинского языка описания и перемещение умирающего в пространство больницы трансформируют его субъектность, формируют умирающего субъекта. Этот процесс тесно связан с практикой экспертирования себя. Человек, с одной стороны, принимает заданные дискурсивные координаты и конституирует в них собственную идентичность, а с другой стороны, сам становится частью экспертного дискурса и обретает способность оказывать на него влияние. Посредством добровольного информированного согласия принимаются или отвергаются процедуры, которые совершаются с пациентом, но оно также предполагает, что пациенту в достаточной степени было разъяснено, что собой данная процедура представляет. Так, частичная потеря автономии умирающего субъекта (поскольку процесс умирания контролируется медицинским персоналом с позиций продолжения жизни) компенсируется возможностью влияния на складывающиеся практики через принятие решений относительно своего благополучия.

Происходящее в пространстве больницы открывает еще одну характеристику: медиализация смерти связана с другим процессом – институционализацией смерти и умирания [Field 1994: 59]. Под институционализацией смерти и умирания следует понимать процесс, результатом которого является переход умирания в больницы под контроль медицинского персонала. Смерть изгоняется из общества и отдается на откуп специализированному персоналу, поскольку

заниматься погребальными практиками начинают предназначенные для этого фирмы и организации. В то же время умирание запирается в пространстве больницы, а в дальнейшем – хосписа. Умирание как занимает место в уже существующих институтах, так и создает новые пространства, специализирующиеся только на умирании и помощи больным, оставшихся без надежды на улучшение. Эти институты действуют в соответствии со своими правилами и принципами, а внутри них человек обретает себя именно как умирающего.

Негативные черты медикализованной смерти состоят в так называемой «плохой смерти», то есть смерти в условиях, которые могут быть обозначены как дегуманизирующие. К таким условиям можно отнести: институционализированную обстановку, обезличенную заботу со стороны незнакомцев, контроль технологий [Campbell 2019]. Институционализированная обстановка больниц не позволяет человеку ощутить и осознать себя в полной мере человеческим существом: отсутствие личных вещей и пространства, контактов с близкими и родными, сугубо утилитарное и стерильное окружение, четко заданный распорядок дня и процедур – все это и многое другое делает человека частью института, для которого отдельная человеческая жизнь не имеет ни значения, ни смысла, а важна только выживаемость в биополитическом ключе. Тотальность институтов заключается в невозможности реализации себя как свободного и разумного существа. Обезличенная забота не способна оказать того же эффекта, что забота близких и родных людей: она механизирована и функционально пригодна, но не имеет ничего общего с полноценной заботой, тем более заботой об умирающем. В обезличенной заботе со стороны незнакомцев в пространстве больницы нет возможности для личностного контакта и уменьшения отчаяния умирающего. Контроль же со стороны технологий снижает и без того невысокий уровень личного участия со стороны другого человека: технологии дают иллюзию объективности собираемых данных, но ничего не говорят о субъективном опыте переживания умирания.

В дополнение к этому указывается, что «в отделении интенсивной терапии заметно отсутствуют возможности для содействия осознанию смерти, для развития самоидентификации через процесс умирания, а также для социальной и психологической подготовки к смерти» [Seymour 1999]. Осознание смерти – смерти собственной –



является одним из важнейших личностных факторов, способствующих становлению человека. Мотиву оценки своей жизни на рубеже ее окончания посвящено множество произведений культуры. Окончание жизни может быть даже так же важно, как и сама жизнь. В пространстве больницы, а особенно в упомянутом отделении интенсивной терапии, где происходит борьба за жизнь, все еще уделяется мало внимания вопросу осмысления себя в процессе ее окончания.

Одним из проявлений технологизации смерти выступает принятие неврологического критерия смерти. Необходимость принятия нового критерия смерти обуславливается технологическими новшествами, в частности появлением аппаратов, которые позволяют поддерживать газообмен в легких и циркуляцию крови. Поэтому старые критерии, которые основывались на отсутствии дыхания и сердцебиения в связи с появлением этих аппаратов становятся недостоверными: дыхание и циркуляцию крови можно поддерживать неопределенно долго. При этом сама по себе «концепция смерти мозга – культурно обусловленная концепция. Научно обоснованный диагноз смерти мозга, воплощаясь в той или иной социокультурной среде, до сих пор несет на себе ореол культурных коннотаций, культурных стереотипов относительно понимания смерти. Они находят отражение в правовой культуре и закрепляются на законодательном уровне» [Попова 2011: 38].

### **Формирование субъекта умирающего**

Умирание в пространстве больницы, а затем в ситуации оказания паллиативной помощи (в хосписе) знаменует собой появление новой формы субъектности, которая связана с осознанием себя в качестве именно умирающего субъекта, которому более недоступна «полноценная» повседневность. На формирование этой субъектности влияет как пространство, в котором она формируется, так и способ языкового воздействия. «В современных исследованиях заметное место занимает анализ моделей субъектности, формирующихся в различных культурных контекстах» [Леонтьев 2010: 150]. Одним из таких контекстов является медицина и биоэтика.

В данном случае важна не только технологизированная, но и историко-философская составляющая. Смерть субъекта, провозглашенная М. Фуко, и смерть автора, разрабатываемая Р. Бартом, выстраиваются на том, что субъект в его классическом понимании

перестает существовать, а его место занимают особые формы, связанные с распадом некогда наличествующего. При этом задается закономерный вопрос: «Всегда ли в обозримой истории этот “умирающий субъект” существовал в той форме, в какой он описывается как “умирающий” адептами постмодерна?» [Ваньков 2013: 166]. Стоит ответить, что нет, не всегда. Умирающий субъект становится возможен только в условиях смерти медиализированной и отторгнутой обществом, поскольку, во-первых, создается научный вокабуляр описания и констатации, применимый только к умирающему в пространстве больницы, а во-вторых, умирание как процесс происходит в специально отведенных для этого местах – больницах и хосписах. Тем самым формируются координаты, в которых человек находит и определяет, что позволяет ему выстраивать иной способ самоидентификации.

Это связано не только с постмодернистской установкой: «Постмодернистская эпоха отмечена печатью радикального end-изма. Речь идет не только об идее “смерти” (всего, в том числе и субъекта), но и о реальном содержательном исчерпании некоторых форм, сложившихся в истории» [Терещенко 2009: 29]. Исчерпание классического и романтизируемого способа умирания, при котором у постели обреченного собираются родные и близкие, с которыми он прощается и отдает последние распоряжения, происходит также вследствие перехода к новому – биополитическому – устройству. В этом новом устройстве приобретают значение феномены, обозначающиеся на уровне массы, что делает саму смертность биополитической проблемой. Но если смертность проявляет себя в социологическом и статистическом схватывании феномена, то цель формируемой системы здравоохранения состоит в борьбе со смертностью. Она возможна при условии, что процессы, приводящие к смертности, с одной стороны, будут достоверно определены и описаны, зафиксированы в виде анализа умирания как проблемы, а с другой стороны, будут созданы подходящие инструменты для ее непосредственного менеджмента. Управление умиранием происходит в пространстве больницы, где также происходит атрибутирование человека как «умирающего».

Формирование новых пространств поднимает и новые вопросы: «В биоэтическом дискурсе о смерти проступает новая проблематика, так, например, внимание может быть сосредоточено вокруг процесса перехода смерти в умирание, бывающее и продолжительным, и мучительным. Возникают неочевидные ранее для человечества вопросы о том, кто имеет право распоряжаться процессом

умирания (смерти), что мы вкладываем в такие формы субъекта смерти, как “личность” и “человек”, возникающие в результате анализа феномена смерти, с которым мы сталкиваемся в обосновании биоэтических проблем» [Гусев, Дьячек 2013: 130]. Менеджмент умирания, происходящий в заданных медициной координатах, осуществляется, как было отмечено выше, преимущественно медицинским персоналом. Однако сам человек, согласно принципу автономии способный решать, что является для него благом, внутри этих координат способен изменять способы взаимодействия с ним. В управлении процессом умирания все действия подчинены двум самым главным целям: борьбе со смертью и смертностью через ее отдаление и облегчение страдания того, кто умирает. Зачастую способы реализации этих целей могут входить друг с другом в противоречие, поскольку радикальное облегчение и избавление от страдания способна приносить сама смерть. Тогда актуализируются в этическом и правовом поле вопросы о том, насколько вправе человек отказаться от жизни, если его страдание настолько велико, что иного способа не существует. В данном случае происходит инверсия ценностей: жизнь, сопряженная с невыносимым страданием, рассматривается как то, от чего следует избавиться или отказаться. Но является ли отказ от жизни, даже сопряженной со страданием (иногда это называется «жизнь, которая не стоит того, чтобы быть продолженной» [Benatar 2016]), действительным благом? Находясь в ситуации эпистемологической неопределенности, то есть в условиях, когда мы знаем только половину, поскольку не способны заглянуть за горизонт события смерти, ответить на этот вопрос не представляется достоверно возможным. Поэтому, опираясь на представления о безотносительной ценности жизни как таковой, следует отметить, что отказ от жизни, сопряженной со страданием, не реализует подлинный ценностный потенциал, а только механически заканчивает жизнь, а вместе с ней и сопутствующее страдание.

Являясь условием возможности умирающего субъекта, биоэтический дискурс в то же время определенным образом формирует его, придает тот вид, который становится нам знаком и узнаваем. Рассуждения об избавлении от страдания через отказ от жизни являются составной частью биоэтического дискурса. Продолжая линию рассуждений М. Фуко, Х. Тейлор предполагает, что «суицидальная субъектность конституировалась через какофонию “экспертных” дискурсов на эту тему на протяжении последних двух столетий»

[Taylor 2015: 201]. Подобно суицидальной субъектности, субъектности умирающего придается вид в соответствии с представлениями о медикализованной и технологизированной смерти.

Переход смерти из единичного события в процесс, приобретение им атрибута длительности изменяет и конститутивные особенности субъекта. Умиравший субъект предстает тем, кто, с одной стороны, оказывается в координатах, заданных биотехнологическим конструированием смерти, с другой стороны, он обладает собственной субъектностью, которая трансформируется вследствие столкновения с необходимостью реализации расширенных собственных прав и представлений о достойной смерти. Расширение прав происходит за счет обретения своего рода контроля над смертью: переход в умирание обозначает и возможность поддерживать состояние жизни неопределенно долго. Это используется и в другой области, тесно связанной с представлением о смерти и смертности, – трансплантологии.

Формирование умирающего субъекта связано не только с процессом его превращения в объект и предмет медицинских манипуляций, но и с освоением практик экспертирования себя, при которых «медикализованный умирающий субъект является активным, осведомленным и предприимчивым» [Mohammed *et al.* 2020]. Такое экспертирование связано с попыткой использования медицинской рациональности и формы знания для выработки качественно лучшей стратегии поведения в ситуации неизлечимого заболевания. С одной стороны, медицинские технологии обозначают способы и формы воздействия на умирающего с целью продления его жизни, с другой стороны, умирающий субъект с помощью них конституирует собственные возможности продления своей жизни и облегчения страдания. В условиях массового здравоохранения, которое не способно обеспечить достойный уход для каждого, практика экспертирования себя выглядит ответом на обезличенную заботу со стороны тех, кто окружает умирающего. Обезличенная забота осуществляется формально и в соответствии с протоколом, что элиминирует качественные характеристики отдельной личности. Будучи помещенным в пространство больницы, умирающий человек оказывается в условиях, когда экспертирование себя становится вынужденной мерой для того, чтобы обеспечить для себя достойное окончание жизни. Под сомнение ставится сама его уникальность: умирающий не один и не единичен, а находится среди десятков и сотен в таком же положении. Одним из способов преодо-

ления такого положения дел является создание хосписов как специализированных пространств, предназначенных именно для тех пациентов, чей прогноз уже не может быть благоприятным.

### **Паллиативная помощь**

Помощь людям, которые оказались в ситуации неизлечимого заболевания, сопровождающегося болью и страданием, осуществляется в хосписах. «Хоспис – это больница особого типа, куда пациентов направляют не для выздоровления. Все, кто попадает сюда, обречены, и цель обслуживающего персонала – облегчить пациентам физические и духовные страдания в преддверии ухода в мир иной» [Лях 2006]. Так происходит размежевание пространств: больницы и хосписа. Необходимость выделения нового пространства, в котором бы происходила только помощь неизлечимо больным, обусловлена тем, что пространство больницы подчинено прежде всего излечению и борьбе с болезнью. Уход за умирающим, если он осуществляется в больнице, выглядит как то, что противоречит указанной цели борьбы с болезнью. При уходе и помощи умирающему медицина в форме борьбы с болезнью терпит свое поражение, поскольку признается, что от болезни более нельзя избавиться, а возможно только облегчение боли, которую она приносит. Поэтому пространство больницы в случае ухода за умирающим выполняет избыточную для себя функцию, что создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения и медицинский персонал. Создание хосписов позволяет медицине сосредоточиться на борьбе с болезнью, в том числе тем самым освобождая ресурсы, с помощью которых этой цели можно достигнуть. Но сама процедура отделения хосписов как специализированных мест для ухода за умирающим обозначает слабое место медицины: борьба за жизнь в них окончена, остается только уход в виде паллиативной помощи.

Под паллиативной помощью понимается «активная всеобъемлющая медико-социальная помощь больным с диагнозом неизлечимого прогрессирующего заболевания, когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения и очевиден неблагоприятный прогноз в отношении жизни. Основной целью такой помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других проявлений болезни, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки как самому пациенту, так и его близким» [Введен-

ская 2012: 19]. При этом паллиативная помощь включает в себя как медицинские, так и немедицинские аспекты [Введенская 2013: 30]. Паллиативная помощь позволяет закрыть те проблемы, которые проявляются в связи с медикализацией смерти и умирания и формированием умирающего субъекта. Они связаны с отсутствием подлинной заботы и механическим пониманием смерти как однонаправленного перехода из живого в мертвое. Паллиативная помощь стремится не только купировать физиологическую боль, но и обеспечить и обустроить место и последнее пристанище человека, в котором возможно возвращение смысла смерти как уникального личностного события, связанного с осознанием и пониманием себя. Для этого необходимо терапевтировать не только тело, но и душу человека, а также сформировать пространство межличностной коммуникации, при которой умирающий – все еще человек со своими заботами и чаяниями, жизнь которого еще не окончена.

### **Этика паллиативной помощи**

Основной задачей паллиативной помощи является «улучшение качества жизни человека больного» [Ее же 2012: 20]. При этом необходимо проблематизировать само понятие качества жизни. Несмотря на отсутствие согласия относительно того, что именно следует понимать под качеством жизни, возможно следующее определение: «Качество жизни – это комплексная характеристика условий жизнедеятельности населения, которая выражается в объективных показателях и субъективных оценках удовлетворения материальных, социальных и культурных потребностей и связана с восприятием людьми своего положения в зависимости от культурных особенностей, системы ценностей и социальных стандартов, существующих в обществе» [Беляева 2009: 34]. Такое синтетическое определение призвано вобрать в себя те параметры, которые являются ключевыми для определения качества жизни. Однако в случае хосписов целесообразным выглядит взглянуть на сочетание объективных показателей и субъективных оценок.

Объективными показателями являются характеристики окружения, которые возможно подвергнуть измерению. Для хосписов и паллиативной помощи объективные показатели состоят прежде всего в обеспеченности всем необходимым как для поддержания достойного существования, так и для своевременного купирования симптомов и облегчения боли. Субъективные оценки связаны как с удовлетворенностью жизнью, так и со способностью осознать

собственное умирание как часть своего бытия. Достижение удовлетворения субъективных желаний позволяет внести в медиализированное понимание умирания экзистенциальный компонент: умирающий субъект предстает все еще тем, кто способен ставить множественные цели, несмотря на то что его главенствующая цель состоит в борьбе за жизнь и отдаление констатации смерти. В данном случае наиболее продуктивным выглядит привлечение этики сочувствия, которая может быть применима не только в качестве основания для исследования биологических объектов [Тирас и др. 2017], но и должна в первую очередь обеспечивать уровень взаимодействия между человеческими субъектами на основании эмпатии и представлений о благе того, ради кого совершается действие.

\* \* \*

Противоэпидемические мероприятия во время пандемии COVID-19 привели к медиализации повседневности и способствовали «значительному сокращению привычных физических и символических границ и субъектности» [Кукса 2021: 86], что вполне актуально и для анализа проблемы умирания. Складывание комплекса науки и технологий, переопределяющих мир, приводит к тому, что «границы человеческой самоидентификации проводятся в пространстве репрезентаций, создаваемом современной наукой» [Тищенко 2011: 65]. Однако следует отметить, что наука не отвечает на экзистенциальные вопросы, сфокусированные в проблеме умирания: она способна только определить контекст и задать координаты, в которых человек находит себя и происходит конституирование субъектности. Несмотря на формирование медиализированного умирания, повышение экспертности себя позволяет человеку качественно лучшим образом реализовать свою автономию. Выделение умирания как отдельного процесса позволяет пристальнее взглянуть на то, каким образом конституируется субъектность в контексте проблемы окончания жизни.

### *Литература*

Беляева Л. А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации // Социологические исследования. 2009. № 1. С. 33–42.

Ваньков Д. С. Метаморфозы субъекта в процессе диалектического развития сознания // Вестник Тамбовского университета. Сер.: Гуманитарные науки. 2013. № 5(121). С. 166–172.

Введенская Е. С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения // Медицинский альманах. 2012. № 4. С. 18–21.

Введенская Е. С. О формировании современного понимания паллиативной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 3. С. 29–32.

Гусев Д. А., Дьячек Э. М. Конституирование морального субъекта в биоэтическом дискурсе // Discourses of Ethics. 2013. № 1. С. 127–139.

Декомб В. Дополнение к субъекту: исследование феномена действия от собственного лица. М. : НЛЮ, 2011.

Киященко Л. П., Тищенко П. Д. Гуманитарная экспертиза: герменевтика субъектности // Личность. Культура. Общество. 2011. Т. 13. № 2. С. 152–165.

Кукса Т. Л. Биополитические решения и правозащитный активизм в период распространения COVID-2019 в России: ограничения субъектности и новые границы взаимозависимости // Медицинская антропология и биоэтика. 2021. № 1(19). С. 67–99.

Леонтьев Д. А. Что дает психологии понятие субъекта: субъектность как измерение личности // Эпистемология и философия науки. 2010. Т. 25. № 3. С. 135–153.

Лях К. Ф. Хоспис: социальный институт постиндустриального общества // Вестник Мурманского гос. техн. ун-та. 2006. Т. 9. № 4. С. 562–568.

Никулина М. А. Трансформация понятия субъектности в контекстуальном поле биоэтики: теоретико-методологический анализ // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. № 6–1. С. 34–40.

Попова О. В. Проблема смерти мозга: этико-философский контекст исследования // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. 2011. Т. 5. С. 34–52.

Селезнева М. В. Сравнительный анализ понятий «субъект» и «субъектность» в зарубежной психологии // Вестник Российского университета дружбы народов. Сер.: Психология и педагогика. 2015. № 2. С. 47–53.

Терещенко Н. А. Мифология субъекта и субъект мифологии // Вопросы культурологии. 2009. № 7. С. 29–32.

Тирас Х. П., Лесовиченко А. М., Кожевникова М. Этика цифровой биологии: ренессанс натуралистики // Биоэтика. 2017. № 2. С. 37–42.

Тищенко П. Д. На гранях жизни и смерти. Философские исследования оснований биоэтики. СПб. : Мирь, 2011.

Шеффер Ж.-М. Конец человеческой исключительности. М. : НЛЮ, 2010.



Юдин Б. Г. Смерть и умирание в контексте высоких технологий // Рабочие тетради по биоэтике. Вып. 19. Биотехнологическое улучшение человека: гуманитарная экспертиза / под ред. Б. Г. Юдина. М. : Изд-во Моск. гум. ун-та, 2014. С. 7–17.

Ясперс К. Введение в философию. Минск : Пропилеи, 1989.

Ballard K., Elston M. A. Medicalisation: A Multi-dimensional Concept // *Social Theory & Health*. 2005. Vol. 3. Pp. 228–241.

Benatar D. Suicide: A Qualified Defence // *Life, Death, and Meaning: Key Philosophical Readings on the Big Questions* / ed. by D. Benatar. Lanham; Boulder; New York; Toronto; Oxford : Rowman & Littlefield, 2016.

Campbell C. S. Focus: Death: Mortal Responsibilities: Bioethics and Medical-Assisted Dying // *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2019. Vol. 92. No. 4. Pp. 733–739.

Field D. Palliative Medicine and the Medicalization of Death // *European Journal of Cancer Care*. 1994. Vol. 3. No. 2. Pp. 58–62.

Mohammed S., Peter E., Gastaldo D., Howell D. The Medicalisation of the Dying Self: The Search for Life Extension in Advanced Cancer // *Nursing Inquiry*. 2020. Vol. 27. No. 1. e12316.

Seymour J. E. Revisiting Medicalisation and “Natural” Death // *Social Science & Medicine*. 1999. Vol. 49. No. 5. Pp. 691–704.

Taylor C. Birth of the Suicidal Subject: Nelly Arcan, Michel Foucault, and Voluntary Death // *Culture, Theory and Critique*. 2015. Vol. 56. No. 2. Pp. 187–207.