

<https://doi.org/10.26565/2226-0994-2025-73-15>

УДК УДК 1 : 316]614.253

Михайло Шильман, Кирило Широков

(ВІД)ШУКАННЯ ЛІКАРЯ У ПОЛІТИЦІ ЗДОРОВ'Я

У статті пропонується аналіз «позиції лікаря» у вимірі системи охорони здоров'я, де він виступає довіреним професіоналом, який має діяти за принципами схвалених та інституційно забезпечених моделей взаємовідношень лікаря та пацієнта (DPR) згідно поточної політики охорони здоров'я, а також у вимірі тієї звичайної медичної практики, де лікар приречений стикатися безпосередньо з пацієнтами – зазвичай ненормалізованими, некомпетентними й неслухняними, – які завжди мають свої власні уявлення щодо «здоров'я», «цілей медицини», «благополуччя» тощо, й, як споживачі, вимагають вирішення питань і проблем, що «стосуються здоров'я». За думкою авторів, загальний проблемний контекст складає невизначеність і неможливість моністичного визначення «здоров'я», що, однак, не заважає йому посідати центральне місце у нормативній комунікації лікаря та пацієнта, фігуруючи в ній як їхня спільна мета й як предмет конструктивних обговорювань взаємоприйнятних рішень щодо її досягнення. Водночас, «спільна мова», яка є запорукою дійти згоди щодо об'єму, способів і очікуваних результатів медичного втручання через певний розподіл влади й відповідальності між лікарем і пацієнтом, не може уявлятися як просто дана, готова до застосування, ліцензована утиліта, але походить з перемовин і пунктирних змов лікаря з конкретним пацієнтом, тобто, через становлення їхніх силових взаємо-ставлень. Саме останні (в термінах мікро-фізики влади Фуко) розуміються як особливі, індивідуальні, непевні «низькі» тактики, що «на верхніх поверххах» політики охорони здоров'я завершуються та оформлюються за допомогою нормативних моделей DPR. Отже, справжній практикуючий лікар має розумітися як той, хто до кожного випадку-пацієнту має своєчасно визначатися з рівнем своєї «владо-провідності».

Ключові слова: взаємовідношення лікар-пацієнт, система охорони здоров'я, мікро-фізика влади Фуко, цілі медицини, поняття здоров'я, синкратія.

Адже здоров'я самого із себе не буває – всі спроби визначити таку річ завершуються прикрою невдачею.

Ф. Ніцше *Весела наука* [Nietzsche, 2020, с. 121]

І коли ви прийдете знов зі своєю підписаною перепусткою і все буде гаразд – подумайте про ту внутрішню вдовolenість, яку ви відчуватиме, коли ми скріпимо підписом цей папір зі свого боку відповідно.

В. Набоков *Згин лиховістія* [Nabokov, 2010, р. 11]

Можливо, най-примітною ознакою сучасного суцільного комунікування є дивовижна загальна здатність із пхатною зацікавленістю обговорювати щось те загальновідоме, значуще й безумовно актуальне, що дозволяє, добре знаючись у певному тематичному полі, не перейматися зайвими зусиллями щодо прояснення змісту стало циркулюючих у ньому понять. У цьому плані тема «здоров'я», яка у медикалізованому сьогоденні включає до себе безліч питань щодо його охорони, збереження, покращення тощо, є, звісно, однією з найпоширеніших, але аніяк не може вважатися виключенням. Напроти, саме у цій площині ніколи не втрачають *актуальності* проблеми визначання принципів і параметрів належної медичної практики за умов динамічної не(до)визначеності понять, які вона використовує.

У першому наближенні поточна ситуація, – адаптована до виміру систем охорони здоров'я та маркована як «проблеми здоров'я», – досить добре, на наш погляд, репрезентується нещодавнім однойменним дослідженням Е. Барнс. У тексті неодноразово та з повтореннями йдеться про реальність здоров'я, про яке ми говоримо, про реальність

© Шильман М., Широков К. В., 2025.



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0.

речей, які ми залучаємо, говорячи про здоров'я, про реальність світу та/або його частин-складових, які ми, зазвичай, відстежуємо, коли говоримо про здоров'я... Те, що саме маєтєся на увазі у цьому системному *мовленні-про*, втягується до нього та у ньому фігурує, є «тим, що відстежується» (tracking), «тим, що має значення» (matters) та/чи «найбільш випнено» (salient), «тим, про що дбають» (care). Згодом, у підсумку виявляється майже те ж саме, з чого і починалась уся ця гра: що таке здоров'я? – ми не знаємо; ми не можемо знати; ми не можемо цілком пояснити здоров'я [Barnes, 2023, p. 65]. Але-однак до того ж стверджується з щирою вірою наступне: «Речі, *про* які ми говоримо, коли говоримо *про* здоров'я, є реальними. Речі, *про* які ми піклуємось, є реальними (курсів скрізь наш – М.Ш., К.Ш.)» [Barnes, 2023, p. 262]. Отже, як чітко з цього приводу помічає К. Р. Кукла, «...Барнс напірає на те, що поняття «здоров'я» відповідає чомусь реальному» [Kukla, 2025, p. 87], використовуючи для цього метафізичну за своєю природою установку-віру, яка, вочевидь, не може надати визначення, але в змозі додати впевненості.

Реально-операбельне «здоров'я» виглядає, скоріш, іманентним; воно «є, перш за все, інтуїтивним поняттям, але не є технічним терміном» [Kukla, 2014, p. 515]. Перебуваючи під соціальним, економічним, політичним та ідеологічним тиском воно залишається неладним і неприбраним. Саме заради його цільового використання точиться не менш безладна, але «нескінченна та децентралізована силова боротьба» [Kukla, 2025, p. 89]. До того ж, сталі зусилля його «прибрати» відбуваються сьогодні у ситуації, коли традиційні академічні суперечки щодо моністичного визначення «здоров'я» й «хвороби» виявляються безплідними. Навіть сам «...пошук моністичних визначень є, дійсно, глибоко проблематичним, якщо не неспроможним» [Linden, 2022, p. 133], – але ж будь-який «...спосіб, у який ми концептуалізуємо «здоров'я» та «хворобу», має далекосяжні практичні наслідки» [Linden, 2022, p. 131]. Водночас, на практиці «...те, що вважається здоров'ям, потрапляє у залежність від того, які види експериментів проводяться та які види терапії розробляються» [Kowalski, 2018, p. 28].

Саме наслідки понятійних установлень і упродовжень усугубляються й викликають специфічні ефекти у системній «охороні здоров'я», що включає до свого складу політику, організацію та медичну практику. Взагалі-то немає нічого хибного у відсутності одного-єдиного визначення здоров'я та множинності його можливих концептів, кожний з яких може бути задіяним за певного контексту (тобто, використовуватися прагматично), – але ж, як зауважує Кукла, «...дозвіл на *необмежене розширення* (курсів наш – М.Ш., К.Ш.) концепту дає змогу використовувати його як зброю зацікавленим сторонам, що є наділеними соціальною владою, й інституціям зі специфічними інтересами у способи, що підривають соціальну справедливість, коли стають тиранічними та елітарними» [Kukla, 2024, p. 277]. Отже, поняття, що силяться посилатися на «реальність», визначення, що прагнуть вичерпності, концепти, що марять універсальністю чи моделі взаємовідносин, що пропонують «справедливий баланс сторін», походять з певних владних зазіхань і чреваті впровадженням певних владних конфігурацій.

Саме тут, на наш погляд, постає доволі складна *проблема* «позиції лікаря», ширяючої над-та-між «кандидатами на лікування». З одного боку, вона у системі охорони здоров'я заміщується тим, хто не може не бути не підвладним якимось поняттям «здоров'я» та «хвороби», і нехтувати чинними моделями професійної поведінки, стаючи через це значною мірою провідником політики здоров'я й подільником відповідних сил-влад. З іншого боку, з цієї ж позиції лікар не може не проводити своєї власної політики щодо «пацієнтів», які не дуже знаються на поняттях, особисто практикуючи з ними варіативні владні стосунки, які надалі непевною мірою обумовлюють стиль і спосіб надання медичної допомоги. Отже, лікар, діючи з формально визначеної «сильної позиції», фактично має постійно «міряться силами» і постійно якимось чином само-визначати-ся: зокрема, з ким, з чим, яку саме, в який спосіб, за яких обставин, в яких умовах, чим керуючись і чим нехтуючи він-такий у кожний окремий момент має справлятися.

Торкаючись прямо чи побічно професійного виміру, є усі підстави почати з подвійного зауваження К. Бурса: враховувати, по-перше, «...неоднозначність ключових

понять «лікар-практик» (physician) та «медицина», а також неясність їхніх відношень один до одного і до «здоров'я» й, по друге, «...невизначеність Західної медичної традиції» [Boorse, 2016, p. 146]. Правда, щодо останнього, неможна не відмітити, що західноєвропейська філософська традиція десь з кінця XVIII століття та, як мінімум, до 60-х років XX століття включно демонструє доволі спадкове й послідовне розуміння «здоров'я». Тут, здається, цілком доречно почати з двох «топових» фігур, а саме: з І. Канта, який протягом життя видатно щільно (і не марно) опікувався своїм здоров'ям, і з С. К'єркегора, який усім своїм (вельми недовгим) життям уособлював, так би мовити, нездорову кваліфікацію.

Як формулює К'єркегор, «загалом припускається, що людина є здоровою, якщо вона сама не каже, що занедужала, а тим паче, якщо вона сама говорить, що почувається добре», однак «...лікар (physician) дещо інакше вбачає недужість...» тому, що він «має чітке та розвинене уявлення про те, що таке бути здоровим» (være sund)...» [Kierkegaard, 1980, p. 23]. Людина, з огляду на самопочуття, може вважати себе здоровою, маючи, однак, нечутний недуг, – а тому лікарю-практику, який має викрити хворобу, що назріває, не варто цілком покладатися на уявлення пацієнта щодо власного стану здоров'я. Те, що лікар дійсно завжди може – але лише згодом, постфактум, навздогін – так це «...легітимно сказати, що ось ця людина свого часу була здоровою, але зараз занедужала» [Kierkegaard, 1980, p. 24]. Отже, «міцне здоров'я зазвичай означає здатність вирішувати невідповідності» [Kierkegaard, 1980, p. 40], але поспішитися на нього можна лише як на минуле.

За Кантом добре здоров'я, яким не варто зловживати, полягає у тому, що людина почуває себе необтяженою, безтурботною; за переповненості життєвими силами вона живе без обережності, не відчуваючи «...життєвих перешкод, чийм подоланням безперестанку займається природа...» [AA VII, S.170]. У здорового є з лихвою сил вільно п'яніти від того життя, яке від усіх вимагає силитись, «але здоров'я є лише негативним благополуччям, його не можна відчутти саме по собі» [AA VI, S. 485], – хоча можна судити про нього через комфортність свого життя. Головним, однак, залишається те, що «людина може почуватися здоровою... але ніколи не може знати, що вона здоровою є»; адже хвороба здатна «...нечутно дрімати в людині, готова до розвитку; тому, якщо людина не відчуває себе хворою, вона може лише казати, що є, здається, здоровою» [AA VII, S. 100]. Отже, й свідчення про здоров'я можливе лише озирнувшись назад, на минуле.

За думкою Ж. Кангілема саме ці кантівські зауваження досить важливі, «...незважаючи на їхню явну простоту, оскільки [вони] залишають здоров'я поза сферою знання», дають підстави і надалі стверджувати, що «не існує науки про здоров'я» і, врешті-решт, визнавати, що «здоров'я не є поняттям науковим, але є поняттям загальноприйнятим (vulgaire)» [Canguilhem, 1998, p. 13-14]. З огляду на це, із, здається, легкою іронією щодо К'єркегора та Канта, М. Турньє поминає той найпоширеніший варіант, коли «можна бути гарним лікарем і водночас не мати чіткого уявлення про здоров'я та хвороби» [Tournier, 1996, p. 32], а також стисло додає: «здоров'я, за Жоржем Кангілемом, є нічим іншим, як надлишком ресурсів, який дозволяє живому відповідати на непевність навколишнього середовища. Бути здоровим, каже він, це здатність безкарно зловживати своїм здоров'ям» [Tournier, 1996, p. 33]. Адже «здоров'я є органічною невинністю. Її потрібно втратити, як будь-яку цноту, щоб знання стало можливим» [Canguilhem, 1966, p. 59]. І будь-яке «питання здоров'я» набуває значення лише після того, як саме здоров'я вже частини втрачено.

Граючи вдовж цієї лінії далі на посилення, неможна не згадати й позицію М. Гайдеггера, який скупко зауважує, що, якщо здоров'я означає «...справну-спокійну течію-розкриття злагодженого процесу використання-витрачання без якихось обмежень-применшень усіх наявних вільно-доступних сил» [Heidegger, 2014, S. 226], тоді будь-яка хворість-вада (Fehl) – як саме *не-здоров'я*, нестача, позбавленість (Privation) здоров'я [Heidegger, 2021, S. 58-59], не-дужість і те, що постає на заваді – має розумітися як «...утрата вільності, обмеження життєвих можливостей» [Heidegger, 2021, S. 202]. Можна сказати, що у життєвому процесі здоров'я відбувається: для здоров'я є цілком природним його звідси-утікання, чого ніяким чином не уникнути та від чого неможна, строго кажучи, захиститися.

Здоров'я не зберегти, так чи інакше воно має відбути та з часом відбуде – отже, людське буття щодо здоров'я є використанням-назовні, розтратою, витрачанням.

Нарешті, навіть ностальгічно-поетична думка Г. Гадамера звучить у тій самій тональності: «здоров'я», на відміну від «хвороби», є чимось невимірюваним і непадвладним; воно, як не крути, є «таємницею» – не об'єктивується (не є ані підметом, ані об'єктом), воно не є чимось встановленим, не презентує себе й не усвідомлюється постійно: «це не щось, що виявляється через дослідження, але те, що маніфестує саме себе в силу вислизання з нашої уваги» – отже, воно «радіше належить до тієї дивовижної здатності, яку ми маємо, щоб забувати [дбати] про себе» [Gadamer, 1996, p. 96]. Тобто, здоров'я є тим, чия наявність дозволяє бути вільним від втручання у процеси своєї життєдіяльності, бо у кожній здорової-неуважної людини вони просто-так йдуть собі самі.

Отже, у «класичному» сенсі до практикуючого лікаря як до митця-умільця звертається той, у кого «щось почало йти не так» як до того, хто вміє робити належне та дієве з нездоров'ям; тут, звісно, вбачається й певна аналогія зі звертанням мирянина до священика, як до спеціаліста у тому, що саме та як належить робити у даному випадку задля спасіння душі. Однак, важливішим є те, що це звичне й звичайне розрізнення (та парування) спеціаліста-посвяченого й неспеціаліста-мирянина залишається дієвим і у «некласичному» вимірі охорони здоров'я, на світанку медикалізації: як мінімум, від стику-розведення «doctors» і «laymen» за І. Іллічем [Illich, 2013, p. 272] до «medical practitioners» і таких собі «lay people», які депо різними шляхами «практикують і випробують медицину» [Lupton, 1997, p. 101]. Але з тих часів спостерігався явний дрейф «неспеціалістів, які неправильно розуміють медичні концепції» [Boorse, 2016, p. 703] в напрямку «пересічної публіки (lay public)», якій було рекомендовано чинно звертатися до «експертів з медицини та охорони здоров'я» (medical and public health experts) [Lupton, 2016, p. 154]. Врепті-репті, це призвело до сучасної розстановки, де фігурують «health professionals» (майже синонімічні до «healthcare professionals») і «health consumers» (як нині величають «пацієнтів», славлячи їхню активність у «лікуванні» на базі медичної обізнаності та соціальної відповідальності). На загальному практично-побутовому рівні ці нові фігуранти перекладаються до так званих «медичних працівників» і «споживачів медичних послуг», але це лише маскує головне.

Цей структурний розклад є, кажучи депо образно, медичним аналогом «загального священства», який, з одного боку, елімінує «мирянина», який не має права ані на своє розуміння доктринальних аспектів «здоров'я», ані на власне ставлення до його концептів. З іншого боку, той, хто числиться «професіоналом» (з питань) здоров'я, є-постає зобов'язаним – певною мірою, чином та у якийсь спосіб – узгоджувати «те, що належить робити» з тим, кого це безпосередньо стосується. Звісно, це відбувається у безумовній присутності посідаючого центр «здоров'я», яке – презентуючи-задаючи бажання «бути здоровим» (здається, здоров'я не буває забагато і завжди недостає) – є тим організуючим і орієнтуючим суперечливу зв'язність системи [Derrida, 2004, c. 564] означуванням, чие стійке (не)визначення подовжується-відкладається, постійно зсувається й змінюється в руслі політики здоров'я, яка керує (не)дозволом на імплементацію певних наукових досліджень, технологій, препаратів і медичних практик.

У цьому полі «справ здоров'я», додатково обтяженому сталою неясністю щодо сполучання «здоров'я» та «благополуччя» (wellbeing), панують наміри й намагання дати лад, правила, субординацію та, зазвичай, і моральну оцінку усім можливим конфігураціям, злукам і зв'язкам, що стосуються здоров'я (health intercourses). Це передбачає залучання (engaging) усіх до опікування «здоров'ям» постійно – створення охоронюваної медичним поглядом «режимної території», де відбувається щось на кшталт спів-служіння охоронців-доглядачів (caretakers): медичні працівники вартують на стражі (здоров'я) пліч-о-пліч із споживачами медичних послуг, яким варто бути завжди насторожі (щодо стану свого здоров'я). Звідси випливає й потреба визначатися з (гідними) принципами і (належними) формами їхнього співіснування – тобто, моделювання-розробки відношень між «лікарем» і «пацієнтом» (Doctor-Patient-Relationship) з їхніми подальшими деталізаціями й

впровадженням через надання інституціональної підтримки та штатної чинності, про яку, зі свого боку, мають дбати алгоритми поведінки, обов'язкові до виконання протоколи, керівництва з професійної етики тощо.

Тож, будь-яка версія DPR є наперед-визначеною інститутом здоров'я (health institutions) санкціонованою й заспокоїливою *формою спів-сповідання* певних цінностей, яка передбачає і певний медико-комунікативний ритуал спів-обговорення «речей, що мають значення для здоров'я», і відповідним чином відкаліброваних (gaged), так-сформованих *суб'єктів*. В її геть пасторально-нормативному вигляді-режимі «пацієнт» (він же і споживач, і партнер) бачиться соратником «довіреного професіонала» – вже зацікавленим (engaged), хоча й недостатньо зарученим. Саме з цього випливає уявлення, що «усі дискусії щодо лікування (treatment) є свого роду діалектикою, що обіймає перспективи й внески обох сторін», де лікар має бути достатньо підготовленим і обачним, щоб «не домінувати над цією діалектикою» [Misselbrook, 2024, p. 253] – діалектикою, яка центрується неоднозначним «здоров'ям», покладеним як «єдине», «цінність» і «предмет спільної справи».

Така (оздоблена етикою) доцентрова стратегія виглядає вживаною хіба що для медиків, яких на вигонах системи охорони здоров'я спіткає покликання діяти безвідмовно і неодмінно; але нам вона вбачається тим, що заважає роздвигтися ті тактики *суб'єктивізації*, що часто діють шляхами зловживання (здоров'ям), сумнівів, заперечень і відмов. Тобто, – плавно переходячи на мову Фуко, – ті «низькі» дискурси, які зачинаються і без авторизації «зверху», задовольняючись лише діями учасників-підписантів (signataires) [Foucault, 1971, p. 28]. А для цього слід згадати (хоча б) деякі характерні та очевидні нюанси медичної практики, які не є одкровеннями для досвідченого лікаря, який майже кожного дня стикається з далеко не ідеальними пацієнтами.

По-перше, лікар-професіонал, як візаві пацієнта, «активується» лише через звернення того по медичну допомогу; але той, хто до неї вдається, не обов'язково є тим «хворим», якому є потрібним саме лікувальне втручання. Йтись може про ризики захворювання, які лише «прикидаються захворюваннями», але ж можуть складати «розумні підстави рішень щодо лікування» [Boorse, 2024, p. 17]. Йтись може й про покращення (enhancement), корекцію, профілактику – що актуалізує компетентні поради у плані «здоров'я» стосовно чогось технічно можливого, персонально жаданого чи небажаного або угамування якихось особистих фобій і маній. Однак, ясне розрізнення «лікування» та «покращення» є проблематичним, оскільки воно «...базується на поняттях, які самі потребують прояснення або набувають значення залежно від контексту, [такі] як «норма», «здоров'я» та «хвороба», а тому [воно] найчастіше прагматично покладається з «основних суспільних цінностей» [Hirsch, 2025, p. 187-188]. Тобто, є «сіра зона» між медично неодмінним (needs) та необхідним за ситуацією (necessities).

По-друге, акт звертання по медичну допомогу відбувається за волею того, хто вирішує з власних переваг чи варто йти до лікаря із цією своєю проблемою. Сам цей акт є (не)прихованою вимогою виконання загальних зобов'язань тією системою охорони здоров'я, чийм уповноваженим представником-виконавцем виступає професіонал; саме до нього на практиці звернуті більш чи менш явні вимагання «належного» з боку конкретного пацієнта, який за власним уявленням апелює до законів, прав і стандартів задля отримання «обслуговування у повному обсязі». Але як відмітив ще Фуко «говорити про «право на [добре] здоров'я» безглуздо», особливо з урахуванням того явного «...зростання попиту на медичні послуги, яке демонструє, що потреба в них... не має внутрішніх обмежень» [Foucault, 1994b, p. 374]. Тож, будь-який «повний доступ» до ресурсів системи охорони здоров'я надається пацієнту завжди обмеженим її поточним станом і загальною ситуацією.

По-третє, (завжди відносно-надана) автономія пацієнта означає, зокрема, й те, що він не є і не може бути ззовні зобов'язаним ані цілком згоджуватися з будь-чийми професійними рекомендаціями, ані слухняно й повною мірою виконувати усі лікарські вказівки та призначення. Навіть пацієнти, що через «поінформовану згоду» беруть на себе частку відповідальності за результати певних медичних дій, не є, все ж таки, геть

позбавленим можливості й здатності у якісь моменти, за певних обставин або раптом діяти на свій розсуд, самочинно. Вони залишаються живими людьми, які «...відповідають-реагують на зовнішні дискурси і стратегії, що намагаються їх дисциплінувати», не перетворюючись на просто «слухняні або пасивні тіла, зневолені на кожному кроці провідними дискурсами» [Lupton, 1997, p. 103]. Отже, *potestas* пацієнта і *potestas* медичних справ аніж не можуть так просто спів-пасти, об'єднатися чи змішатися.

По-четверте, але зовсім не в останню чергу, «пацієнт», що звертається по «медичну допомогу», може бути тим, хто є зацікавленим лише у сертифікації – тобто, прагне офіційного визнання себе (не)здоровим / (не)придатним стосовно деяких професій, певних видів трудової діяльності та/чи умов праці, керування транспортними засобами, воєнної служби, перебування у в'язниці тощо. У цьому випадку, – не зважаючи на «медичне благополуччя», дбаючи про «власне благо», якому не кортить обумовлюватися саме справжнім станом здоров'я, – пацієнт може свідомо вдаватися до симулювань і спроб одурити професіоналів заради отримання бажаного визнання вигідної для нього соціальної (ін)валідності.

Складно не погодитися, що в тактичному плані пацієнт-зайда є потенційно більш «витонченим» гравцем. Через свою інформованість, що викликає відчуття компетентності, він сприяє девальвації традиційної асиметрії лікаря та пацієнта; він є спроможним нав'язувати лікарю роль експерта та/або арбітра, від якого очікується вердикт щодо своєї / чийсь (не)правоти у певних питаннях; він часто виступає як агресивний споживач, вдаючись до штатних погроз і ультиматумів; він схильний ставати на шлях викликання до себе «чисто людського» співчуття й надмірної емпатії. Зі свого боку практикуючий лікар – щодо можливостей варіювати свої ставлення до різномасштабних пацієнтів – є, по суті, замкненим у три-векторному просторі патерналістської, споживацької та «партнерської» моделей DPR і не має права на нелегальні діагнози; тобто, ліцензований професіонал мусить залишатися в межах поточної інституціональної чинності.

Кожна з моделей задає відповідальність і права сторін, будучи характерною за ключовим принципом логікою розподілу їхніх влад; жодна з них, звісно, не втілюється в своїй чистій формі, але здатна своїм чином спрацювати, домінуючи у створенні численних конструктів реальної медичної практики. Отже, кожного конкретного разу комбінована DPR є тим, що набуває буття з певної керуючої форми, конструктивним «покриттям» становлення непевних-мінливих взаємо-ставлень у *перфомансах* на стику-сутичці лікаря-та-пацієнта.

Перш, ніж задіяти «спільну мову» для дискусій, що прямують до спільного прийняття рішень щодо «сприятливих для здоров'я» дій, переговірники мають цю мову для себе утворити. Це означає не просто застосувати її (у готовому вигляді, як драйвер для коректної роботи певного приладу у знаній операційній системі), але винайти через пунктир ручкань і окремих змов, похідних від їхніх ставлень до суперечливих понять, неоднозначних цілей, конфліктуючих уявлень тощо. У силовому режимі перемовин шляхом взаємних інформувань і сперечань, тисків і пручань, (не)згод і (не)правд лікар і пацієнт конфігурують співвладдя, свого роду синкротичні взаємо-ставлення, що може стати чинником владнання так званих «проблем здоров'я».

Отже, тут слід мислити ситуацію асиметричного спарингу пацієнта й лікаря, де перший прикладає зусиль задля *отримання згоди* на щось належне-корисне для себе від другого, який не тільки в силах, але й є зобов'язаним щось першому *надати у відповідь*. Для цього, ми вважаємо, є доречним перехід з мови «відношень» (*relations*) на мову «взаємо-ставлень» (*rapports*) – аніж не впадаючи до того розуміння, що нині узурповане доглядацькою справою, але повертаючись до його сенсу в контексті фукіанської мікро-фізики влади. Загальна різниця між «реляцією» та «рапортом» здається ясною: перша є поданим повідомленням, другого ще має бути прийнято для набуття ним дієвості. Реляція «однобічна», підкреслюючи встановлений зв'язок, дійсний і без додаткових ухвалень; рапорт каже (на) те взаємо-владне відношення, яке взаємо-покладається та обоюдно ухвалюється кожного окремого разу-моменту у спів-підтвердженні (*countersign*).

Їхнє розрізнення у «співпраці» ясніше з огляду на пояснення думки Фуко у виконанні Ж. Дельоза: «...певні владні відносини (la relation de pouvoir) є збіркою-сукупністю [будь-яких] взаємо-ставлень [різних] сил (rapports de forces), [і ці владні відносини], проходячи-проникаючи через сили підкорені (dominées) не менш, аніж через [сили] домінуючі, конституують в них обох одиничності (singularités)» [Deleuze, 1986, р. 35]. В обхід питання чи належать «соціальному полю» сили, через які влада здійснюється [Deleuze, 1986a, р. 31], чи це поле задається їхньою сукупністю, слід вказати на те, що бачиться більш важливим. А саме: «[множинні] взаємо-ставлення сил є різними-відмітними ставленнями (rapports différentiels), які детермінують одиничності... Отже, на противагу знанню, що встановлює відносини (relations) між двома формами, сила може встановлювати лише [диференційні] взаємності (rapports) між двома точками... [тобто] між одиничними-особливими точками (points singuliers)» [Deleuze, 1986b, р. 17]. Нарешті, у соціальному плані взаємо-ставлення сил становлять політичну сферу, де будь-яка «...політика – це більш-менш глобальна стратегія, яка намагається їх координувати та завершити (finaliser)...» [Foucault, 1994, р. 233] і стабілізуватися у вимірі інституцій.

Отже, слід зробити *висновок*, що в оптиці DPR йдеться про певні (ви)знані «форми», але втрачаються індивідуалізовані «позиції» (points), детерміновані у своїх завжди непевних взаємо-ставленнях незліченими силами-особливостями, серед яких – тілесні, вікові, етнічні, сімейні, конфесійні, культурні, освітні; так само і темпераменти, марновірства, переконання, ілюзії, ідеологічні орієнтації, сексуальні переваги, свій та/або чужий життєвий досвід... Питання у тому, якою мірою «професіонал здоров'я» дає собі право і має хист раз за разом, у відповідь, *винаходити себе лікарем* – «особливою точкою» тих тактик, які не є лише просто похідними стратегій інституціалізованої політики здоров'я.

За добре відомим законом Ома виходить, що, загалом, немає провідників, які не були б резисторами; з огляду на це можна стверджувати, що саме лікарем є не провідник влади (зростаючий до рівня її над-про(по)відника), але той, хто свідомо регулює у кожному випадку «силу струму», що проходить через нього і пацієнта, – змінюючи рівень свого опору, не відхрепуючись від інституційного виміру. Тож, справжній лікар має бути тим, хто у подвійному сенсі *опирається* – і на свою позицію, і її – почасти *partigiano*, прихильно належний партії здоров'я.

REFERENCES

- Barnes, E. (2023). *Health problems: philosophical puzzles about the nature of health*. Oxford University Press, Incorporated. DOI:10.1093/oso/9780192883476.001.0001
- Boorse, C. (2014). A Second Rebuttal On Health. *Journal of Medicine and Philosophy*, 39, 683–724. DOI:10.1093/jmp/jhu035
- Boorse, C. (2024). Boundaries of Disease: Disease and Risk. *Medical Research Archives*, 12(3). DOI:10.18103/mra.v11i4.3599
- Canguilhem, G. (1998). *La santé: concept vulgaire & question philosophique*. Sables.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. (3d ed.). Presses Universitaires de France.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Les Éd. du Minuit.
- Deleuze, G. (1986a). *Sur Foucault. 2ème partie: Pouvoir*. 9ème séance, 07 janvier 1986. https://deleuze.cla.purdue.edu/wp-content/uploads/2022/05/09b-Foucault-010786-Fr-Rev-2022_0.pdf
- Deleuze, G. (1986b). *Sur Foucault. 2ème partie: Pouvoir*. 10ème séance, 14 janvier 1986. https://deleuze.cla.purdue.edu/wp-content/uploads/2022/05/10b-Foucault-011486-Fr-Rev-2022_1.pdf (03.10.2025)
- Derrida, J. (2004). Structure, Sign and Play in the Discourse of the Human Sciences. In *Writing and Difference*. Kyiv: Osnovy. (In Ukrainian).
- Foucault, M. (1971). *L'Ordre du discours: leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 Décembre 1970*. Gallimard.
- Foucault, M. (1994). Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps. In *Dits et Écrits 1954-1988*. III 1976-1979. n197. (pp. 228–236). Galimard.

- Foucault, M. (1994b). Un système fini face à une demande infinie. In *Dits et Écrits 1954-1988*. IV 1980-1988. n216. (pp. 367–383). Galimard.
- Gadamer, H.-G. (1996). *The enigma of health: the art of healing in a scientific age* (J. Gaiger & N. Walker, Trans.). Stanford University Press.
- Heidegger, M., & Trawny, P. (2014). *Überlegungen VII-XI (Schwarze Hefte 1938/39)*. Vittorio Klostermann.
- Heidegger, M., & Boss, M. (2021). *Zollikoner Seminare: Protokolle – Zwiegespräche – Briefe* (4th ed). Vittorio Klostermann.
- Hirsch, A. (2025). Well-being and enhancement: reassessing the welfarist account. *Medicine, HealthCare and Philosophy* 28, 185–197. DOI:10.1007/s11019-024-10246-3
- Illich, I. (2013). *Limits to Medicine: Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. Marion Boyars.
- Kant, I., & Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin. (1910). *Kant's gesammelte Schriften*. Georg Reimer.
- Kierkegaard, S., Hong, H. V., & Hong, E. H. (1980). *The sickness unto death: a Christian psychological exposition for upbuilding and awakening* (First Princeton paperback printing, with corrections). Princeton University Press.
- Kowalski, J. C. (2018). Quantifying Wellness: Beyond the Dichotomous Choice Between Health and Disease Lies the Road to P6 Medicine. *Advances in Sciences and Humanities*, 4(2), 25–36. DOI:10.11648/j.ash.20180402.12
- Kukla, Q. R. (2024). Healthism, Elite Capture, and the Pitfalls of an Expansive Concept of Health. In Schermer, M., Binney, N. (Eds) *A Pragmatic Approach to Conceptualization of Health and Disease. Philosophy and Medicine*, 151. (pp. 275–294). Springer, Cham. DOI:10.1007/978-3-031-62241-0_21
- Kukla, Q. R. (2025). Health Problems: Philosophical Puzzles about the Nature of Health. *The Philosophical Review* 1 January 2025 [Book review], 134(1), 86–92. DOI:10.1215/00318108-11592443
- Kukla, R. (2014). Medicalization, «Normal function», and the definition of health. In *The Routledge Companion to Bioethics*. (pp. 515–530). Taylor & Francis. DOI:10.4324/9780203804971-54
- Linden, R. van der, & Schermer, M. (2022). Health and disease as practical concepts: exploring function in context-specific definitions. *Med Health Care Philos. Mar*; 25(1), 131–140. DOI:10.1007/s11019-021-10058-9
- Lupton, D. (1997). Foucault and the médicalisation critique. In Petersen, A. R., & Bunton, R. (Eds.). *Foucault, health and medicine*. (pp. 94–110). Routledge.
- Lupton, D. (2016). Risk and Personal Responsibility for Health and Illness in the Web 2.0 Era. In Davis, J. E., & González, A. M. (Eds.). *To fix or to heal: patient care, public health, and the limits of biomedicine*. (pp. 152–176). New York University Press.
- Misselbrook, D. (2024). *Thinking about medicine: an introduction to the philosophy of healthcare* (First edition). CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Nabokov, V. V. (2010). *Bend sinister*. Penguin.
- Nietzsche, F. (2020). *The Gay Science*. (V. B. Tchaikovsky, Trans.). Folio. (In Ukrainian).
- Tournier, M. (1996). *Le miroir des idées: traité* (Ed. rev. et augm). Mercure de France.

Шильман Михайло

кандидат філософських наук,

доцент кафедри теоретичної і практичної філософії імені професора Й. Б. Шада

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

майдан Свободи, 4, Харків, 61022, Україна

E-mail: m.shilman@karazin.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1343-6343>

Широков Кирило Валерійович

аспірант, ННІ філософії, культурології, політології

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

майдан Свободи, 4, Харків, 61022, Україна

E-mail: kirillshyrov2@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7162-6823>

Стаття надійшла до редакції 10.08.2025

Стаття рекомендована до друку 15.10.2025

Переглянуто 05.10.2025

Опубліковано 24.11.2025

(RE)SEARCH FOR THE DOCTOR IN HEALTH POLICY

Shilman Michael

PhD in philosophy, associate Professor

Department of Theoretical and Practical Philosophy named after Professor J. B. Schad

V. N. Karazin Kharkiv National University

4, Svobody Sq., Kharkiv, 61022, Ukraine

E-mail: m.shilman@karazin.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1343-6343>

Shyrov Kyrylo

PhD Student, Educational and Scientific Institute Philosophy,

Cultural Studies, Political Science

V. N. Karazin Kharkiv National University

4, Maidan Svobody, Kharkiv, Ukraine

E-mail: kirillshyrov2@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7162-6823>

ABSTRACT

The article offers an analysis of the «position of the doctor» in the context of the healthcare system, where he acts as a trusted professional who must operate according to the principles of approved and institutionally supported models of doctor-patient relationships (DPR) in accordance with current health policy, as well as in the context of ordinary medical practice, where doctors are bound to deal directly with patients – usually abnormal, incompetent and disobedient – who always have their own ideas about «health», «the goals of medicine», «well-being», etc., and, as consumers, demand solutions to issues and problems «related to health». According to the authors, the general problem context is the uncertainty and impossibility of a monistic definition of the concept of «health», which, however, does not prevent it from occupying a central place in normative communication between doctor and patient, appearing in it as their common goal and as the subject of constructive discussions of mutually acceptable solutions for achieving it. At the same time, the «common language», which is the key to reaching agreement on the scope, methods, and expected results of medical intervention through a certain distribution of power and responsibility between the doctor and the patient, cannot be imagined as a given, ready-to-use, licensed utility, but comes from negotiations and dotted conspiracies between the doctor and a specific patient, that is, through the formation of their power relations. The latter (in terms of Foucault's micro-physics of power) are understood as special, individual, uncertain «low» tactics, which are finalized and formalized at the «upper echelons» of health policy using DPR regulatory models. Thus, a true practising physician should be understood as someone who, in each case (patient), must arbitrarily determine the level of their «power conductivity».

Keywords: *doctor-patient-relationship, public health care, goals of medicine, Foucault's micro-physics of power, concerts of the health, syncretia.*

The article was received by the editors 10.08.2025

The article is recommended for printing 15.10.2025

The article was revised 05.10.2025

This article published 24.11.2025

Як цитувати: ШИЛЬМАН, М., & ШИРОВОК, К. (2025). (ВІД)ШУКАННЯ ЛІКАРЯ У ПОЛІТИЦІ ЗДОРОВ'Я. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Філософія. Філософські перипетії», (73), 168-176. <https://doi.org/10.26565/2226-0994-2024-73-15>

In cites: Shilman, M., & Shyrov, K. (2025). (RE)SEARCH FOR THE DOCTOR IN HEALTH POLICY. The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University, Series Philosophy. Philosophical Peripeteias, (73), 168-176. <https://doi.org/10.26565/2226-0994-2024-73-15> [In Ukrainian]