

## ЧЕЛОВЕК В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ – ОТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ К УЛУЧШЕНИЮ

**Синюкова Наталья Алексеевна,**

*младший научный сотрудник*

*Института философии и права СО РАН,*

*Россия, 630090, г. Новосибирск, ул. Николаева, 8*

ORCID: 0000-0002-2400-7237

sinuknat@gmail.com

### Аннотация

В статье проведен анализ динамики развития моделей медицинского лечения отклонений от нормы здоровья, обсуждается проблема изменения представлений о норме здоровья человека в медицине. Показано, что в результате изменений в концептуальном понимании здоровья и процесса его восстановления в современную медицину вводится принцип достижения коммерчески выгодного, быстрого и контролируемого результата, вследствие чего процесс медицинского лечения стандартизируется и регламентируется. Но сохранение объективной оптики взглядов в медицинской индустрии, как показано в статье, становится неэффективным, более того – рискованным в ситуации подвижных границ нормы здоровья человека. Для преодоления сложившихся рисков в медицину вводятся новые институты и практики этической экспертизы нормы здоровья. Показано, что принятые делиберативные практики этической экспертизы лишь вводят процедуру учета позиции пациента относительно границ нормы своего здоровья и пределов медицинского вмешательства. При этом позиция пациента рассматривается как нечто готовое, изначально заданное, другими словами, в медицине продолжает защищаться классический «проект» человека.

**Ключевые слова:** норма здоровья человека, медиализация, модели медицинского лечения, позиция пациента, забота, медицинское улучшение, этическая экспертиза медицинских случаев.

### Библиографическое описание для цитирования:

Синюкова Н.А. Человек в современной медицине – от восстановления здоровья к улучшению // Идеи и идеалы. – 2021. – Т. 13, № 4, ч. 1. – С. 223–235. – DOI: 10.17212/2075-0862-2021-13.4.1-223-235.

Внедрение инновационных медицинских технологий, техники и методов борьбы с болезнями в медицинскую практику разворачивалось в XX веке наряду с процессами индустриализации и коммерциализации медицины. Развиваясь по логике технико-финансовой системы, медицина теряет характер социально значимой и направленной на человека практики оказания помощи [10, с. 66, 67]. Современный врач буквально перестает задаваться вопросами «Не навреди кому?», «Приноси пользу кому?». Живой человек, переживающий радикальный и болезненный процесс медицинского лечения, буквально ускользает от медицинского взгляда, направленного «не на это конкретное тело... не на больного, но на разрывы природы, где проявляются как в негативе знаки, дифференцирующие одну болезнь от другой» [5, с. 31]. Человек, утративший естественную способность контролировать и управлять своим здоровьем в границах нормы и поэтому вынужденный обратиться за медицинской помощью, рассматривается в медицине как пассивный и терпящий «материал» для медицинского вмешательства. Но в современных практиках оказания высокотехнологичной медицинской помощи складываются новые риски и вызовы, становится всё более массовидным тренд, показывающий неэффективность объектно-ориентированного подхода к больному, болезни и лечению, особенно это касается случаев длительных, тяжелых, хронических болезней, преобладающих в структуре патологий современного общества.

В традиционном понимании медицинское вмешательство в тело человека (например, введение лекарств или хирургическая операция) считается допустимым исключительно в целях возвращения человека в границы нормы естественного здоровья. Согласно Визингу, традиционная модель медицинского случая болезни и лечения характеризуется как *Restitutio ad Integrum*, или полное восстановление, что предполагает восстановление в границах некоей исходной, предшествующей появлению болезни нормы здоровья человека [12, с. 9, 10]. Эта модель сформировалась в период Античности, когда врач заботился о своем больном, стремясь не причинять ему вреда и не совершать действий «сверх меры». Он направлял свои усилия на восстановление баланса в организме человека сообразно принципам равновесного устройства совершенной природы. Рассматриваемая модель доминировала и в Средневековье, но в контексте установок христианской веры на сотворенности природы и человека. Исцеление болезней выстраивалось вокруг восстановления до некоей нормы здоровья, предусмотренной замыслом Творца. Причем этот процесс связывался не только и не столько с физиологией человека, сколько с его духовной жизнью [12, с. 11], соответственно религиозные принципы сострадания и сопереживания считались базовыми принципами заботы врача о своем больном.

В Новое время заботливая позиция врача по отношению к переживающему болезнь человеку постепенно вытесняется установкой на объективацию и рационализацию мышления и действий врача. Восстановление здоровья разворачивается как сугубо механическое воздействие, исправление дисфункции, поломки в потенциально ненадежном телесном механизме человека. Причем, по аналогии с механическим управлением машинами, отдельные части которых можно заменять, исправлять, улучшать их работу, возникает мысль о допустимости медицинского улучшения тела и здоровья человека. Человек постепенно становится объектом медицинского вмешательства в целях управления, оптимизации, компенсации отдельных несовершенных телесных функций техническими и технологическими устройствами. В представлениях Нового времени формируется модель медицинского лечения *Transformatio ad Optimum*, что предполагает улучшение самой нормы телесного здоровья и допускает идею преобразования здоровья в новых, улучшенных границах нормы [12, с. 12, 13]. С внедрением техники и технологий в практики лечения, начиная с конца XVIII века, медицинская практика обретает черты преобразовательной деятельности, цель которой связывается уже не с терапией как заботой о человеке и естественным процессом восстановления его здоровья, а с накоплением достижений в его техническом управлении и улучшении, постепенно теряющем из виду всякие границы.

Со второй половины XX века при внедрении рыночных порядков и законов в медицину и сохранении механистических представлений о норме здоровья человека в практиках лечения развивается отношение к человеку как индивидуальному потребителю, частному лицу, нуждающемуся не в помощи, но имеющему потребность в медицинской услуге [10]. В медицину вводится фигура информированного и дающего согласие на лечение пациента, обладающего правом на самоопределение в границах собственной нормы здоровья в процессе ее медицинского восстановления. Другими словами, вводится процедура признания способности и права человека как суверенной и автономной личности свободно принимать решения о способах и границах собственного лечения. Но понимание личности продолжает выстраиваться в плоскости объектных представлений. Речь идет о поиске доступных для познания, универсальных и трансисторических, присущих только человеческому существу характеристик, на основе знания о которых представляется возможным вывести готовую норму человека, программу его мышления и поведения. Человека в так называемых биопсихосоциальных концепциях медицины продолжают конструировать, выстраивая многомерное пространство влияния новых переменных, формирующих некое абстрактное единство личности как норму, которой здоровый человек должен соответствовать.

Согласно Франку, идеал контролируемой, здоровой телесности человека, ежедневно транслируемый рекламой и маркетинговыми кампаниями, выстраивается в XX веке в форму общепринятой социальной и моральной нормы. А значит, потеря контроля над своим телом при возникновении в нем отклонения от нормы здоровья приравнивается к неисполнению социальных и моральных обязательств. Человек, испытывающий потерю контроля над своим телом, не вписывается в общественные представления, олицетворяя собой «покушение» на действие принятых стандартов. И для преодоления данной угрозы в обществе существуют отдельные властные институты исправления и контроля. Медицине в лице врача вменяется обязанность доказать своими знаниями и умениями, что патологии человеческого тела контролируемы и устранимы, т. е. восстановить действие общеобязательной нормы контролируемого здоровья и тела человека [8, с. 58].

Медицина начинает манипулировать представлениями человека и общества о норме приемлемого, желательного состояния здоровья. Социальная власть медицины, по Фуко, и заключается в ее обладании привилегией на установление стандартов нормы и патологии человека, формирующих образцы понимания феноменов здоровья и болезни в обществе [5]. Современный человек нередко попадает в больницу здоровым, а выходит из нее больным, нуждающимся в лучшем случае в приеме лекарств. Он буквально оказывается в условиях зависимости от «умной таблетки» и любых иных медицинских средств контроля и управления своим здоровьем. Расцвет фармацевтического рынка спровоцировал предпосылки и условия повсеместной допустимости средств медицинского контроля над естественными физиологическими процессами в повседневной жизни человека. Медикализируется вся жизнь человека, начиная от зачатия и вплоть до смерти [7].

Поскольку норма здоровья человека рассматривается как готовый продукт, процесс медицинского лечения понимается как практика оказания услуг по производству и поставке здоровья. Индивидуальное, внимательное и заботливое отношение к человеку вытесняется принципами «экономики времени», которого у пары «врач – пациент» просто недостаточно [10, с. 58]. Практики лечения в современных больницах или на так называемых фабриках здоровья специализируются, фрагментируются, подразделяются на узкоспециальные области отдельных медицинских действий, причем важно, что между ними утрачивается связь, теряется общий компонент – отдельному врачу не нужно видеть всего больного в целостности. Теряется и общий, разделяемый всеми участниками – агентами процесса лечения – процессуальный компонент ответственности в ходе медицинского лечения.

На «фабриках здоровья» действия совершают уже не сами врачи, а за них начинают действовать безличные структуры – технологические стандарты лечения, обеспечивающие просчитанный коммерчески выгодный, быстрый и контролируемый результат. Речь идет о повсеместном введении в практики лечения стандартизованных процедур, готовых схем и протоколов медицинского лечения. Следует согласиться с Майо в том, что в данных условиях врачу уже «не нужно самостоятельно думать» в процессе поиска и применения готовой схемы лечения в каждом отдельном случае болезни. Она уже прописана, при этом выверена и детализирована до такой степени, продолжает автор, что врач уже «не подстраивает» протокол лечения под конкретный и уникальный случай пациента, но «подгоняет» случай пациента под жесткий и неповоротливый стандарт лечения [10, с. 61, 62]. Медицинское мышление абстрагируется от некой нормы здоровья человека, какой она была до болезни, что является приемлемой ее границей для самого пациента и в каких границах пациент готов терпеть процесс управления отклонением от нормы здоровья.

Иными словами, под влиянием стандартизации технологий и алгоритмов лечения норма здоровья человека утрачивает конвенциональный характер. Норма здоровья больше не рассматривается как общепринятое и согласованное условие, как результат негласных договоренностей о некой границе желательного, приемлемого состояния здоровья между людьми, возникающий в процессе общения, взаимодействия людей. Представления о норме здоровья теперь встроены в технологические стандарты лечения, а точнее, в возможности медицинской техники и технологий. Говоря иначе, норма здоровья понимается «сделанной» в самой технологии лечения, в техническом алгоритме медицинского воздействия.

Другое дело, что в ходе стремительного прогресса медицинских технологий и методов лечения происходит принципиальное изменение границ между нормой и патологией человека, разворачивается феномен плавающей, прозрачной границы нормы здоровья и отклонения от нее. Типичным случаем лечения является не временное и устранимое отклонение от нормы здоровья, не острый больной Парсонса, а ситуация длительной, тяжелой, хронической болезни, когда восстановление нарушенной исходной границы нормы здоровья полностью невозможно [2, с. 80]. В ситуации подвижных границ между нормой здоровья и отклонением от нее лечение может выстраиваться лишь по логике *Transformatio ad Optimum* или медицинского улучшения. Но в итоге неизбежно возникает вопрос: кого лечит современная медицина? На кого (или уже на что) направлены усилия врачей?

Складывающиеся в исследованиях по проблеме медицинского улучшения подходы варьируют в диапазоне от биоконсервативных взглядов исследователей, полагающих, что медицинское улучшение является морально необоснованным, неприемлемым и несовместимым с достоинством человека, до позиций ученых, отстаивающих идеи трансгуманизма и допускающих медицинское вмешательство в целях улучшения человека [9, с. 185–187]. Соответственно и здоровье человека рассматривается как изготавливаемое и контролируемое посредством медицинской техники и технологий «изделие». Мысль о возможности преодоления любых физических и биологических несовершенств и ограничений человека, воплощаясь в быстром развитии функциональных возможностей медицинской техники и технологий, теряет вообще всякие границы допустимых вмешательств в человека. Естественного человека стремятся заменить «техническим устройством с новым телом, которое не болеет, не совершает ошибки, которое бессмертно» [4, с. 36].

Дело в том, что с опорой на идеи свободы и равноправия личности складываются условия для выстраивания на основе технологических инноваций такого образа человека, в котором не предъявлены границы человеческого опыта и нормы человека в принципе. Совершенствование технологий и техники буквально провоцирует человека относиться к себе и своей жизни исключительно технически, ожидая быстрых, не требующих собственных усилий и заранее запрограммированных результатов своих мыслей и поступков. Но это означает, что человек сталкивается с соблазном забыть о себе как о существе, самостоятельно мыслящем и совершающем собственные поступки. Происходит этический коллапс человека, «он устал быть самим собой» [1, с. 184]. Человек больше не желает справляться со спонтанным, событийным становлением своей жизни в качестве человеческого существа и стремится к преобразованию своего существования в мире до полностью контролируемого и комфортного состояния, исключающего болезни, боль, страдание и освобождающего человека от необходимости проделывать собственную работу по их преодолению.

В условиях плавающих границ ситуации болезни и медицинского лечения техническое отношение к человеку, норме его здоровья упирается в предел, становится дефицитным, а главное, рискованным. В целом концепт объектно-ориентированной медицины в новых условиях больше не является универсальным. Прежде всего это отчетливо проявляется в конкретных кризисных пограничных ситуациях, в которых отсутствует готовая версия или схема лечения, или, жестче, смысл лечения. Чем более регламентированными и стандартизованными становятся принятые схемы медицинского лечения, тем менее контролируемы его результаты. Други-

ми словами, «неповоротливые» стандарты лечения перестают быть эффективными: побочные эффекты медицинского вмешательства всё чаще становятся необратимыми и непредсказуемыми. Граница нормы здоровья человека становится всё более уникальной в каждом конкретном случае болезни, где она также постоянно «плывет», меняется, становится всё более эластичной и мобильной в процессе лечения. А поэтому в каждом конкретном случае необходимо учитывать уникальность ситуации болезни и лечения, т. е. восстановления целостности человека, включая его возможность и способность управлять своим состоянием. Здесь и возникает потребность в восстановлении самой нормы исцеления, т. е. практики заботы о человеке как нормы.

Большинство гуманитарно и человеко-ориентированных дискуссий вокруг проблем современной медицины нередко продолжает сводиться к анализу внешних последствий – к возникновению непрогнозируемых рисков в практиках лечения, требующих моральной оценки медицинских действий. Исправление или преодоление данных последствий предлагается рассматривать как выстраивание сугубо внешнего контроля в институционально и нормативно закреплённой стратегии защиты больного от чрезмерных, токсичных и рискованных медицинских вмешательств. Норма здоровья человека начинает рассматриваться и защищаться в категориях этики и прав человека. Вводятся ограничения на притязания врача к монополющей власти в процессе лечения. Врач, опираясь на свои знания и профессиональный этос, теряет свою позицию в качестве единственного носителя правильной и морально приемлемой версии лечения [8, с. 152]. Как пишет Т. Энгельгарт, маргинализация традиционной врачебной этики, изменение отношения к профессиональному статусу врача в западном обществе способствовали появлению моральных, социальных и экономических ниш, которые быстро заполнялись новой и быстро развивающейся сферой услуг по этической экспертизе медицинских случаев. В медицину вводятся дополнительные агенты – консультанты по этике, «заменяющие» собой традиционных носителей норм морали, а также соответствующие институты и практики, направленные на защиту больного, разработку рекомендаций в отношении допустимости использования технологий и стратегий медицинского лечения [8, с. 165].

В практиках этической экспертизы в медицинских учреждениях Германии в настоящее время преобладает основанный на идеях Хабермаса и Апеля дискурсивно-процессуальный подход, допускающий коммуникативную рационализацию мышления и поведения человека, а также делиберативные методы достижения консенсуса при принятии медицинских решений. Утверждается, что существует лишь один моральный принцип,

и он невыводим из инструментальных принципов и норм – объектов моральной теории. Это принцип универсализации, солидарности, разворачивающийся в процессе коммуникации, диалогового общения, когда его участники, предъявляя, анализируя и изменяя свои позиции и точки зрения, способны к выработке приемлемого в моральном отношении консенсусного решения относительно лечения [11, с. 56, 57].

В Германии за последние несколько лет разработано множество инструментов структурирования дискурсивного процесса этической экспертизы медицинских случаев, или так называемых протоколов этического обсуждения медицинских случаев. Другое дело, что многочисленные протоколы и схемы обсуждения, а вернее, принятые стандарты этической экспертизы, различаются лишь в степени детализации обсуждаемой проблемы. В целом же для них характерны два одинаковых структурирующих дискуссионных элемента: медицинская разработка стратегий лечения, или разработка «фактов», и их нормативная «оценка» исходя из учета позиции больного относительно границ нормы своего здоровья и вмешательства в нее. При этом единый нормативный критерий взвешивания медицинских фактов исходя из учета позиции пациента отсутствует, его выбор зависит от конкретного эксперта, сопровождающего процесс обсуждения [11, с. 31–33]. Отсутствуют и жесткие критерии оценки рекомендаций этической экспертизы, не выработаны механизмы распределения ответственности за принимаемые с учетом данных рекомендаций решения. Рекомендательные протоколы этической экспертизы часто вообще не принимаются во внимание при принятии медицинских решений, поскольку финальное слово в принятии медицинских решений так или иначе остается за врачом [3, с. 182, 183]. В формирующемся институте и практике этической экспертизы в настоящее время фиксируется множество «проблем роста», причем в последних исследованиях скептицизм по отношению к этической экспертизе медицинских случаев переходит в серьезную обеспокоенность последствиями экономически успешного симбиоза институтов и практик этической экспертизы и менеджмента современных больниц в западных странах [8].

В качестве аргумента в защиту этической экспертизы медицинских случаев следует привести тот факт, что эти практики имеют скорее характер прецедентный и преобладают в тех случаях, где всё-таки речь идет не о сохранении здоровья и продолжении жизни, а о допустимости и справедливости их искусственного улучшения и продления в тяжелейших для больного условиях и в отсутствии достоверной информации о собственной позиции больного относительно границы нормы своего здоровья и допустимых пределах медицинского вмешательства. Другими словами, речь идет о статичном моменте критического обострения течения бо-



лезни в отсутствие универсальной и гарантированной стратегии лечения. Надо отметить, что индустрия этической экспертизы сегодня в условиях пандемии или полного отсутствия готовой схемы лечения переживает ощутимый бум. Только в Германии за 2020 год было разработано множество различных рекомендаций по проведению или непроведению реанимационных процедур в условиях ограниченных ресурсов, по приоритетам при распределении ограниченного числа больничных коек, аппаратов искусственной вентиляции легких, по тестированию вакцины на добровольцах, по проектам решения правовых коллизий и т. д. При этом, как представляется, в условиях пандемии, понимаемой в дискурсе этической экспертизы как нехватка медицинских ресурсов, экспертиза стремится не к защите индивидуального больного, а скорее к установлению приоритетов в процессе оказания медицинской помощи и защите системы медицинского управления. Как представляется, в условиях пандемии этическая экспертиза приобретает еще более ощутимый крен в сторону медицинского менеджмента и бюрократизации практик лечения. Негативные и позитивные последствия всех изменений в развитии института и практик этической экспертизы, вызванных пандемией, нам еще предстоит наблюдать и осмыслить.

Институт и практики этической экспертизы сами по себе являются становящимся феноменом. А потому концептуальная модель этической экспертизы лишь выстраивается, но развивающиеся в ней процессуальные подходы и делиберативные методики постепенно способствуют включению в клиническое мышление новой оптики взглядов и принципиально новой методологии в подходе к больному, болезни и процессу лечения. Как представляется, недостаточно внимания уделяется разработке подходов к проблеме самоопределения, личностной позиции пациента. Процессуальные инструменты этической экспертизы сохраняют объектное, статичное представление о проблеме определения позиции больного относительно границ нормы своего здоровья и пределов медицинского вмешательства в нее. Позиция пациента не фиксирована изначально в случае, когда больной человек не может выразить свою волю, а информация о ней противоречива, но необходимость ее учета защищается как нечто готовое, сложившееся, заданное, ставшее. Возникают справедливые вопросы: а что вообще сам человек знает о себе, о своих жизненных принципах? Не изменились ли они в процессе переживания болезни и медицинского лечения? Его отношение к болезни и медицинскому лечению, к норме своего здоровья тоже неизменно? Его отношение к себе, своей ситуации и своей жизни окончательное и непоколебимое? Позиция пациента предполагает сознательное отношение человека к собственной ситуации, наличие у него собственных поисковых

стратегий по формированию своей программы участия в процессе лечения. А значит, в разработке проблемы самоопределения больного человек не может рассматриваться как завершенная, сложившаяся под влиянием внешних факторов личность.

Мы предполагаем, что включение пациентов в практики этической экспертизы способствует складыванию предпосылок для выработки самоопределения больного в границах нормы здоровья, для разворачивания их собственных поисковых стратегий и установления отношений заботливого участия в своей ситуации. Речь идет о создании условий для выработки больным в себе субъектного ресурса для переопределения себя, своей ситуации, своей нормы в процессе поискового, рефлексивного диалога с другими участниками – агентами медицинского лечения. Нам представляется, что такой подход развивается в рамках модели гуманитарной экспертизы, которая «предназначена не для того, чтобы решать что-то за человека, а для того, чтобы человек сам, и притом осознанно, мог участвовать в принятии затрагивающего его решения» [6, с. 128].

#### Литература

1. *Варава В.В.* Усталость быть человеком (этические основания нечеловеческой антропологии) // Человек.RU. – 2019. – № 15. – С. 180–186. – DOI: 10.32691/2410-0935-2020-15-180-186.
2. *Лехциер В.В.* Болезнь: опыт, нарратив, надежда: очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. – Вильнюс: Logvino literaturos namai, 2018. – 312 с.
3. *Синюкова Н.А.* Формирование субъектной позиции у пациента через практики его включения в этическую экспертизу медицинских случаев // Идеи и идеалы. – 2020. – Т. 12, № 3, ч. 1. – С. 176–187. – DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-176-187.
4. *Смирнов С.А., Яблокова Е.П.* Антропологические границы гуманитарной экспертизы // Философская антропология. – 2019. – Т. 5, № 1. – С. 26–44. – DOI: 10.21146/2414-3715-2019-5-1-26-44.
5. *Фуко М.* Рождение клиники. – М.: Академический проект, 2014. – 263 с.
6. *Юдин Б.Г.* От этической экспертизы к экспертизе гуманитарной // Знание. Понимание. Умение. – 2005. – № 2. – С. 126–135.
7. *Conrad P.* The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. – Baltimore, MD: John Hopkins University Press, 2007. – 204 p.
8. *Bioethics Critically Reconsidered / ed. by T. Engelhardt.* – Dordrecht, Netherlands: Springer, 2012. – 212 p.
9. *Frank A.* At the Will of the Body. – Boston: Mariner Books, 2002. – 158 p.
10. *Kalokairinou E.* Enhancing technologies: Transformatio ad Optimum? // Journal Internationale de Bioethique. – 2011. – Vol. 23, N 3–4. – P. 175–189.

11. *Maio G.* Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft. – Berlin: Suhrkamp, 2014. – 164 s.
12. *Steger F.* Klinische Ethikberatung. – Münster: Mentis, 2013. – 177 s.
13. *Wiesing U.* The history of medical enhancement: from Restitutio ad Integrum to Transformatio ad Optimum? // Gordijn B., Chadwick R. Medical Enhancement and Posthumanity. – USA, Springer, 2008. – P. 9–24.

Статья поступила в редакцию 22.02.2021.

Статья прошла рецензирование 14.05.2021.

DOI: 10.17212/2075-0862-2021-13.4.1-223-235

## A HUMAN IN MODERN MEDICINE: FROM THE RESTORATION OF HEALTH TO IMPROVE

**Sinyukova Natalia,***Junior Research Fellow**Institute of Philosophy and Law SB RAS,**8 Nikolaeva Street, Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

ORCID: 0000-0002-2400-7237

sinuknat@gmail.com

### Abstract

The article analyzes the dynamics of the development of medical models of treatment of deviations from the health norm, discusses the issue of changing ideas about the human health in medicine. It is shown that as a result of changes in the conceptual understanding of health and the process of its restoration, the principle of achieving a commercially profitable, fast and controlled result is introduced into modern medicine, as a result of that the process of medical treatment is standardized and regulated. But the preservation of object optics of views in the medical industry, as shown in the article, becomes ineffective, moreover, risky in a situation of moving boundaries of the human health norm. To overcome the existing risks, new institutes and practices of ethical examination of health standards are being introduced into medicine. It is shown that the accepted deliberative practices of ethical expertise only introduce a procedure for taking into account the patient's position regarding the boundaries of their health standards and the limits of medical intervention. At the same time, the patient's position is considered as something ready, initially given, in other words, the classic "human project" continues to be defended in medicine.

**Keywords:** human health norm, medicalization, medical models, patient position, care, medical improvement, ethical review of medical cases.

### Bibliographic description for citation:

Sinyukova N. A Human in Modern Medicine: From the Restoration of Health to Improve. *Idei i idealy = Ideas and Ideals*, 2021, vol. 13, iss. 4, pt. 1, pp. 223–235. DOI: 10.17212/2075-0862-2021-13.4.1-223-235.

### References

1. Varava V.V. Uсталost' byt' chelovekom (eticheskie osnovaniya nechelovecheskoi antropologii) [Tiredness of Being Human (ethical foundations of inhuman anthropology)]. *Chelovek.RU = Humanities Almanac*, 2020, no. 15, pp. 180–186. DOI: 10.32691/2410-0935-2020-15-180-186.

2. Lekhtsier V.V. *Bolezni': opyt, narrativ, nadezhda: Oчерк sotsial'nykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny* [Disease: Experience, Narrative, Hope. Essay on Social and Humanitarian Studies in Medicine]. Vilnius, Logvino literatūros nama, 2018. 312 p.
3. Sinyukova N.A. Formirovanie sub"ektnoi pozitsii u patsienta cherez praktiki ego vklyucheniya v eticheskuyu ekspertizu meditsinskikh sluchaev [Development of Patients' Subject-Oriented Approach Through Practices of Their Participation in Ethical Expertise of Medical Cases]. *Idei i idealy = Ideas and Ideals*, 2020, vol. 12, iss. 3, pt. 1, pp. 176–187. DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-176-187.
4. Smirnov S.A., Yablokova E.P. Antropologicheskie granitsy gumanitarnoi ekspertizy [Anthropological Boundaries of Humanitarian Expertise]. *Filosofskaya antropologiya = Philosophical Anthropology*, 2019, vol. 5, no. 1, pp. 26–44. DOI: 10.21146/2414-3715-2019-5-1-26-44.
5. Foucault M. *Rozhdenie kliniki* [The birth of the clinic]. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2014. 263 p. (In Russian).
6. Yudin B.G. Ot eticheskoi ekspertizy k ekspertize gumanitarnoi [From ethical expertise to humanitarian expertise]. *Znanie. Ponimanie. Umenie = Knowledge. Understanding. Skill*, 2005, no. 2, pp. 126–135.
7. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, MD, John Hopkins University Press, 2007. 204 p.
8. Engelhardt T., ed. *Bioethics Critically Reconsidered: Having Second Thoughts*. Dordrecht, Netherlands, Springer, 2012. 212 p.
9. Frank A. *At the Will of the Body*. Boston, Mariner Books, 2002. 158 p.
10. Kalokairinou E. Enhancing technologies: Transformatio ad Optimum? *Journal Internationale de Bioéthique*, 2011, vol. 23, no. 3–4, pp. 175–189.
11. Maio G. *Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft*. Berlin, Suhrkamp, 2014. 164 p.
12. Steger F. *Klinische Ethikberatung*. Münster, Mentis, 2013. 177 p.
13. Wiesing U. The history of medical enhancement: from Restitutio ad Integrum to Transformatio ad Optimum? Gordijn B., Chadwick R. *Medical Enhancement and Posthumanity*. USA, Springer, 2008, pp. 9–24.

The article was received on 22.02.2021.

The article was reviewed on 14.05.2021.