

Логика заботы versus логики выбора в современных концепциях медицинской практики¹

DOI: 10.19181/inter.2019.20.2

Ссылка для цитирования:

Лехциер В. Л. Логика заботы versus логики выбора в современных концепциях медицинской практики // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2019. Т. 11. № 20. С. 36–53. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2019.20.2>.

For citation:

Lekhtsier V.L. (2019) Logic of care versus logic of choice in modern concepts of medical practice. *Interaction. Interview. Interpretation*. Vol. 11. No. 20. P. 36–53. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2019.20.2>.



Виталий Лехциер*

Статья посвящена сопоставлению двух базовых и конфликтных принципов в этическом истолковании клинического опыта — права пациента на медицинский выбор и заботы как имманентной этики врачевания. Концептуальные попытки теоретически и эмпирически обосновать приоритет заботы, предпринимаемые в современных социальных и гуманитарных исследованиях медицины, а также стремление включить логику выбора в логику заботы, делаются из различных методологических перспектив и на основе разных интеллектуальных традиций. Тем важнее становится сравнение ключевых концепций заботы — для фиксации глобального тренда в понимании существа медицинского опыта. Статья предлагает — в компаративистской перспективе — во-первых, рассмотрение аргументов американской исследовательницы Джоан Тренто, сформулированных в контексте универсальной политической теории и этики, но релевантные полю медицины. Во-вторых, экспликацию теории заботы немецкого врача и философа медицины Клауса Дёрнера, содержащую в том числе полемику с принципом

¹ Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ (№ 17-06-00127 А).

* Виталий Лехциер — доктор философских наук, профессор кафедры философии и кафедры методологии социологических и маркетинговых исследований, Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева, lekhtsiervitaly@mail.ru.



автономии, закрепленным сегодня в институте информированного согласия. В-третьих, статья предлагает реконструкцию «вовлеченного описания» логики заботы, осуществленного нидерландским философом и антропологом Аннмари Мол. Сравнительный анализ главных текстов этих авторов по указанной проблеме выявил немало общих положений, высказанных ими, — прежде всего, общую идею относительно того, что для ситуации хронической болезни, являющейся типичным случаем патологии в современном обществе, наиболее важна именно логика хорошей заботы, логика созависимости всех субъектов заботы как процесса, а также то, что политическая оппозиция власти и равенства уходит в такой ситуации на второй план, а наиболее значимой для повседневных медицинских практик становится оппозиция внимательности и пренебрежения.

Ключевые слова: хорошая забота; медицинский выбор; автономия; нарратив; взаимная зависимость

Проблема не в том, что другие пытаются командовать вами, а в том, что никому нет до вас дела.

А. Мол

В октябре 2018 г. известный врач, руководитель онкологической клиники Михаил Ласков сделал пост на корпоративной странице в Фейсбуке, посвященной вопросам онкологии, — пост, вызвавший дискуссию коллег, но републикованный затем на различных медицинских сайтах. Онколог, в частности, пишет: «Этот пост посвящается моему другу, основателю и идейному вдохновителю группы [RakaNet — лечение рака](#) Budiansky Vladimir. Пост родился из обсуждения в этой группе большой онкологической хирургии в частных клиниках. Запомните, дорогие настоящие или будущие пациенты: у большой, как и у маленькой онкологической хирургии, должны быть только две настоящие цели: продление жизни (в том числе, выздоровление от рака, если это возможно) и ее качество. Ни “а вам слабо?”, ни “мы единственные кто...”, ни “а у нас на работе...” автоматически не означает, что эти две цели будут достигнуты. Ниже мой шортлист самых циничных и безжалостных онкологических операций, которые выполняются в наших государственных и частных клиниках... Поскольку среди тех, кто выполняет операции из этого списка, я вижу очень много покупателей ложной надежды, то хотел бы, чтобы все, кому они назначены, лишней раз взвесили бы “за” и “против”. В общем, дорогие пациенты, принимайте решение взвешенно, дорогие коллеги, давайте вместе думать о конечном результате наших действий»². И потом еще добавляет там же, обращаясь к пациентам: «Операции “на слабо” не наш выбор».

Это очень характерное обращение онколога. В нем констатируется факт, что врачи, руководствуясь рыночной логикой («в частных клиниках»), могут

² Клиника амбулаторной онкологии и гематологии. Топ 10 сомнительных онкологических операций. Запись на стене от 24.10.2018, 12:31 [Электронный ресурс] // Facebook. URL: <https://www.facebook.com/981245508673468/posts/1407200716077943/> (дата обращения: 18.11.2019).

предлагать бессмысленные и вредные вмешательства («циничные и безжалостные»). При этом онколог апеллирует к пациентам — именно они в качестве «покупателей» рискованных медицинских услуг должны самостоятельно принимать решение («взвешивать все “за” и “против”»), соглашаться на них или нет, делать свой медицинский выбор. Выбор пациента здесь трактуется в логике экономических отношений. Вместе с тем призыв к коллегам «думать вместе» «о конечных результатах наших действий» в свернутом виде отсылает к традиционной логике ответственности врача за свои решения. В одном обращении — две логики, автономного потребительского выбора, совершаемого пациентом, и медицинской этики.

Необходимость и ценность медицинского выбора, который может и должен совершать пациент (выбор медицинской системы, больницы, врача, типа медицинского вмешательства и т.п.), вроде бы не могут быть поставлены под сомнение. Это повседневность любого современного общества, в том числе российского, повседневность клинических практик, включающих подписание пациентами протоколов информированного согласия перед официальными действиями врачей в учреждениях биомедицины. Однако риторическая комплиментарность двух логик в отношении клинических действий, присутствующая в обращении онколога и к своим коллегам, и к пациентам, не отменяет принципиальной конфликтности их оснований. Более того, как мы увидим дальше, все чаще этическое содержание работы врача противопоставляется экономической и правовой логике автономного выбора, вменяемого пациенту современной системой здравоохранения. В особенности это противопоставление происходит в тех концептуальных рамках, в которых медицинская этика трактуется как этика заботы. Я бы сказал, что именно в *горизонте хорошей заботы* сегодня проблематизируется кажущаяся естественной конструкция пациентского «медицинского выбора».

О необходимости теоретической и эмпирической рефлексии практик заботы в здравоохранении все чаще говорится в социальных и гуманитарных исследованиях медицины (Критическая социология..., 2019). Вопросы о заботе, ее нормативной, институциональной обеспеченности, ее профессионализации, этической и терапевтической значимости выходят в центр релевантных дискуссий наряду с проблемами экономики здравоохранения или применения новых биомедицинских технологий — тем более что часто эти темы пересекаются, предполагают друг друга, обнаруживая взаимодополняющие или, наоборот, конфликтующие логики.

Участники семинара во Фрайбурге (в сентябре 2015 г.), посвященного заботе в здравоохранении, предлагают понимать концепцию заботы в качестве универсального, объединяющего нормативного ориентира для самых разных целеполаганий медицины, ее оснований, и тех компромиссов, на которые приходится идти в реальной клинической жизни (например, между требованием максимальной помощи конкретному пациенту и принципами справедливого распределения имеющихся в медучреждении ресурсов). Редакторы выпущенной по материалам этого семинара книги



“Care in Healthcare. Reflections on Theory and Practice” (Krause, Boldt, 2018) со ссылкой на максимально широкое определение заботы, сформулированное Джоан Тронто (Joan C. Tronto) и Бернис Фишер (Berenice Fisher) (Fisher, Tronto, 1991), транслируют коллегиально выработанное на семинаре определение этого феномена применительно к сфере здравоохранения. Забота — это «комплекс взаимосвязанных действий, которые осуществляются в институциональном контексте и направлены на поддержание, улучшение или восстановление благополучия» пациента (Krause, Boldt, 2018: 3). Понятие медицинской заботы, фигурирующее в книге, достаточно широко. Оно включает, во-первых, персонализированные диадические отношения, реализующиеся посредством постоянной вербальной и невербальной коммуникации между тем, кто ответственно и внимательно осуществляет заботу, и тем, на кого она направлена, во-вторых, оно распространяется на физическое вмешательство врача в тело пациента и даже, в-третьих, на невидимые для пациента действия врача, такие как заполнение врачом медицинской карты больного.

Авторы сборника подчеркивают, что забота, осуществляющаяся в контексте клинических коммуникаций, направленная либо на полное восстановление здоровья, либо, если это невозможно (в случае хронических заболеваний и/или терминальных состояний), на улучшение самочувствия, с одной стороны, *стандартизирована*, с другой стороны, должна оставлять место для ситуативных коррекций, индивидуализированных решений. Они пишут: «Понимание благополучия должно постоянно корректироваться, позволяя ухаживать за пациентом в согласии с его пожеланиями» (Krause, Boldt, 2018: 5). Авторы полагают, что забота о благополучии пациента не противоречит *этике автономии*, уважению к самостоятельности пациента, хотя и может оказывать косвенное воздействие на его медицинские решения, например, на согласие на ту или иную процедуру, новую терапию. Приоритет заботы очевиден в ситуациях, когда на волю пациента полагаться нельзя, как в случае с деменцией. В таких клинических ситуациях — замечают исследователи, — «сложно провести четкое различие между манипулятивными действиями, которые пересекают границы заботы, и теми действиями, которые все еще подпадают под понятие о ней» (Krause, Boldt, 2018: 5).

Безусловный приоритет заботы в сопоставлении с принципом автономного выбора, отстаиваемый в книге, но также и стремление примирить эти принципы в отношении медицинских практик — на новых теоретических и эмпирических основаниях — ассоциируются сегодня в отечественной науке главным образом с позицией известного нидерландского философа и антрополога медицины Аннмари Мол (Annemarie Mol), участницей той самой школы во Фрайбурге. Новаторская книга Аннмари Мол “The logic of care: health and the problem of patient choice” (на голландском вышла в 2006 г., на английском — в 2008) вошла в обиход в российской науке (Кузнецов, 2014; Бороздина, 2015), она становится основой для эмпирических исследований (Угарова, 2019), по ней организуют круглые столы (Ожиганова

и др., 2018). Тем не менее высказанные в ней положения нуждаются в дальнейшей систематической рецепции, причем рецепции в глобальном контексте схожих с Мол научных проблематизаций «хорошей заботы» и исследований медицины. Сопоставление идей Аннмари Мол с близкими им, но либо хронологически параллельными, либо более ранними концепциями заботы как сущности клинического опыта, с попытками оспаривать абсолютность идеи (и практики) индивидуального пациентского медицинского выбора, которым должны руководствоваться врачи в своей повседневной работе, на мой взгляд, позволит лучше разглядеть текущий тренд в мировых социальных и гуманитарных исследованиях медицины. В этой статье будут кратко рассмотрены концепция заботы Джоан Тронто, сформулированная ею в контексте универсальной политической теории и этики, но более чем релевантная для поля медицины (в том числе благодаря многочисленным примерам, приводимым Тронто в своей книге), а также теория заботы как имманентной этики врачевания, оппонировавшая этике самоопределения, закреплённой в институте информированного согласия, предложенная немецким врачом и философом медицины Клаусом Дёрнером. Логика изложения концепций будет подчинена хронологии их создания.

Джоан Тронто о практике заботы и ее политическом значении

Широкое понимание заботы, представленное в коллективном труде “Care in Healthcare. Reflections on Theory and Practice”, и некоторые ключевые его характеристики восходят, как уже было сказано, к концепции Джоан Тронто и Бернис Фишер, исследовательниц, в чьих работах практика заботы едва ли не впервые стала центральной проблемой политической мысли, теоретической и практической рефлексии вообще (см. также Noddings, 1984). В книге «Моральные границы: политический аргумент в пользу этики заботы» Тронто задается вопросом, почему забота не становится основополагающей категорией социального анализа и до сих пор ведет периферийное, аморфное и локальное существование в политической и философской мысли. Отвечая, Тронто полагает, что теоретическое непризнание этой деятельности есть, прежде всего, следствие идеологических контекстов ее проявлений, а не только недостаточной институционализации или фрагментации, о чем иногда говорят, не отдавая себе отчета в том, что это тоже следствие, а не причина. «Не замечая того, насколько разнообразно присутствует забота в жизни человека, те, кто обладает властью и привилегиями, могут продолжать игнорировать и обесценивать деятельность по уходу и тех, кто этот уход осуществляет» (Tronto, 1993: 111). Подобное происходит в том числе на основе апелляции к комплексу идей, имеющих прямое отношение к принципу автономии индивида, к представлению о «человеке self-made», для которого забота ассоциируется исключительно с зависимостью, а беспокойство о ней — с признаком слабости. В итоге self-made личности «не только не признают, в какой степени забота сделала их жизнь



возможной, но такое признание подрывает легитимность несправедливого распределения власти, ресурсов и привилегий, получателями которых они являются» (Tronto, 1993: 111).

Тронтто призывает перестать противопоставлять заботу принципу автономии и, наоборот, включить ее в диалектику intersубъективности и сложно устроенной человеческой *взаимозависимости* (термин Маргарет Уорбан Уокер (Margaret Urban Walker), см. (Walker, 1989)). Автор предлагает систематическую и одновременно дискриптивную теорию заботы. Забота трактуется как особый вид самообременения или вовлеченности (структура «мне не все равно»), направляемой интересами другого (других), принимающей во внимание потребности другой стороны в качестве основы для действий. Забота носит именно практический, а не умозрительный характер, она не мимолетна, хотя может быть как процессуальной, незавершенной, так и разовой. Она может быть направлена не только на человека и не обязательно должна пониматься в рамках диадических отношений, в современном западном дискурсе чаще всего описываемых в соответствии с моделью романтической диады «мать — ребенок», не всегда способствующей анализу политических и социальных измерений заботы. Забота — универсальный аспект жизни и при этом специфическая деятельность, отличающаяся по своему содержанию в разных культурах и социальных группах.

Джоан Тронтто вместе с Беренис Фишер выделила четыре аналитически отдельные, но взаимосвязанные фазы заботы как опыта и — одновременно — непрерывного действия: **1) caring about; 2) taking care of; 3) caregiving и 4) care-receiving**. 1) *Caring about* («забота о...» или «беспокойство за кого-то») — фаза констатации потребностей другого и признания, что забота о нем необходима, что потребности другого должны быть удовлетворены. 2) *Taking care of* («решимость действовать», «принятие на себя ответственности») — второй шаг, на котором происходит «принятие на себя определенной ответственности за идентификацию потребностей и определение того, как реагировать на нее» (Tronto, 1993: 106), *практическая вера* в собственную способность удовлетворить потребности другого. 3) *Caregiving* («предоставление заботы») — непосредственное удовлетворение потребностей в уходе посредством физической и коммуникативной деятельности. 4) *Care-receiving* («получение заботы») — значимая фаза, предполагающая учет «обратной реакции», поскольку восприятие потребностей другого со стороны заботящегося чревато ошибками и — как следствие — конфликтами. «Женщина с ограниченными физическими возможностями может предпочесть есть самостоятельно, даже если для волонтера, который остановился около нее с горячей едой, будет быстрее осуществить кормление самому. Чья оценка наиболее насущных потребностей в данном случае более убедительна: необходимость добраться до следующей клиентки или потребность в сохранении достоинства получателя пищи?.. Если мы не осознаем, что объект ухода отвечает на полученную помощь, мы можем игнорировать существование подобных дилемм и утратить способность оценивать, насколько адекватно обеспечивается уход» (Tronto, 1993: 108).

Все четыре фазы заботы чреваты конфликтами, но именно реализация всех ее этапов является «хорошей заботой», «хорошо интегрированным процессом» или «хорошо выполненным актом заботы» (Tronto, 1993: 109).

Забота для Джоан Тронто — не только этическое понятие, но и полноценный политический идеал, ключ к концепции того, как люди могут жить вместе хорошо в демократическом обществе, идея особой демократической практики, распространяющейся и на частную, и на публичную сферу общественной жизни (заботе как центральной категории современной теории демократии посвящена отдельная, относительно недавно вышедшая книга Джоан Тронто (Tronto, 2013)). Американская исследовательница анализирует этот идеал в контексте оппозиций «зависимость — автономия», «потребности — интересы», «забота — справедливость». При этом телеология такого анализа — ограничение политического идеала автономного выбора, обоснованного в традиции либеральной политической и моральной философии. Джоан Тронто высказывает целый ряд аргументов за это ограничение, за то, чтобы скорректировать либеральную модель выбора, предполагающую в том числе подозрительность в отношении заботы, чреватой, согласно такой логике, властью и неравенством, поскольку где забота, там зависимость, а где зависимость, там и место для власти. Коррекция либеральной модели автономного выбора включает признание того, что не все люди полностью автономны, что «автономия возникает только после длительного периода зависимости, и что во многих отношениях мы остаемся зависимыми от других на протяжении всей нашей жизни» (Tronto, 1993: 162), что практики заботы не препятствуют тому, чтобы те, о ком заботятся, выносили свои суждения, что, наконец, «одной из целей заботы является прекращение зависимости» (Tronto, 1993: 163). Тронто резюмирует: «Поскольку люди иногда автономны, иногда зависимы, иногда обеспечивают уход за теми, кто находится на иждивении, их лучше всего охарактеризовать как взаимозависимых. Думая о людях как о взаимозависимых, мы можем понять как автономные, так и вовлеченные элементы человеческой жизни... В целом общество, которое серьезно относится к вопросам заботы, будет участвовать в обсуждении вопросов общественной жизни, исходя не из концепции автономных, равных, рациональных субъектов, преследующих отдельные цели, а из концепции взаимозависимых субъектов, каждый из которых нуждается в заботе и предоставляет заботу различными способами, и у каждого из которых есть другие интересы и задачи вне сферы заботы» (Tronto, 1993: 163–164).

Клаус Дёрнер: критика этики автономии в медицине и обоснование этики заботы

Клаус Дёрнер, будучи и врачом, и философом медицины, ее историком и ее реформатором, словно прописывает самой медицине лекарство от многих бед — «основную позицию врача», которой врач должен руководствоваться в своей повседневной работе в клинике, особенно по отношению



к хроническим больным. Основная позиция, культивируемая врачом, наперекор институциональной (бюрократической, коммерческой) логике того медицинского учреждения и/или ведомства, где он работает, заключается в этике заботы. Этику заботы Дёрнер характеризует как своеобразную продуктивно-пассивную позицию врача, практическое *самоограничение* врача в условиях прогрессирующей медиализации и одновременно переложения ответственности за медицинские решения на плечи пациентов, юристов, третьих организаций, реализующих общественный, административный или корпоративный контроль. Самоограничение врача Дёрнер описывает с помощью понятия «внутренней деинституциализации», то есть действия, исходящего из имманентной этической сущности врачевания, а не из интересов медицинских институций, «все больше существующих для самих себя», а также апеллирует к нарративному истолкованию медицинской этики заботы, то есть к практике «слушающей, а не послушной» пациенту медицины (Дёрнер, 2006: 326, 318, 172).

Подчеркнем: то, что пишет Дёрнер об основной позиции врача, релевантно, прежде всего, для «общества ремиссии» (Frank, 1997; Лехциер, 2018), в котором ситуация хронической болезни, то есть невозможности *restitutio ad integrum* (восстановления организма до состояния, предшествующего патологии), необратимости изменений образа жизни, необходимости регулярного контакта с медиками и особого режима самонаблюдения за пределами кабинета, является парадигмальным и наиболее характерным клиническим случаем. При этом требование заботы Дёрнер понимает не как нормативное, кодексальное или принудительное, а как имманентное врачебному опыту и вместе с тем — как «сверхтребование» (Дёрнер, 2006: 48), которое никогда не совпадет с действительностью, но может послужить фундаментальным регулятором ежедневной клинической работы.

Важнейший мотив концепции Клауса Дёрнера, выработанной им на основе рефлексии собственной психиатрической практики и анализа состояния современной медицины, анализа, опирающегося в основном на концептуальный репертуар немецкой интеллектуальной традиции, заключается в оппонировании принципу самоопределения или автономии как мнимым вершинам этической мысли в медицине. То есть забота в концепции Дёрнера противостоит не только корпоративным логикам здравоохранения, но и *конвенциональной этике*, закрепленной в применяемом повсеместно либеральном принципе информированного согласия, реализующем конституционное право человека (в данном случае — пациента) на самоопределение, на собственный выбор. Клаус Дёрнер полагает, что этот принцип, сложившийся в результате самокритики медицины после суда над нацистскими преступниками-врачами (хотя тема самоопределения пациента исторически старше, она возникла в Европе в конце XIX в.), приведший в итоге к понятию биоэтики, искажается в условиях рынка и власти корпораций. Кроме того, сформулированный в горизонте *против врача*, то есть в контексте априорного подозрения медиков в возможном злоупотреблении властью над пациентом, этот принцип может вызывать у врача чувство

этической мести: перекладывая медицинские решения на плечи пациентов, врач снимет с себя ответственность, при этом он может добиться согласия от пациента на то вмешательство, которое нужно врачу. Действующие, таким образом, под личиной информированного согласия отношения патернализма не могут претендовать на решающее слово в вопросах медицинской этики. Дёрнер, как уже было сказано, предлагает заботу, то есть постконвенциональную позицию, как основную (при функционирующих в разных клинических ситуациях патернализме и конвенционализме) и единую этическую позицию для врача и других осуществляющих уход медицинских профессий.

Абсолютизация политического и абстрактно-юридического принципа автономного выбора, с точки зрения Дёрнера, опирающегося в данном тезисе и применяемых терминах на немецкого пастора, этика и философа медицины Ульриха Айбаха (U. Eibach) маргинализирует хронических больных — это «этика сильных» и угроза для защиты прав самого слабого (Дёрнер, 2006: 501). Если мы находимся в «обществе ремиссии», то политическое право на свободный выбор, этику автономии необходимо включить в медицинскую этику заботы: «...свобода принятия решения остро больным похожа на выбор пути перед развилкой, в то время как у хронически больного она расплывчата и подобна блужданию по лесу при наличии бесконечного числа возможностей повернуть в том или ином направлении, причем без сопровождения здесь легко заблудиться... Этика автономии должна быть включена как составная часть в этику заботы и ответственности именно с позиции неизлечимого» (Дёрнер, 2006: 175). Забота не противоречит выбору, но является его предпосылкой и средой. Забота становится основанием и для ответственности, которую Дёрнер понимает как ту же заботу, осознаваемую как долг.

В правилах отношения к хроническим больным, необходимым для того, чтобы основная позиция врача могла быть выполнима на практике, Дёрнер конкретизирует отношения заботы. Он называет медицину для хронических больных *идеографической* и внимательной к субъективным состояниям пациента — в отличие от номотетической медицины острых заболеваний, контролирующей исключительно объективные показатели. Заботиться — значит быть «слуховым аппаратом», неторопливое выслушивание пациента здесь не менее важно, чем его осмотр, поскольку пациенты — это истории; слушание и искусство косвенного обхождения с пациентом, принятие поправок от него во время осуществления заботы, «готовность отдать себя в его распоряжение» (Дёрнер, 2006: 182) трактуются как обучение у пациента, как лишение себя врачом каких-либо институционально и эпистемологически заданных преимуществ, как активно производимая собственная пассивность или энергия самоограничения. При этом *процесс* заботы не может иметь заранее данных целей и, наоборот, должен рассчитывать на возможность любого исхода дела, нельзя устанавливать заботе фиксированные сроки достижения нужного результата, темпы развития пациента должны быть индивидуальными. Более того, забота — это «совместная



эволюция» (Дёрнер, 2006: 183) заботящегося и пациента, подстройка их друг к другу. Как мы увидим в дальнейшем, многие выдвинутые Клаусом Дёрнером положения чрезвычайно близки тем, которые предлагает Аннмари Мол в своем одновременно эмпирическом и теоретическом исследовании «хорошей заботы» в нидерландской больнице.

Аннмари Мол: «вовлеченное описание» «хорошей заботы» и экспликация логики выбора

За несколько лет до своей книги “The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice”, вышедшей в 2008 году, Аннмари Мол в 2002 г. подняла тему заботы в статье, совместной с профессором Хансом Харберсом (Hans Harbers) и Алисой Столлмайер (Alice Stollmeijer). Эта статья написана философами, желающими включиться в дискуссию, которая разгорелась в нидерландских СМИ после того, как в 1997 г. жительница города Гронинген подала иск на дом престарелых за то, что его врачи едва не убили ее 62-летнего мужа, больного деменцией, в тот период, когда она была в отпуске. Больной стал отказываться от еды, и врачи решили не кормить его насильно. Дискуссии вокруг этого случая, как пишут авторы статьи, в основном шли между представителями двух точек зрения — этической и медицинской. В контексте этического дискурса решение медиков не кормить пациента насильно обосновывалось ссылками на «свободу воли» и «автономию», в медицинском дискурсе речь шла о естественном «затухании» пациента, неумолимом законе природы, которому врачи ничего не могут противопоставить. Философы сочли, что в этом споре вокруг конкретного кейса важно не только обратить внимание на оппозицию воли и природы, но и сделать акцент на самой реальности заботы людей друг о друге, причем — в духе конструктивизма и нового онтологизма, собственных акторно-сетевой теории, — главным образом на практическом и материальном аспектах этой реальности. Прежде всего — на организации питания в доме для престарелых, «вкусе шоколада», «забытых субъектах» (Harbers et al., 2002: 218). В этическом дискурсе еда — это средство выживания, для медицины еда может быть полезной или вредной, но только в дискурсе заботы она может быть вкусной или невкусной и действовать на человека соответствующим образом. Медицина видит своим идеалом здоровье, этика — свободу. Поэтому несмотря на то, что кантовская, утилитарная и либеральная концепции автономного субъекта периодически подвергаются критике, с точки зрения авторов статьи, в этике доминирует именно она. Коллектив философов предлагает любым нормативным дискурсам противопоставить этнографию заботы, но этнографию *вовлеченную*, основанную на методе “involved description”, этнографию, «находящую контрасты, создающую различия и ищущую то, чему может научиться одна практика у другой» (Harbers et al., 2002: 219). В этой статье на материале полевых заметок, которые в течение двух дней делала Алиса Столлмайер

в доме для престарелых в Гронингене, проблема *вовлеченного описания* заботы только ставится.

Метод сочетания философии и эмпирического этнографического исследования был, как известно, реализован Аннмари Мол применительно к полю медицины в тот же период в исследовании "The Body Multiple. Ontology in Medical Practice. Durham: Duke University Press" (Mol, 2002; Сивков, 2015). А результаты вовлеченного описания заботы, практикуемой в амбулаторной университетской диабетической клинике в Голландии, представлены спустя несколько лет в книге, в которой Мол в очередной раз демонстрирует методологические возможности и для современных постметафизических эмпирических философских стратегий, и для эмпирических социальных исследований, не чужающихся концептуальных ангажированных интервенций (Mol, 2008).

В ходе полевого исследования Аннмари Мол посещала консультации, которые проводили врачи и медсестры, брала интервью и у врачей, и у пациентов, анализировала документы. Цель ее исследования — сформулировать на полученном материале логику (хорошей) заботы как имманентную терапевтическим практикам и предложить понятийный аппарат не только для ее фиксации, но и для ее пропаганды. Формула хорошей заботы — в методологической оптике Аннмари Мол — не оценка или чистая дескрипция клинических практик в голландской больнице, но «вмешательство <...> попытка улучшить здравоохранение на его собственных условиях, на его собственном языке, где главный упор делается не на автономии и праве решать за себя, а на практике повседневной жизни, на стремлении сделать жизнь с болезнью более похожей на хорошую жизнь с помощью изобретательного врачевания» (Mol, 2008: 84). Мол действует и как исследователь-эмпирик, и как философ-теоретик, генерализируя некоторые тезисы и выводы, и как пациент, в интересах пациентов — об этой ангажированности она говорит открыто.

Несмотря на то, что некоторые важные положения этой книги уже комментировались российскими учеными, все-таки следует вчитаться в нее более подробно, тем более в контексте сопоставления с работами других авторов. Мол ставит под сомнение идеал медицинского выбора, который совершает пациент и который вменяется пациенту, так как полагает, что в сфере здравоохранения этот принцип может противоречить идеалу «хорошей заботы», более подходящему для жизни с болезнью в «обществе ремиссии» — как внутри больницы, так и за ее пределами.

Кратко опишем те оппозиции концептуальной феноменологии заботы и выбора, которые выделяет Аннмари Мол, обобщая некоторые из них и определяя самое существенное. Слэш будет разделять ЛВ (далее везде — логика выбора) слева и ЛЗ (далее везде — логика заботы) справа. Смысл понятия и ситуации выбора Мол реконструирует в двух логиках — гражданской, почерпнутой из европейской политической философии, и рыночной. Обе логики институционально закреплены в нашей повседневной жизни.



1) Product or process (продукт / процесс). ЛВ — это предложение завершенного и определенного медицинского продукта (прибор + обучение им пользоваться + возможно, сопроводительное внимание). Продукт может включать многое, но это многое должно быть четко очерчено. Продукт меняется на деньги, это фиксированная транзакция. ЛЗ процессуальна, у нее нет четких параметров и входящего в него фиксированного перечня элементов. Это не транзакция, а длящееся незавершенное коллективное действие. В него вовлечены и пациенты, и медсестры, и врачи, и вещи. При этом роль и ситуативные задачи всех субъектов заботы не фиксированы, вариативны («все зависит от того, что лучше для данной ситуации», поскольку «больные тела непредсказуемы» (Mol, 2008: 20)).

2) Target group or team member (целевая группа / член команды); 3) dreams or support (мечты / поддержка); 4) hoping for health or living with disease (надежда на здоровье / жизнь с болезнью). ЛВ предполагает определение целевой аудитории для медицинского продукта на основании нескольких социологических маркеров (например, те, кто может гулять по горам с портативным прибором для измерения уровня сахара в крови, и хочет ездить в отпуск, хочет свободы передвижения, длительных прогулок, и те, кто не может этого делать и хочет что-либо более простое). ЛВ апеллирует к желаниям и мечтам человека как потребителя, удовлетворяя эти желания, «разжигая» их и умалчивая о всем сопутствующем, например, о том, что действительно нужно людям с диабетом для прогулки в горах. ЛВ предлагает пациенту почувствовать себя здоровым, поскольку хронические пациенты не всегда чувствуют себя больными и нельзя сводить человека к его диагнозу. При этом язык логики потребительского выбора не содержит терминов страданий, но только положительные термины (например, вытесняется даже слово «пациент»). ЛЗ предполагает интерес к ситуации больного человека во всей ее конкретности и пролонгацию командной помощи ему, даже если он сам ничего не знает и ничего не хочет. Даже когда мало надежды, люди не списываются в категорию ненадежных инвестиций. ЛЗ не эксплуатирует человеческие желания, а обращает внимание на «бесконечное число практических мелочей повседневной жизни» (Mol, 2008: 24), так что, например, долгие прогулки в этой логике будут ассоциироваться не с мечтой о свободе, а с носками и другими нужными вещами. В ЛЗ указывается на опасность возможных неудач, вообще на сложность опыта жизни с хронической болезнью и задачу постоянной заботы о самом себе. В ЛЗ одновременно существуют и надежда на здоровье, и признание болезни всерьез, ее течения, что не позволяет обещать слишком светлые горизонты. Язык заботы адресован именно «пациенту», он активизирует его на действия, на то, чтобы «получить столько здоровья, сколько позволит болезнь» (Mol, 2008: 28).

5) Control or attentiveness (контроль / внимательность); 6) tame or nourish (укрощать / лелеять); 7) determined or alive (детерминированное / живое). В политически обоснованной ЛВ субъект — это эмансипированный гражданин, заключающий юридический контракт с врачом,

согласно которому врач действуют только с санкции пациента. Врачи информируют пациента и руководствуются его решением. По мнению Мол, несмотря на то, что контракт существенно лучше, чем отношения власти, трактовка пациента как гражданина имеет существенные ограничения. Аргументация Мол основана на тезисе, что модель гражданского выбора предполагает выбор, совершаемый исключительно в режиме *coqito*, при полном волевом контроле со стороны разума над проявлениями тела, жизнь которого не должна вмешиваться в процесс принятия свободного решения. Тело как бы не имеет значения для деятельности мыслящего духа, оно — в «цивилизованных» социальных практиках — выносится за скобки. Однако это невозможно в случае с хроническими больными, тело которых «не молчит и является обязательным предварительным условием разговора» (Mol, 2008: 35). Поэтому хронические больные вынуждены постоянно обращать внимание на свое тело, прислушиваться к нему, далеко не всегда поддающемуся контролю или выходящему из-под контроля. Это требует не воли, а внимательности — для достижения и сохранения баланса взаимодействия тела с окружающей средой. ЛВ, какой ее концептуализирует Мол, дуалистична: свободный дух и детерминированное тело. ЛЗ конструктивно-монистична: для нее, осуществляющейся, например, в кабинете для консультации, тело — не объект каузальных связей, а коррелят лечебных процедур. Главное, что для хронических больных, как замечает Мол, в частности, для людей с диабетом, важен не вопрос установки гражданского равенства в отношениях «врач — пациент», а вопрос о том, как хорошо жить с болезнью. Делая акцент на этом вопросе в качестве путеводного для исследований медицины, Мол вводит термин «пациентизм».

8) Informative facts or target values (информативные факты / целевые ценности). Для ЛВ важна сухая информация, лишенная ценностного содержания. ЛЗ совмещает факты и их оценивание, вырабатывая баланс сочувствия и надежды. При этом все факты, нормативные значения в ЛЗ не заданы изначально, а устанавливаются в ходе практики индивидуально, например, целевое значение сахара в крови (верхний порог сахара).

9) Means or modifiers (средства / модификаторы). В ЛВ технологии — это средства достижения поставленных врачом и пациентом целей, определяемые на основании клинических исследований. Однако в случае хронических болезней сами цели неочевидны и проблематичны, поскольку выздоровление невозможно; поэтому вопрос не только и не столько в том, какие существуют средства для достижения того или иного параметра, но в том, какой параметр сделать приоритетным в индивидуальной ситуации больного. Цели могут быть модифицированы в результате не всегда предсказуемых эффектов от применения технологий. Таким образом, в ЛЗ технологии — это не просто средства или инструменты, а то, что модифицирует нашу жизнь и, соответственно, требует постоянной рефлексии в использовании.

10) Calculating or attuning (расчет / сонстройка); 11) managing doctors or shared doctoring (управление врачами / совместное врачевание). ЛВ предполагает дискретное событие выбора, происходящее



здесь-и-сейчас, являющееся звеном в линейной цепочке: *информация-выбор-действие*. Выбор (в том числе в кабинете врача) происходит на основе калькуляции плюсов и минусов (возможного) лечения. Согласие пациента на то или иное медицинское вмешательство санкционирует врачебные действия и применение технологий. ЛЗ обнаруживает, что дело не в выборе как таковом (то есть выборе между...), а в поиске способа реализовать свой выбор. Врач как субъект заботы не успокаивается после того, как пациент отказывается от медицинского вмешательства, поскольку всегда важно отличить отказ и практическую невозможность (трудность) что-либо осуществить. Поэтому ЛЗ разворачивается как подгонка, приспособление друг к другу, *сонастройка* всех акторов заботы — и в повседневности пациента, и на приеме у врача. ЛЗ — это не подведение финансового баланса, а балансирование: «Возникает ассоциация не со страницей бухгалтерского баланса, а с балансирующим телом канатоходца или танцовщицы» (Mol, 2008: 54)³. Причем эта *сонастройка* — не разовое действие, а длящийся процесс экспериментирования с технологиями, требующий изобретательности в их применении в конкретных жизненных ситуациях пациента. В этот процесс включены все члены команды. Мол видит политический смысл в подобной совместности, это другая (не контрактная) модель демократизации в отношениях пациента с медиками.

12. Pre-given individuals or careful individuation (заранее заданные индивиды / тщательная индивидуация). ЛВ исходит из того, что мы — изначально автономные индивиды, собирающиеся в коллективы. Индивидуальный человек, выбирая здоровый образ жизни, улучшает коллективное здоровье. Для ЛЗ изначально существуют именно коллективы (например, семьи), частью которых является пациент. ЛЗ учитывает социальный контекст лечения и жизни пациента.

13. Adding equals or crafting categories (добавление равных / создание категорий). ЛВ означает, что и в качестве потребителей, и в качестве граждан выбирающие индивиды, несмотря на все отличия друг от друга, равны. Выбор — это выравнивание, победа над иерархическими системами. ЛЗ означает проведение горизонтальных различий, акцент на нашей специфичности. Категории людей, нуждающихся в заботе, создаются постоянно и меняются в зависимости от практического контекста. Лингвистическое закрепление этих категорий и задачи заботы как бы порождают друг друга. Забота, таким образом, варьирует наши идентичности: «Они могут быть сформированы как одномерные (“диабетики”) и многослойные (“люди с диабетом”). Они могут указывать на специфику болезни (“диабет второго типа”), на симптомы болезни (“страдающие от гипогликемии”) или направляться на определенные действия (“те, кому полезны прогулки”» (Mol, 2008: 66).

³ Интересно, что именно метафору балансирующего канатоходца мы можем услышать из уст врачей-онкологов, рассказывающих о том, как они на практике осуществляют раскрытие диагноза, балансируя между этическим требованием вселять надежду в пациента и терапевтической и этической необходимостью сообщать ему правду (Good et al., 1990).

Как и Дёрнер, Мол полагает, что ЛЗ не лучше и не хуже ЛВ, но более приспособлена для жизни с хронической болезнью. Как и Дёрнер, Мол видит, что в ситуации хронической болезни наиболее релевантной оппозицией, вокруг которой должна выстраиваться медицинская помощь, является не политическая дихотомия равенства и господства, а дихотомия внимания и пренебрежения. Не зависимость пациента от врача здесь главная проблема, а зависимость всех от всех, в том числе пациентов от вещей, например, от инсулина, или зависимость осуществляющих уход от активности пациентов — это, таким образом, *созависимость* всех включенных в процесс заботы, о чем писала Тронто. Как и Дёрнер, Мол не противопоставляет автономный выбор и заботу окончательно, но предлагает включить выбор в заботу, в *процесс* ситуативно корректирующейся, принимающей поправки от Другого, по Дёрнеру, незавершенной и не имеющей заранее очерченных целевых, временных и каких-либо других рамок заботы. В ЛЗ — для всех рассмотренных авторов — пациент активен, но его выбор не делается в одиночку, это череда *выборов*, часто совместных и чередующихся выборов как элементов практических действий.

Как и Дёрнер, Мол отводит огромную роль нарративному измерению всех коммуникаций вокруг болезни, считая, что именно оно, а не дискурс аргументов, реализует коммуникативную ЛЗ, делая осуществимым пристальное внимание к субъективному опыту пациентов. ЛЗ — это циркуляция историй и в кабинете, и за пределами кабинета. Если аргументы, приводящие к выбору, должны быть прозрачны и разумны, то нарративы этичны, они пробуждают сочувствие и содействие, создают обязательства и обогащают друг друга. Вообще, то, что Мол пишет в своей книге об эпистемологической и этической значимости нарративов пациентов, пытаясь повысить их статус, о том, что врачи должны обращаться к нарративам пациентов, их публиковать, анализировать, а также писать свои собственные немедицицизированные истории, противопоставляя их типичным «историям болезни», дает нам право рассматривать исследования и позицию Мол не только в контексте акторно-сетевой теории, как это нередко делается, но и в контексте нарративного поворота в социальных и гуманитарных исследованиях медицины, начавшегося в 1980-х годах прошлого века и до сих пор не исчерпавшего свои концептуальные ресурсы (Charon, 2006; Лехциер, 2018).

В заключение следует отметить, что, разумеется, концепция Мол может вызывать вопросы и критические оценки, например, те, что звучали на посвященном книге Мол круглом столе в Институте этнологии и антропологии РАН (Ожиганова и др., 2018). Так, были высказаны суждения, что разные хронические болезни, даже разные виды диабета, на самом деле требуют неодинакового режима ухода, поэтому тот *дисциплинат* хорошей заботы, который получает Мол в своем исследовании, вряд ли может быть генерализован, если заведомо не включать в эмпирическую задачу еще и задачу ангажированной философской работы. Как мы знаем, Мол такую задачу декларировала. Однако, сопоставляя результаты ее вовлеченного описания с этикой заботы Дёрнера, выработанной им прежде всего на материале истории и практики другой медицинской отрасли — психиатрии, а также



с универсальной концепцией заботы, предложенной Тронто и применяемой ею к самым разным медицинским практикам, мы можем прийти к выводу, что генерализации Мол имеют под собой веские основания, и что проблематизирующее сопоставление логики выбора и логики заботы в медицине — один из важнейших оптических инструментов, с помощью которых мы можем анализировать и критиковать современный клинический опыт.

Литература

- Бороздина Е. А. Забота и социальное гражданство // Социологические исследования. 2015. № 10. С. 84–93.
- Дёрнер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача / Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой при участии Э. Л. Гушанского. М.: Алетейя, 2006.
- Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства: сборник статей / Под ред. Е. Бороздиной, Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: ЕУСПб, 2019.
- Кузнецов А. Дом, который построила Аннемари Мол. Архитектура исследований после акторно-сетевой теории // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 3. С. 474–483.
- Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literatūros namai, 2018.
- Ожиганова А. А. Курленкова А. С., Шевченко С. Ю., Золотухина М. В., Вайт А. Г., Андреев А. Н. Выбор и/или забота? // Медицинская антропология и биоэтика. 2018. № 1 (15). URL: http://www.medanthro.ru/?page_id=3572 (дата обращения: 05.11.2019).
- Сивков Д. Такой разный атеросклероз. Рецензия на книгу: Mol A. The Body Multiple: Ontology in Medical Practice. Durham; London: Duke University Press, 2002 // Социология власти. 2015. Т. 27. № 1. С. 267–277.
- Угарова А. Логика заботы при взаимодействии врачей и онкологических пациентов: неформальные практики и практики надежды // Критическая социология заботы: перекрестки социального неравенства: сборник статей / Под ред. Е. Бороздиной, Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: ЕУСПб, 2019. С. 88–115.
- Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. NY: Oxford University Press, 2006.
- Fisher B., Tronto J. C. Toward a Feminist Theory of Care // Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives / Ed. by E. Abel, M. Nelson. Albany, NY: State University of New York Press, 1991. P. 35–60.
- Good M. J., Good B. J., Schaffer C., Lind S. E. American Oncology and the Discourse of Hope // Culture, Medicine and Psychiatry. 1990. № 14. P. 59–79. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00046704>.
- Harbers H., A. Mol A., Stollmeijer A. FoodMatters. Arguments for an Ethnography of Daily Care // Theory, Culture and Society. 2002. № 19 (5–6). P. 207–226. DOI: <https://doi.org/10.1177/026327602761899228>.
- Kraus F., Boldt J. (eds) Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 2018.
- Mol A. The Body Multiple. Ontology in Medical Practice. Durham: Duke University Press, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822384151>.
- Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge, 2008.
- Noddings N. Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education. Berkeley: University of California Press, 1984.
- Tronto J. C. Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. NY: University Press, 2013.
- Tronto J. C. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. NY: Routledge, 1993.
- Walker M. U. Moral Understandings: Alternative 'Epistemology' for a Feminist Ethics // Hypatia. 1989. Vol. 4. № 2. P. 15–28. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1989.tb00570.x>.

Дата поступления: 15.10.2019

Logic of care versus logic of choice in modern concepts of medical practice

DOI: 10.19181/inter.2019.20.2

Vitaly Lekhtsier

Lekhtsier Vitaly — Doctor of Philosophy, Professor, Samara National Research University named after academician S. P. Korolev, lekhtsiervitaly@mail.ru.

The article compares two fundamental and conflicting principles in the ethical interpretation of clinical experience — the patient's right to medical choice and care as an immanent ethics of healing. Conceptual attempts to theoretically and empirically justify an unconditional priority of care in modern social and humanitarian research of medicine, as well as the desire to include the logic of choice in the logic of care are made from different methodological perspectives and on the basis of different intellectual traditions. Thus it is more important to compare the key concepts of care on this issue in order to reveal the global trend in understanding the essence of medical experience. The article offers a comparative analysis of the following: firstly, the arguments of an American researcher Joan C. Tronto, formulated in the context of universal political theory and ethics, but relevant to the field of medicine, secondly, the theory of care of the German doctor and philosopher of medicine Klaus Dörner and his opposition to the principle of autonomy, carried out in the practice of *informed consent*, thirdly, "involved ethnography" of the logic of care, carried out by the Dutch philosopher and anthropologist Annemarie Mol. The comparative analysis of the main texts of these authors on this problem revealed many general statements expressed by them, mainly, the general idea that in the case of chronic disease, which is a typical case of pathology in modern society, the most important is the logic of good care, the logic of interdependence of all subjects of care as a process, and that it is not the political opposition of power and equality here that comes to the centre, but the opposition of care and neglect in everyday medical practices.

Keywords: good care; medical choice; autonomy; narrative; interdependence

References

- Borozdina E., Zdravomyslova E., Temkina A. (eds) (2019) *Kriticheskaya socziologiya zaboty': perekrestki social'nogo neravenstva: sbornik statej* [Critical Care Sociology: Crossroads of Social Inequality: A Compilation of Articles]. SPb.: EUSPb. (In Russ.)
- Borozdina E.A. (2015) *Zabota i social'noe grazhdanstvo* [Care and Social Citizenship]. *Sotsiologicheskie Issledovaniya* [Sociological Studies]. No. 10. P. 84–93. (In Russ.)
- Charon R. (2006) *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. NY: Oxford University Press.
- Derner K. (2006) *Khoroshij vrach. Uchebnik osnovnoj poziczii vracha* [Good doctor. Textbook of the main position of the doctor]. M.: Aleteya. (In Russ.)
- Fisher B., Tronto J. C. (1991) *Toward a Feminise Theory of Care* / In: E. Abel, M. Nelson (eds) *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. Albany, NY: State University of New York Press. P. 35–60.
- Good M. J., Good B. J., Schaffer C., Lind S. E. (1990) *American Oncology and the Discourse of Hope. Culture, Medicine and Psychiatry*. No. 14. P. 59–79. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00046704>.
- Harbers H., Mol A., Stollmeijer A. (2002) *Food Matters. Arguments for an Ethnography of Daily Care. Theory, Culture and Society*. No. 19(5–6). P. 207–226. DOI: <https://doi.org/10.1177/026327602761899228>.
- Kraus F., Boldt J. (eds) (2018) *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.



Kuznetsov A. (2014) Dom, któryj postroiła Annemari Mol. Architektura issledovanij posle aktorno-setevoj [The house that Anne-Marie built: the architecture of reseach post actor-network theory]. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 12. No. 3. P. 474–483. (In Russ.)

Lekhtsier V. L. (2018) *Bolezn': opy't, narrativ, nadezhda. Oчерk social'ny'kh i gumanitarny'kh issledovani medicziny* [Illness: experience, narrative, hope. Essay of social and humanitarian studies of medicine]. Vilnius: Logvino literatūros namai. (In Russ.)

Mol A. (2002) *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822384151>.

Mol A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.

Noddings N. (1984) *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.

Ozhygnova A. A., Kurlenkova A. S., Shevchenko S. Y., Zolotukhina M. V., Vait A. G., Andreev A. N. (2018) Vy'bor i/ili zabota? [Choice and/or care?]. *Medicinskaya antropologiya i bioetika* [Medical anthropology and bioethics]. No. 1 (15). URL: http://www.medanthro.ru/?page_id=3572 (accessed 05 November 2019). (In Russ.)

Sivkov D. (2015) Takoj razny'j ateroskleroz. Recenziya na knigu: Mol A. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham; London: Duke University Press, 2002 [So different atherosclerosis. Review of the book: Mol A. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham; London: Duke University Press, 2002]. *Sociologiya vlasti* [Sociology of power]. Vol. 27. No. 1. P. 267–277. (In Russ.)

Tronto J. C. (1993) *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. NY: Routledge.

Tronto J. C. (2013) *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*. NY: University Press.

Ugarova A. (2019) Logika zaboty' pri vzaimodejstvii vrachej i onkologicheskikh paczientov: neformal'ny'e praktiki i praktiki nadezhdy' [Logic of care in the interaction between doctors and cancer patients: informal practices and practices of hope] / In: E. Borozdina, E. Zdravomyslova, A. Temkina (eds) *Kriticheskaya sociologiya zaboty': perekrestki social'nogo neravenstva* [Critical Care Sociology: Crossroads of Social Inequality: A Compilation of Articles]. SPb.: EUSPb. P. 88–115. (In Russ.)

Walker M. U. (1989) Moral Understandings: Alternative 'Epistemology' for a Feminist Ethics. *Hypatia*. Vol. 4. No. 2. P. 15–28. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1989.tb00570.x>.

Received: 15.10.19.