

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ШЕСТЕРИКОВА ОЛЬГА АВЕНИРОВНА

**ТРАНСФОРМАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА В СОВРЕМЕННОЙ
ЕВРОПЕЙСКОЙ КУЛЬТУРЕ**

Специальность: 24.00.01 – теория и история культуры

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата философских наук

Научный руководитель: доктор философских наук, доцент
Сурина Екатерина Эдуардовна

Санкт-Петербург
2014

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	
ГЛАВА 1. Формирование и развитие медицинского дискурса классической эпохи	12
§1. Классическая эпоха: человек как объект исследования	12
§2. Антропологический статус безумия в культуре и рождение психиатрии	28
§3. Социокультурные трансформации в медицине XVII-XIX веков	41
ГЛАВА 2. Расширение границ и начало трансформации медицинских дискурсивных практик	55
§1. Романтизм в медицине: примеры ранних неклассических медицинских теорий XVIII - XIX веков	55
§2. Явления дегуманизации в медицине XIX века	67
§3. Психоанализ как область медицинского дискурса и «недовольство культурой»	79
ГЛАВА 3. Своеобразие современного медицинского дискурса	91
§1. Новые функции медицины в современной культуре	91
§2. Дробление и внутренняя дифференциация современного медицинского дискурса и попытки обретения целостности	107
§3. Трансформация ключевых понятий медицины в новоевропейской культуре	120
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	132
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	140

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Медицина как форма культуры представляет собой пересечение гуманитарного и естественнонаучного дискурсов. Благодаря тому, что предметом медицины является человек, изменения в статусе человека в естественнонаучном и гуманитарном знании той или иной эпохи находят отражение в медицинских теориях и практиках, одновременно оказывая влияние на представление о человеке в культуре в целом. Внутренняя динамика процесса формирования и трансформации медицинского дискурса, а также его антропологическая направленность, позволяют рассматривать медицинские дискурсивные практики в сопоставлении с другими формами культуры, анализируя их взаимозависимость и обусловленность. Таким образом, исследование медицины гуманитарными науками представляется изучением проблемы человека в культуре в целом.

Влияние медицины на жизнь человека современной культуры не вызывает сомнений. В наше время к медицине прибегают не только в страдании из-за ее основной функции – лечить болезнь. Она обретает новые функции и расширяет зону влияния, занимаясь вопросами качества среды обитания, вакцинацией, охраной общественного здоровья через диспансеризацию, а также принимает участие в формировании индивида по культурным запросам через «конструирования» тела при помощи косметологии, пластической хирургии и психотерапевтического воздействия. Можно констатировать, что фундаментальные переживания в жизни человека современной культуры не обходятся без медицины. Жизнь начинается и заканчивается в клинике, вытесняя культурные установки, связанные с рождением и смертью. Старость понимается в качестве болезни, а «смерть никак не интерпретируется»¹, она происходит за закрытыми дверями клиник и принадлежит исключительно медицине. Кроме

¹ Сурова Е.Э. Идентичность. Идентификация. Образ – СПб: Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2010. С. 17.

того, научная медицина оказывает влияние на статус человека в культуре, трактуя его через достижения реаниматологии, генетики и психиатрии.

Сложность и неоднозначность предметного поля медицинского дискурса, включающего в себя вопросы, связанные с человеком на пересечении этических, философских, естественнонаучных, психологических аспектов, агрессивная экспансия медицины в повседневную жизнь, открывает специфические медицинские проблемы этического свойства. Необходимость решения данных проблем выводит медицину за рамки профессионального дискурса и стимулирует обращение к гуманитарному дискурсу для их разрешения. Вопросы этического характера, связанные с развитием биомедицинских технологий, таких как трансплантология, реаниматология, а также проблемы эстетической медицины, проведения биомедицинских исследований, эвтанази обсуждаются на широких аренах СМИ.

Таким образом, учитывая возрастающую значимость медицины в современной культуре и расширение ее влияния на жизнь современного человека, изучение медицинского дискурса в рамках теоретического и исторического исследования культуры является необходимым для понимания современных культурных тенденций.

Степень научной разработанности проблемы. Предлагаемый теоретический анализ медицинского дискурса опирается на ряд исследований медицины как формы культуры.

Базовыми исследованиями являются работы М. Фуко, ставшие классическими в изучении проблем формирования профессиональных медицинских дискурсивных практик, становления психиатрии как области научного знания в рамках медицины, исследования медицины с позиции установления властных порядков, а также в разработке понятия дискурса, которое было использовано в данной работе.

Специфическое представление о человеке в эпоху Нового времени и его трансформация, методология зарождающейся европейской науки представлены в работах Р. Декарта, Ф. Бэкона, Г. В. Лейбница. Представление о человеке эпохи

Просвещения показано в работах Ж. О. Ламетри, П. А. Гольбаха. Также специфика мышления данного периода была интересно и полно рассмотрена в работе М. Хоркхаймера и Т. Адорно «Диалектика Просвещения», а также в работах Ж. Делеза и М. Хайдеггера.

Историческая линия развития медицины была разработана М. Фуко, Р. Портером и отечественным исследователем истории психиатрии Ю. Каннабихом. Теоретическое осмысление процесса становления профессиональной медицины с позиции установления властных порядков на базе исторического материала представлено в работах современных исследователей Й. Лахмунда и Ю. Шлюмбома. Работы по истории медицины М. Фридмана и Дж. Фридланда, а также работы Т. Мейер-Штейнега и отечественного исследователя Курашова В. И. предлагают рассмотрение медицины с точки зрения влияния философских концепций и также предоставляют богатый исторический материал. Также в работах М. Фуко, Й. Лахмунда и Ю. Шлюмбома большое внимание уделяется проблеме социализации медицины.

Разработку проблемы становления медицины рубежа XVIII и XIX веков можно найти в исторических работах Т. Мейер-Штейнега. Проблема дегуманизации в культуре XIX века была рассмотрена в работе Х. Ортеги-и-Гассета «Дегуманизация искусства» и использована для анализа явлений дегуманизации в медицине в контексте социокультурных изменений. Обширный материал для анализа культурной ситуации XIX века, изменения отношений человека и культуры, самовосприятия человека в культуре содержится в работах Ф. Ницше, А. Шопенгауэра, З. Фрейда, Ж. Дерриды. В данном контексте также значимыми являются работы непосредственных критиков и последователей психоанализа - Л. Бинсвангера, Э. Фромма, К. Г. Юнга, К. Ясперса, представителей антипсихиатрического движения, прежде всего - Р. Д. Лейнга, Т. С. Саса, отечественного исследователя движения антипсихиатрии О. А. Власовой и современных психоаналитиков, работающих в русле популярной литературы - К. П. Эстес и И. Ялома. Изменение статуса новоевропейского человека, кризис «индивидуализма», а также специфика

мировосприятия современного человека и ее анализ представлены в работах современного исследователя Б. Г. Соколова.

Проблемы современной культуры освящали в своих работах Г. Зиммель, Н. Элиас, Ю. Хабермас, а также представители Санкт-Петербургской философской школы Б. В. Марков, Е. Г. Соколов, Е. Э. Сурова, А. Е. Радеев, Дементьева Е. В. и др. В разработке концепции своеобразия медицинского дискурса эпохи постиндустриального общества базовыми явились работы Р. Барта, Ж. Бодрийяра, Ж. Делеза и Ф. Гваттари, ставшие классическими, а также работы по истории сексуальности и проблемам пола таких авторов как М. Фуко, Ю. Эвола, Э. Фромм, И. С. Кон, Г. Л. Тульчинский.

Теоретический анализ проблемы боли и ее трансформации в культуре представлены в статьях и монографиях Г. Р. Хайдаровой и работе А. Ю. Ветлесена «Философия боли». Современные исследователи и теоретики медицины достаточно полно в своих работах осветили проблемы на пересечении медицинских, этических, экономических, религиозных и юридических вопросов. Среди них – отечественные исследователи Б. Г. Юдин, И. В. Силуянова, В. В. Коновалов и Е. И. Кириленко, рассматривающая медицину как феномен культуры в опыте гуманитарного исследования.

Эмпирической базой, помимо исторических материалов и медицинских текстов, приведенных в исторической литературе и первоисточниках, явились ресурсы сети Интернет, в частности медицинских сайтов, Санкт-Петербургского холистического общества и других.

Таким образом, исследуя степень разработанности проблемы, необходимо заключить, что приведенные работы по истории медицины, философскому осмыслению рассматриваемых периодов развития культуры, являются методологической, теоретической и эмпирической базой, на основе которой стало возможно рассмотрение трансформации медицинского дискурса в европейской культуре от классического периода его становления до наших дней и его теоретическое осмысление.

Объект исследования настоящей работы - медицинский дискурс, под которым понимается специфический медицинский язык, теории и практики, сформировавшиеся на его базе, а также культурное поле профессиональной медицины в целом, претерпевшее значительную трансформацию от эпохи Нового времени до наших дней.

Предмет исследования – трансформация медицинских дискурсивных практик от классического периода до современности.

Цель исследования – выявить ключевые тенденции трансформации медицинского дискурса в современной европейской культуре.

Для достижения поставленной цели было необходимо решить следующие задачи:

- определить фундаментальные характеристики классического медицинского дискурса при помощи анализа философских учений, оказавших влияние на становление методологии европейской науки;

- рассмотреть процесс расширения проблемного поля медицины с включением в него психиатрии как науки, сформировавшейся на основе естественнонаучной методологии с опорой на эмпирические исследования и их рациональное осмысление;

- проанализировать процесс социализации медицинских дискурсивных практик через распространение госпитальной медицины, явлений медиализации и дегуманизации;

- показать трансформацию медицинского дискурса XIX века в контексте критических настроений культуры в эпоху романтизма и под влиянием иррационалистических, эволюционных и позитивистских теорий;

- выявить черты современного медицинского дискурса через анализ изменения взгляда исследователя, трансформацию ключевых понятий медицинского дискурса, имеющих экзистенциальное измерение, и изменение функций медицины;

- показать, что трансформация медицинского дискурса является репрезентантом социокультурных изменений.

Теоретические и методологические основания исследования. В основу диссертационного исследования положен историко-теоретический метод исследования, который позволил создать целостную концепцию формирования, развития и трансформации медицинского дискурса в исторической перспективе, проанализировать эмпирический материал, а именно – исторический материал, медицинские теории, тексты и материалы медицинских сайтов.

Применение компаративного подхода дало возможность рассмотреть трансформацию медицинского профессионального дискурса в исторической перспективе и сопоставить данные изменения с процессами, происходящими в европейской культуре в целом.

При помощи аксиологического подхода было проанализировано изменение ценностных ориентиров в медицинском дискурсе.

Также была использована культурологическая методология и общепhilosophические методы (анализ, синтез и др.).

Для сопоставления медицины как отдельной культурной формы с общими культурными тенденциями был использован системный подход.

Научная новизна работы. Научная новизна данного исследования определена тем, что проведен комплексный анализ трансформации медицинского дискурса европейской культуры от эпохи Нового времени и Просвещения до современности. Медицинский дискурс рассмотрен в качестве репрезентанта культурных изменений, как на методологическом уровне, так и на этических, антропологических и идеологических уровнях, входящих в пространство культурного поля медицины. Кроме того

- исследовано формирование и развитие европейского медицинского дискурса в сопоставлении с философским дискурсом XVII – XIX веков в культурно-исторической перспективе;
- выделены основные социокультурные факторы, повлиявшие на особенности развития европейского медицинского дискурса;

- определены ключевые тенденции трансформации европейских медицинских дискурсивных практик в контексте общих социокультурных изменений от XVII века до современности;
- проведено теоретическое исследование проблем современного медицинского дискурса и прослежены основные причины усиления влияния медицины на фундаментальные сферы существования человека современной европейской культуры.

Основные положения, выносимые на защиту. На защиту выносятся следующие положения и выводы, отражающие новизну данного исследования.

1. Европейский медицинский дискурс формируется на основе философского дискурса XVII - XVIII веков. Ключевыми характеристиками медицинского дискурса данной эпохи, понимаемого как классический, выступают факторы, отраженные в философских сочинениях, – рационализм и опора на эмпирические данные.

2. Трансформация медицинского дискурса происходит в перспективе изменения статуса человека в культуре. Материалистическое понимание человека, отраженное в философских сочинениях эпохи Просвещения, приводит к включению в медицинский дискурс проблемы душевных заболеваний.

3. В процессе развития европейская медицина демонстрирует шаткое равновесие между теорией и эмпирией, физиологией и метафизикой. Теории, склоняющиеся к классической методологии естественных наук, формируют специфическое «анатомическое мышление» в медицине. Критические настроения в культуре эпохи романтизма приводят к возникновению «неклассических» теорий, опирающихся на философские концепции. Иррационалистические, позитивистские и эволюционные теории XIX века оказывают влияние на развитие медицины и стимулируют процессы дегуманизации в культуре.

4. В культурно-исторической перспективе XVIII – XIX веков и до современности отчетливо прослеживается тенденция к расширению медициной властных полномочий и «утрате пациента» в качестве индивидуальности в условиях госпитальных учреждений. В качестве маркеров процессов

дегуманизации в культуре XIX века выступает медицинская теория френология, а также психоанализ, утверждающий детерминированность психических процессов.

5. Ключевыми характеристиками современного медицинского дискурса является фрагментарность и «углубление взгляда» врача или исследователя, что сопоставимо с восприятием реальности человеком современной культуры. При этом современная медицина не теряет связь с классической эпохой через методологию. Своеобразной культурной компенсацией и попыткой обретения «целостности взгляда» выступает биоэтика и распространение психосоматических теорий, холистических практик и гомеопатии.

6. Кризисные явления современной культуры сообщают медицине новые функции и дополнительные возможности для влияния. Наиболее востребованной областью медицинского дискурса становится пластическая хирургия, формирующая тело, согласно параметрам, задаваемым современной культурой, что порождает проблемы психологического и этического свойства.

7. Трансформация в новоевропейской культуре ключевых медицинских понятий, имеющих экзистенциальное измерение, таких как боль, здоровье, болезнь, смерть, размывание их семантических границ благодаря достижениям современной научной медицины вызывает ряд этических вопросов. Необходимость привлечения гуманитарного дискурса для их решения демонстрирует внутреннюю кризисность медицины и обнаруживает тенденцию к дальнейшему росту ее влияния в современной культуре.

Практическая значимость исследования.

Сформулированные в исследовании выводы могут быть использованы при разработке лекционных курсов, связанных с теорией и историей культуры, а также историей медицины, культурологией, биоэтикой. Результаты исследования могут быть востребованы для составления учебных пособий и справочных материалов, в первую очередь, для медицинских вузов, но также и других учебных заведений, по гуманитарным дисциплинам. Помимо этого, результаты данной работы могут вызвать интерес у медиков и всех, интересующихся медициной в контексте проблем современной культуры.

Апробация работы.

Материалы данного диссертационного исследования обсуждались на кафедре культурологии философского факультета СПбГУ. Результаты исследования по данной теме были представлены в сборниках материалов 5 научно-практических конференций с международным участием и применялись автором при подготовке лекционных курсов и семинарских занятий по философии, культурологии и биоэтике в СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

По теме диссертации были опубликованы работы в научных изданиях, в том числе в изданиях, рецензируемых ВАК.

Структура работы. Структура и объем диссертации отвечают целям и задачам исследования. Работа состоит из 3 глав, объединяющих 9 параграфов, введения, заключения и списка используемой литературы.

ГЛАВА 1. ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА КЛАССИЧЕСКОЙ ЭПОХИ

§1. Классическая эпоха: человек как объект исследования

С классической эпохой обычно связывают становление клинической медицины, под которой понимают систему медицинских знаний, используемых для диагностики, и метод, позволяющий собрать данные для постановки диагноза и осуществить лечение при непосредственном наблюдении больного. В данной части работы предстоит определить основные черты медицинского дискурса, которые следует признать «классическими», сложившиеся с XVII – по XVIII век, в т. н. «классическую эпоху», и выявить основные тенденции его развития.

Можно утверждать, что медицина эпохи античности или средневековья не может называться клинической ввиду отсутствия общей «клинической базы» или, иными словами, профессионального пространства медицины, выраженного дискурсивно. Формирование клинической базы представляет собой основу медицинского дискурса, под которым следует понимать профессиональный язык медицины, пространство которого рождает медицинские теории и практики, объективируя в них дискурсивное поле и одновременно откликаясь на их трансформацию. Процесс формирования дискурсивного поля медицины, на основе которого выстраивается культурное пространство, организуется и функционирует в соответствии с общими тенденциями культурной эпохи.

Процесс формализации знания и формирования научных систем традиционно относят к периоду Нового времени и эпохи Просвещения. Медицина также развивается в общем русле научного естествознания, опираясь на его методологию, и одновременно – на представление о человеке, диктуемое эпохой и

нашедшее свое отражение в философии. Профессиональное поле медицины, как и других естественных наук, складывается на базе философского дискурсивного поля, презентующего выстраивание субъектно-объектных отношений между познающим субъектом и познаваемым объектом. Выстраивание субъектно-объектных отношений в строгой оппозиции человека и мира, а также - врача и пациента или врача и болезни характерно для данного периода европейской культуры. Философские трактаты Нового времени фиксируют глубинные изменения в восприятии человеком окружающего мира, которое можно определить как противопоставление исследователя изучаемому объекту и одновременно определение объектом изучения *себя*, что ставит *самого* человека под прицел пристального внимания науки. Человек, помещая себя в качестве объекта изучения в клинику или лабораторию, делает возможным стремительное развитие научного знания, построение новой картины мира и, соответственно, формирует новую парадигму мышления. Эта парадигма, опирающаяся на *ratio* (лат. - разум) и *ἐμπειρία* (греч. - опыт) в отличие от опоры на умозрительные представления античности и средневековья дает основания европейской науке в целом и клинической медицине в частности.

Путь клинической медицины от ее зарождения можно расценивать как поступательное движение, целью которого является улучшение человеческого жизнеустройства и продление жизни. Специфический профессиональный язык, легший в основу профессионального сознания медицины, обнаруживаемый в первую очередь в речевой практике и запечатленный в медицинских текстах, складывается в процессе этого движения, предполагая устройство особого опыта сознания, в данном случае - медицинского сознания, сформировавшегося на поле функционирования языка.

По мнению М. Фуко, «современная медицина считает датой своего рождения последние годы XVIII века»². До этого времени невозможно говорить о целостном систематизированном медицинском знании: предшествующие эпохи предлагали медицинские теории и школы, опирающиеся на индивидуальный

² Фуко М. Рождение клиники. Пер. с фр. - М.: Академический Проект, 2010. С. 9.

опыт. Согласно М. Фуко, чтобы зафиксировать начало процесса формирования медицинского дискурса следует «постигнуть момент речевой мутации», т. е. вернуться назад, на этап изменения в отношениях «слова-вещи», и проследить их объективацию в культурной надстройке, в данном случае – в медицинских теориях и практиках. Соответственно, чтобы прикинуть в процесс зарождения медицинского дискурса, следует произвести «археологические раскопки», выявляя причины возникновения медицинского дискурса, фиксируя момент «готовности» культуры для его порождения, обратиться к XVII веку, когда закладывались его специфические черты, имеющие общий характер с другими научными формациями, т. е. те черты, которые следует признать классическими.

В начале эпохи Нового времени философия стоит у истоков естественных наук. Фундаментальные философские системы несут в себе след увлечения медициной своих создателей и осуществляют вклад в зарождающуюся клиническую медицину в соответствии с представлениями о строении и функционировании человеческого тела. Новое время выстраивает механистическую картину мира на фоне развития механики и отсюда достаточно распространенное понимание человеческого тела как машины, запускаемой Богом и управляемой душой, мыслящей субстанцией.

Ключевой перелом в отношении человека к себе самому и начало выстраивания субъектно-объектных отношений человека по отношению к себе как объекту изучения, на базе которого происходит накопление и систематизация опыта, фиксируется Декартовским «*cogito ergo sum*». Предлагая восхождение знания от *cogito* – мыслящего субъекта – Декарт проводит тем самым с математической точностью жесткую демаркационную линию между *душой* и *телом*. Называя себя «мыслящею вещью», он приходит к выводу об управлении собственным телом мыслящей субстанцией, подобно тому, как управляют машиной. Итак, человек, мыслящая вещь, это очевидная и непреложная истина, поскольку только наличие мысли, выражающееся в сомнении, вопрошании и прочих формах мыслительной деятельности можно утверждать с достоверностью, и мыслящая субстанция – человек, делает свое тело объектом наблюдения.

Немецкий социолог Норберт Элиас отмечает, что Декартовское «*cogito ergo sum*» зафиксировало тенденцию в европейской культуре к постепенной внутренней обособленности человека от социума, когда «произошел акт выделения себя при наблюдении других и самого себя»³. Рост городов, стремительное развитие науки делает жизнь человека относительно комфортной и безопасной, что снижает потребность в коллективе для решения практических жизненно-важных вопросов, стимулируя процесс индивидуализации и замыкая человека на себе. Европейский человек получает привычку к саморефлексии, причем не сократовской и не христианской, этического характера, уводящих человека в анализ собственных поступков. Выстраивание субъектно-объектных отношений между человеком и миром видно в «Рассуждении о методе» Р. Декарта. Утверждая «мыслю, следовательно, существую» как первый принцип философии, Декарт постулирует субъектно-объектные отношения между мыслящим субъектом и всем, что попадает в поле его рефлексии, через сомнение, не исключая и собственное сознание. Так, Декартовское *cogito* маркирует начало формирования взгляда исследователя, стремящегося к максимальной объективности, непредвзятости и контролю над объектом, в данном случае над собой самим. Соответственно этому снижается этическое напряжение, при этом христианская церковь, согласно Хайдеггеру, «перетолковывает свое христианство в мировоззрение»⁴.

Философия фиксирует изменения в мышлении данного периода, одновременно распространяя свое влияние на развивающуюся науку, закладывая основы дискурсивных практик научных систем. Если рассматривать систему Декарта в качестве основы для формирования научного представления о человеке данной эпохи, то неизбежно придется прибегнуть к упрощению. Необходимость такого шага диктуется противоречивостью самой системы. С одной стороны, мы получаем схему, тяготеющую к механистическому объяснению, с другой – возникающие сложности приводят к необходимости универсальной фигуры,

³ Элиас Н. Общество индивидов. Пер. с нем. - М.: Праксис, 2001. С. 149.

⁴ Хайдеггер М. Время картины мира. Время и бытие. М.:1993. С.52

запускающей механизм, под которым понимается человеческое тело, и наличие «животных духов», занимающих промежуточное положение и снимающих возможные противоречия между духом и материей в устройстве живого организма.

Согласно Декарту, восприятия тела гораздо более сложны, чем восприятия души, тело постигается через ощущения, которые не однозначны и субъективны, но только человеческий дух прост и может служить опорой для объективного знания. Следовательно, тело гораздо сложнее духа, благодаря сложности чувственных восприятий, и может быть постигнуто исключительно разумом⁵. «Он (человек) будет рассматривать это тело как машину, которая, будучи создана руками Бога, несравненно лучше устроена и имеет в себе движения более изумительные, чем любая из машин, изобретенных людьми»⁶. Человеческое «тело, как машина», изучаемая сторонним наблюдателем, самим же носителем тела, становится объектом исследования зарождающейся медицинской науки.

Душа, по Декарту, находится в головном мозге, куда поступают все ощущения через нервы, снабжающие тело. Наличие фантомных болей, т. е. болей, которые мнимо ощущаются в конечности, отнятой в результате ампутации, доказывают автономность тела от душевных переживаний. Декарт приводит пример случая из медицинской практики в качестве доказательства нахождения души *не в теле* (в данном случае – не в ампутированной руке), а именно в мозге⁷. Сложная связь тела с душой объясняется следующим образом: «Я замечаю также, что душа получает непосредственно впечатления не от всех частей тела, но только от мозга или даже, может быть, от одной из его мельчайших частиц, именно от той, в которой действует способность, называемая общим чувством»⁸. Для объяснения, не укладывающегося в данную схему феномена тонкой иннервации организма, предлагаются «животные духи», которые оказываются необходимыми для объяснения необъяснимого: если утверждать, что телом руководит душа (или

⁵ Декарт Рене. Метафизические размышления // Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 92.

⁶ Декарт Рене. Рассуждение о методе для хорошего направления разума и отыскания истины в науках // Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 78.

⁷ Декарт Рене. Начала философии // Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 279-280.

⁸ Декарт Рене. Метафизические размышления // Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 142.

человеческий дух), то как объяснить, что «только что отрубленная голова шевелится», а обезглавленное тело сотрясают конвульсии? Декарт пишет: «Наконец, что всего замечательнее во всем этом, так это образование "животных духов" (spirits animaux); это как бы легкий ветерок, или, вернее, пламя, очень чистое и очень живое, которое, непрерывно поднимаясь в большом избытке от сердца к мозгу, устремляется оттуда по нервам в мускулы и приводит в движение все члены»⁹. Тем не менее, при сложности телесного устройства, управляемого разумом и «животными духами», согласно Декарту, «душа имеет природу совершенно независимую от тела»¹⁰, что не исключает сложного и до конца не проясненного их взаимодействия. «Природа учит меня также, что я не только присутствую в своем теле, как моряк присутствует на корабле, но этими чувствами — боли, голода, жажды и т.п. — я теснейшим образом сопряжен с моим телом и как бы с ним смешан, образуя с ним, таким образом, некое единство... Ибо, конечно, ощущения жажды, голода, боли и т. п. суть не что иное, как некие смутные модусы мышления, происходящие как бы от смешения моего ума с телом»¹¹.

Взгляд человека на свою биологическую природу с позиции отчуждения, необходимого для субъектно-объектных отношений, становится в эпоху Нового времени фундаментом научного дискурса. В качестве универсального метода познания Декарт предлагает метод дедукции, движение рассуждения от общего к частному, от сложных систем к простым составляющим и далее — от простого к сложному для решения конкретных задач, при том, что за истину полагается то, что дано в очевидности, ясности и простоте. Общее направление взгляда исследователя, который дает возможность построить массив науки в Новое время и медицины в частности обрисовывается как стремление к определению простейшей частицы в качестве точки отсчета. При этом, направление взгляда, «высвечивающего» скрытые, «затемненные» частицы при восхождении от простого к сложному, понимаемому как конструктор из мельчайших частиц,

⁹ Там же. С. 47.

¹⁰ Там же.

¹¹ Декарт Р. Размышления о первой философии, в коих доказывается существование бога и различие между человеческой душой и телом. - М.: «Мысль», 1994. Соч в 2-х т. Том 2. С. 65.

закладывает основу европейской науки и задает направление ее развития через формирование научного стиля мышления, существующего до наших дней. Данное направление взгляда исследователя, постулированное Декартом в его сочинениях, следует признать классическим, как легшее в основу медицинского дискурса и сохранившее свою актуальность в современных исследованиях.

На необходимость сбора эмпирических данных, которые служили бы основанием для научного знания и строгих критериев полезности деятельности науки, указывает другой мыслитель эпохи, Френсис Бэкон. В «Новом Органоне» Бэкон пересматривает предшествующий научный опыт, опирающийся на умозрительные заключения и не имеющий практической направленности. Основные претензии Бэкона к предшествующей науке таковы: «До сих пор опыт (ибо к нему мы теперь всецело должны обратиться) или совсем не имел основания или имел весьма ненадежное. До сих пор не было отыскано и собрано изобилие частных, способное дать разуму знание, в какой бы то ни было мере достаточное по своему количеству, роду, достоверности»¹². Таким образом, можно увидеть, как, согласно Бэкону, в начале своего восхождения европейская наука занимается наблюдениями, собирает опыт, и обрабатывает его, выстраивая сложную упорядоченную структуру, согласно указанному методу Декарта.

В эту систему координат попадает человеческое существо, т. е. *тело*, становясь объектом наблюдения, обеспечив эмпирическим материалом основание новой физиологии, рассматривающей человека исключительно с позиции математики и механики. Так появляется первая система кровообращения животных, предложенная Уильямом Гарвеем в 1627 году, за которой стоят множественные исследования и вивисекции. «Движение крови через легкие и сердце, так же как и всему остальному телу, происходит силою пульсации желудочков, что, проходя незаметно (для наблюдения) в вены и поры мягких частей, кровь затем самостоятельно оттекает через вены от периферии к центру, от меньших вен к большим, и оттуда, наконец, через полую вену проходит в сердечную трубку... Необходимо сделать заключение, что кровь в организме

¹² Бэкон Ф. Новый Органон. ОГИЗ-СОЦЭКГИЗ. Ленинградское отделение, 1935. С. 166.

животного разносится круговым образом»¹³. Гарвей описывает систему кровообращения как сложный механизм в противовес распространенному мнению со времен Гиппократ и Галена, что кровь образуется из пищи и распространяется по венам. И хотя «животные духи» еще полностью не изгнаны из предлагаемых теорий и на них будут ссылаться вплоть до эпохи Просвещения, объясняя таким способом видимые противоречия органических проявлений, именно наблюдения при вскрытиях и вивисекциях будут являться определяющими в понимании телесных функций.

Декартовская классификация наук, ставящая в основание любых научных изысканий философию (которая подобна дереву с корнями — метафизикой, стволом — физикой и ветвями — всеми прочими науками, сведенными к трем главным — этике, механике и медицине)¹⁴, достоверно показывают место медицины в системе наук и ее генеалогическую связь с философией. Пересечение медицинского и философского дискурса играет амбивалентную роль в истории медицины. С одной стороны, классическая научная система предполагает стройную механистическую картину строения организма, основанную на учениях Декарта, Бэкона и др., с другой — философское мышление, склонное к поиску универсальных причин заболеваний побуждает к открытию общих законов функционирования организма с указанием универсальных причин заболеваний. Такой подход уводит врачей от практической деятельности, относит медицину назад, к Гиппократу и Галену, к гуморальной теории о равновесии жидкостей в организме с той только разницей, что теперь равновесие выражается по законам естественных наук - химически или физически¹⁵.

Позиция ятрохимиков (от др.-греч. *ιάτρος* — врач), пытающихся при помощи описания химических процессов разгадать тайну болезни, оказывается чрезвычайно популярной, поскольку имела свои основания в учении Гиппократ и Галена о жидкостях, определяющих состояние здоровья организма. Согласно Францу де ла Бое Сильвиусу (Жаку Дебуа), основателю этой школы, состояние

¹³ Цит. по Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 6-7.

¹⁴ Декарт Рене. Начала философии // Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 1458.

¹⁵ Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 12.

организма зависит от баланса кислых и щелочных продуктов в жидкостях организма. Дисбаланс приводит к сбою в работе основных функций тела, который лечится путем введения кислот или щелочей до восстановления правильных соотношений и, выздоровления¹⁶. Основатель школы ятрофизиков Санторио Санторио (латинизир. Санкториус), предлагает описание системы пищеварения согласно физическим законам, используя для своих исследований весы, измерители пульса, гигрометры, термометры и прочие инструменты. Санкториус обнаруживает определенное сходство взгляда на человеческий организм с ятрохимиками, определяя свою задачу, как выяснение отношений введенных в организм веществ и выделенных организмом, при этом полностью проследив путь их превращения¹⁷.

Позиции этих школ первой половины XVII века, берущих начало от античности, но тяготеющих к строгому (математическому) выражению античных теорий, маркируют попытку медицины выйти на уровень рассмотрения болезни в качестве объекта исследования. При этом, как в античности, ведется поиск причины *болезни как таковой*, универсальной болезни, но теперь ее математической формулы. Конкретный возбудитель заболевания становится полноправным объектом исследования с открытием клетки в XIX веке и уходом медицины в лабораторию.

Как видно, в XVII веке в медицинском дискурсе идет поиск шаткого равновесия между теорией и эмпирией, индукцией и дедукцией, делаются попытки выхода на уровень рассмотрения болезни с точки зрения науки, а не мыслительных спекуляций. Подобные исследования делают необходимым техническое оснащение, которое «уводит» врачей от койки больного. Например, Санторио работает в сконструированном им самим «опытном ящике» над разгадкой обмена веществ в течение тридцати лет, проводя наблюдения как над больными так и над собой самим¹⁸. Задачи медицины выглядят и как оказание помощи больному и как исследование телесного устройства, обнаруживая

¹⁶ Там же. С. 13.

¹⁷ Там же. С. 15.

¹⁸ Там же. С. 16.

двойственность устремлений. Таким образом, двойственность направления исследования – лабораторного и клинического обозначается в момент зарождения профессионального дискурса. Возвратом врачей из кабинетов ученых к койке больного к обретению относительного равновесия между теоретическими установками и результатами наблюдений медицина XVII века обязана Томасу Сиденхему, по признанию современников - «английскому Гиппократу». В учении Сиднема гармонично согласовываются теоретические положения и практическое их применение. Представляя болезнь в виде борьбы, происходящей в теле больного, Сиднем сосредотачивает внимание на причинах возникновения болезни и одновременно на наличие целительной силы в организме больного. Соответственно задачей врача, согласно Сиднему, является активизация целительных сил либо их подавление, если «природой как бы избран ложный путь»¹⁹.

Школа ятрохимиков и ятрофизиков маркирует переломный момент в формировании медицинского знания. Учения, тяготеющие к античному представлению о физиологических процессах в организме, имеющие в себе много от алхимии, но демонстрирующие попытки подвести под эти представления эмпирические основания, говорят о противоречивости самой эпохи и трудностях в поиске оснований для научного знания. Однако путь уже выбран и позиция субъектно-объектных отношений позволяет человеку определить собственное тело как часть природы, сделать его изучаемым объектом. Согласно Бэкону, «если множество и как бы войско частных столь велико и в такой степени рассеяно и разбросано, что смущает разум и сбивает его с пути, то не следует ожидать добра от неожиданных нападений и легких движений и перебежек разума, пока посредством удобных, хорошо расположенных и как бы живых таблиц не будут установлены порядок и стройность в том, что относится к исследуемому предмету, и пока ум не обратится к помощи этих заранее приготовленных и систематизирующих таблиц»²⁰. Классифицирующее мышление, приводящее

¹⁹ Там же. С. 20.

²⁰ Бэкон Ф. Новый Органон. ОГИЗ-СОЦЭКИЗ. Ленинградское отделение, 1935. С. 168-169.

накопленные знания в упорядоченную систему, которое презентует Бэкон в своем сочинении, стимулирует появление первых нозологических таблиц, систематизирующих эмпирические наблюдения и результаты анатомических исследований. Данные таблицы составят клиническую базу, выстраивая по мере своего развития дискурсивные практики медицины.

Данные таблицы предполагают выяснение строгих соответствий между симптомом и болезнью. Как пишет Фуко, в XVIII веке «установилась новая связь, заставляющая *видеть* и *говорить*»²¹, т. е. проявить в языке связь видимого и невидимого. «*Говорить*» можно рассматривать как непосредственную фиксацию опыта, описание увиденного. Фуко отмечает совпадение *видеть* и *говорить* в XVIII веке, в тот краткосрочный период, когда медицина была полностью согласована с патологической анатомией, и основным методом естественных наук являлось наблюдение. Именно этот период, век спустя после Декарта, Фуко относит к рождению клинической медицины, и называет это время «эпоха, маркирующая господство взгляда»²², эпоха совпадения «видеть и говорить». Данная эпоха предполагает взгляд врача, согласно которому существует один признак, соответствующий одному симптому, сводимому к одной болезни, и который постепенно превращается во «взгляд-калькулятор» по мере накопления признаков и систематизации лечебного опыта в таблицы, рекомендованные Бэконом. Этот взгляд должен схватить тончайшие нюансы изменения картины болезни, а также оценить шансы врачебного вмешательства. Взгляд врача действует по-новому, благодаря появлению новых объектов или появления новых «вещей», изменяющих отношение между «словами» и «вещами» в медицинском дискурсе. Постепенно мы можем наблюдать разведение слова и взгляда, поскольку взгляд врача проникает в обширное поле симптомов и знаков, разобраться в которых возможно только при помощи выявления закономерностей развития болезни.

²¹ Фуко М. Рождение клиники. Пер. с фр. - М.: Академический Проект, 2010. С. 9.

²² Там же.

Классификация сложных отношений, при непостоянстве симптоматики, метаморфозах самой болезни, которые ее частично преобразуют и делают практически не улавливаемой для строгого анализа, становится возможным при мысленном устранении больного как индивида. Поиск источника заболеваний в образе жизни, окружении, предрасположенности и прочих субъективных составляющих становится излишним. «Господство взгляда» предполагает наличие эмпирических оснований для заключения, что определяет развитие патологической анатомии, на основании которой строится нозология, наука, изучающая и классифицирующая болезни.

Развитие клинической медицины в целом проходит на основании патологической анатомии, что с неизбежностью устраняет индивидуальность пациента. В античную эпоху или эпоху средневековья врачебная практика предполагала тесный психологический контакт с больным и его окружением для исследования сторон его частной жизни, могущей повлиять на развитие заболевания. Теперь, как поэтически говорит Фуко, «болезнь отрывается от метафизики страдания, которому на протяжении веков она была родственна, и обретает в наблюдаемости смерти законченную форму, где ее содержание проявляется в позитивных терминах»²³. Патологическая анатомия демонстрирует законченную форму болезни и, соответственно накопленному материалу, на заре медицинской науки лечат исключительно «тело как машину», теряя при этом целостность картины болезни в угоду все более тонкой классификации. Проникая в пространство болезни, взгляд врача попадает в таблицу, созданную предшествующим клиническим опытом. В конечном итоге вместо больного врач получает набор симптомов и таблиц в качестве системы координат, определяющей нахождение болезни и ее математическую формулу.

Обогащение эмпирической базы делает необходимость анализа и теоретического осмысления. Направление в медицине, тяготеющее к теоретическому осмыслению накопленного эмпирического материала следует соотнести с философией Лейбница, озвучившего в предустановленной гармонии

²³ Там же. С. 236.

и свойствах монад назревающую тягу к целостности восприятия разрозненных вещей. Согласно Лейбницу, «люди, поскольку последовательность их восприятий определяется только памятью, действуют как неразумные животные, уподобляясь врачам-эмпирикам, обладающим только практическими сведениями, без теоретических; и в трех четвертях наших поступков мы бываем только эмпириками; например, мы поступаем чисто эмпирически, когда ожидаем, что завтра наступит день, потому что до сих пор так происходило всегда. И только астроном судит в этом случае при помощи разума»²⁴. О сопоставлении теории и эмпирии гласит следующий пассаж: «Есть также два рода истин: *истины разума* и *истины факта*. Истины разума необходимы, и противоположное им невозможно; истины факта случайны, и противоположное им возможно. Основание для необходимой истины можно найти путем анализа, разлагая ее на идеи и истины более простые, пока не дойдем до первичных»²⁵. Здесь очевидно предпочтение теоретическим измышлениям и одновременно указание на необходимость движения к простым составляющим в духе Декарта. Не снимая рассмотрение тела в качестве механизма или машины, но определяя соотношение отдельных его частей как следствие предустановленной гармонии, Лейбниц отказывает человеческому разуму в легком постижении конечной истины: «И, следовательно, всякое тело чувствует все, что совершается в универсуме, так что тот, кто видит, мог бы в каждом теле прочесть, что совершается повсюду, и даже то, что совершилось или еще совершится, замечая в настоящем то, что удалено по времени и месту; все дышит взаимным согласием, как говорил Гиппократ. Но душа может в себе самой читать лишь то, что в ней представлено отчетливо; она не может с одного раза раскрыть в себе все свои тайны, ибо они идут в бесконечность»²⁶. Таким образом, согласно Лейбницу, «всякое органическое тело живого существа есть своего рода божественная машина, или естественный автомат, который бесконечно превосходит все автоматы искусственные»²⁷. В каждой составляющей машины сотворенной Богом — заключены все качества

²⁴ Лейбниц Готфрид Вильгельм. Сочинения в четырех томах. Том 1. - М.: «Мысль», 1982, с. 413 — 429.

²⁵ Там же.

²⁶ Там же.

²⁷ Там же.

целого, в то время, как часть машины, созданной человеком — это всего лишь ее часть, не имеющая свойств целого механизма. Не механическая машина, а «божественная машина», таким сложным взаимодействием сопрягаются душа и тело: «Эти положения дали мне средство объяснить естественным образом соединение, или, скорее, согласие, души с органическим телом. Душа следует своим собственным законам, тело также своим, и они соотносятся в силу гармонии, предустановленной между всеми субстанциями, так как они все суть выражения одного и того же универсума»²⁸. В приведенных отрывках можно наблюдать попытку философского обоснования «сопряжения» духовного и телесного, открытия «подвижной» границы между ними, их взаимообусловленности. «Божественная машина» Лейбница указывает на связь души и тела через «предустановленную гармонию», размыкая границы рефлексии о «теле как машине» Декарта. Это маркирует новый фокус взгляда исследователя, открывает перспективы «тонкого», не механистического истолкования отношений души и тела, а, соответственно, - перспективы включения области душевного в материалистическое пространство телесного.

Новое время формирует основу европейской научной парадигмы, яркое развитие которой приходится на эпоху Просвещения, когда усиливаются тенденции, сформулированные мыслителями XVI –XVII веков. Человек, выделяя себя из природы, постулирует собственную исключительность, утверждать которую дает право наличие *знания*. Бэконовское «Знание – сила» подчеркивает утилитаристский характер науки, при этом указывая конкретные цели, выраженные в утверждении счастья, комфорта и социальной справедливости. Науки «стягиваются» в единую систему, согласно тому, как «множественность форм сводится к их местоположению и распорядку, история - к факту, вещи - к материи»²⁹. Участь всех вещей постигает и человека, который упрочивает свое местоположение на вершине природной иерархической лестницы.

²⁸ Там же.

²⁹ Хоркхаймер М., Адорно Т. В. Диалектика просвещения. Философские фрагменты. "Медиум" "Ювента". М., С-Пб., 1997. С. 20.

Трактаты доктора медицины Жюльена Онофре де Ламетри «Человек-машина», «Человек-растение» снимают покров мифологии и таинственного ореола с человеческого существа. «Расколдовывание мира», присущее программе Просвещения³⁰, представляется необходимым, так как европейская культура уже знает вслед за Беркли и Юмом о возможном несовпадении видимого и сущего, понятия и вещи или по Фуко – «обозначаемого и обозначающего». Снять покров - это то же самое, что проникнуть в суть вещей, дойти до обозначаемого в утилитарных целях, т. к. «единственно чему хотят научиться люди у природы, так это тому, как ее использовать для того, чтобы полностью поработить и ее, и человека»³¹.

Утверждение Адорно и Хоркхаймера о том, что «Просвещение выжигает даже последние остатки чувства собственного достоинства»³², выглядит парадоксальным наряду с утверждением примата разума и высокого положения человека по критерию его разумности. «Расколдовывание» человека, снимает покров, заданный христианством, и заходит настолько далеко, что мыслители, подобные Ламетри, вызывают бурю негодования у современников. В начале трактата «Человек-машина» Ламетри заявляет, что предпочитает душу, «сделанную из грязи», но способную к познанию, душе «глупой и тупой», хотя бы и сделанной из самых драгоценных элементов»³³. Однако, «человек-машина» Ламетри еще менее механистична - это, скорее, природная, биологическая «машина». Ламетри говорит о связности животного и растительного мира с природной сущностью человека, утверждает наличие Творца при бесполезности культа³⁴ и позволяет себе «препарировать» человеческое существо как любое животное, не заботясь о благолепии читателя. Взгляд исследователя становится более изощренным, больше озвучено вопросов, только ожидающих ответа, тон повествования становится провокационным, система координат становится

³⁰ Там же. С. 16.

³¹ Там же. С. 17.

³² Там же.

³³ Ламетри де Жюльен Онофре. Человек-машина. М., С-Пб., 1997. С. 194.

³⁴ Там же. С. 223.

сложнее и изысканнее: человек вписан в природу и соответственно живой природе не отказано в наличии зачатков разума.

«Путь человека к науке Нового времени пролегает через отречение от смысла. Понятие заменяется тут формулой, причина - правилом и вероятностью»³⁵. Можно продолжить – так происходит постепенное отречение медицины от философии в процессе поиска формул и правил в качестве основания фундамента науки. Взгляд стремится к разгадыванию тайны порядка в человеческом организме в сопоставлении с порядком мироздания. Видно, как стремление к упорядочиванию эмпирического материала в представлении человека о мире остается главенствующей тенденцией, но при этом прядок математический сменяет порядок сообразования частей с мировым целым. Анализируя эпоху Нового времени, М. Хайдеггер пишет: «Как только, однако, гигантизм планирования, расчета, организации, обеспечения превращается из количества в собственное качество, именно тогда гигантское и, казалось бы, сплошь и всегда подлежащее расчету становится расчету неподдающимся»³⁶. «Неподрасчетность» усиливается к концу рассматриваемой эпохи, высвобождает разум из жесткого противопоставления субъекта и объекта, совпадения «обозначающего и обозначаемого», открывает пространство для парадоксальности, недосказанности и критики, не теряя связь с предшествующей эпохой. Культурное поле медицины обнаруживает склонность к расширению, маркирует изменения культурных представлений о человеке, высказанных в философии Просвещения.

Таким образом, медицинский дискурс и культурное поле медицины формируются на основе философского дискурса. Массив накопленного знания, подвергающийся упорядочению и систематизации, его верификация анатомическими исследованиями, стремление к опоре на эмпирические данные при теоретическом их осмыслении и «живых», подвижных отношениях между теорией и эмпирией (все же с опорой на эмпирию) задают основу научной

³⁵Хоркхаймер М., Адорно Т. В. Диалектика просвещения. Философские фрагменты. "Медиум" "Ювента". М., С-Пб., 1997. С. 18

³⁶Хайдеггер М. Время картины мира // Время и бытие. М., 1993, С. 52.

медицины и обозначают те характеристики, которые следует признать классическими. Предметом медицинского исследования является человек сообразно философским теориям, продиктованным культурными представлениями эпохи, и болезнь, понимаемая в ключе античной медицины, т. е. как универсальный сбой органических процессов, но имеющий физико-механическое выражение.

Культура Нового времени, рассматривая человека в математической системе координат, в конце своего периода являет картину динамическую, амбивалентную, тяготеющую к упорядоченности знания, но неизбежно вырывающуюся за пределы всякой заданности и порядка. В трудах философов и медиков эпохи Просвещения прослеживается усиление данных тенденций. Основные формы научного мышления, заданные философскими системами Декарта и Бэкона, определяющие архитектуру естественных наук в целом и отражающие представления о человеке и мире в культуре данного периода, получают развитие. Область интересов расширяется, подготавливая условия для включения в медицинский дискурс проблемы душевных заболеваний.

§2. Антропологический статус безумия в культуре и рождение психиатрии

В данной части работы предстоит рассмотреть зарождение психиатрии как науки, становление которой в рамках профессионального медицинского дискурса связано с проблемой статуса феномена безумия в культуре и «анатомическим способом мышления» в медицине, достаточно долго сохранявших оппозицию по отношению друг к другу

Анатомический способ мышления в медицину XVIII века ввел Джиованни Баттиста Морганьи, который указывал необходимость изучения проявлений

болезни на столе патологоанатома. Его современник, Франсуа Ксавье Биша, который в настоящее время считается первым представителем «новой медицины», обладал поистине «анатомическим мировоззрением». Известно его выражение: «Если исключить некоторые лихорадочные и нервные состояния, то все остальное принадлежит к области патологической анатомии»³⁷. Подобный взгляд делал душевные болезни сомнительным и ускользающим объектом для изучения, не смотря на отдельные попытки описания качества мозговой ткани больных тяжелыми душевными недугами, зафиксированные в медицинских текстах. Но при данных описаниях *душевная болезнь* как таковая ускользала от взгляда врача в силу недоказательности и неопределенности ее природы. Другими словами: ввиду того, что у психиатрии не было объекта исследования, - не было психиатрии как науки в пространстве профессионального медицинского дискурса.

Процесс поиска объекта идет достаточно долго и весь XVII и частично XVIII век содержит примеры как прогрессивных, так и реакционных учений о душевных заболеваниях. Модель классического медицинского дискурса, формирующаяся на базе общего развития естественных наук, предполагает позицию исследователя, сопоставляющего результаты наблюдений с накопленным опытом и их систематизацию. Но из-за отсутствия объекта в области душевных заболеваний систематизация, при достаточно обширных, но разрозненных, зафиксированных в медицинских текстах наблюдениях за душевнобольными, является невозможной. Объект ускользает от исследователя ввиду своего расположения между областью духовной и телесной. Духовная область подразумевает включение заболеваний психики в ведение религии, в то время как телесная - напрашивается в ведение патологической анатомии. Противоречие остается неразрешимым в большинстве случаев до конца XVIII века. Согласно замечанию Ю. Каннабиха, «такова была особенность этого амбивалентного века, двуликого Януса, смотревшего и вперед, и назад: разрешавшего одновременно и ставить медицинские эксперименты по точным

³⁷ Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. М.: Вузовская книга, 2007. С. 79.

предписаниям индуктивного метода и вместе с тем придумывать различные «сущности», давно уже изгнанные из физики и химии»³⁸.

Согласно представлениям XVII века, душевнобольной или безумный человек – это человек такой же «одержимый», нуждающийся в изоляции, как в античности и в средневековье. Дуализм в представлении о человеческом существе, постулированный Декартом, подводит к выводу о том, что, имея различную природу, тело и душа имеют различные болезни и способы их лечения. Соответственно, болезни духа (души) оказываются вне компетенции медиков и попадают под юрисдикцию церкви или карательных органов, обеспечивающих изоляцию больных психическими заболеваниями. Тем не менее, идет постепенное обретение феноменом безумия, следуя терминологии Фуко, «антропологического статуса», то есть постепенно складывается представление о том, что источники душевных недугов следует искать в сфере органических процессов, наличии травмирующих жизненных обстоятельств или наследственности, приведших к душевному заболеванию. Постепенный сдвиг в сторону поиска «антропологических» оснований можно проиллюстрировать высказыванием Ж. Сурина, представителя ордена иезуитов, одного из самых известных экзорцистов XVII века: «Сущность одержимости состоит в союзе дьявола с душой, в результате чего он обретает право действовать так, как если бы являлся душой человека, которой он обладает. Но человеческая природа ограничивает его активность, останавливает его ярость, неистовство и лукавство, так же как солнечный луч рассеивается, проходя через кристалл и через сферу, которые останавливают его могущество, не препятствуя самому процессу»³⁹. Таким образом, культура начинает движение в сторону возвышения «человечности», которая способна играть роль сдерживающего фактора развития дьявольской силы. Эти изменения маркируют определенное движение от духовного к телесному в понимании безумия, и, соответственно, открывают возможность влияния, психотерапевтического или медикаментозного, на ту

³⁸ Каннабих Ю. История психиатрии. - М: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. С. 95-96.

³⁹ Цит. по Фуко М. История безумия в классическую эпоху. - М., 2009. С. 173.

сторону человеческого существа, от которой зависит сила сдерживающего фактора.

В своем становлении психиатрия прошла тот же путь, что и клиническая медицина – от поиска универсальной причины болезни, сопоставления теорий и эмпирических данных к систематизации накопленного опыта. На раннем этапе представлялся актуальным поиск панацеи, вещества, способного исцелить человека в его целостности, что связано с представлением о человеке как микрокосме, характерном для эпохи Возрождения и актуальным далее, вплоть до XVIII века. Целостность человека подразумевает единый порядок работы внутренних органов в согласии с душевным состоянием, которые восходят к единому источнику. В качестве панацеи предлагался опиум, который, согласно известному в XVII веке врачу Филиппу Эке, «лечит благодаря свойству своей природы, что в нем есть некая тайна, позволяющая ему непосредственно сообщаться с источниками жизни»⁴⁰. Как замечает Фуко, в это время «мир лечения болезней в основном пребывает в пространстве всеобщности»⁴¹.

Клиническая медицина в это время обнаруживает массу тонких связей и соответствий между недугом и целостным организмом. Болезнь в понимании клинической медицины к XVII веку имеет тенденцию пониматься как обособленное явление, благодаря нозологии, собирающей и описывающей свойства различных ее проявлений. Но безумие, благодаря своему особенному статусу и духовному окрасу, еще долго будет искать выход в старых способах лечения, каким, например, является использование веществ символического значения. Фуко пишет: «Некоторые сугубо символические системы сохранились в неизблемом виде вплоть до конца классической эпохи; и в них отчетливее, чем в рецептах или в тайных приемах врачевания, запечатлелись смутные образы и символы, восходящие к незапамятным временам грез»⁴². В качестве одного из примеров рецепта эликсира целомудрия из серьезной «Фармакопеи» Лемери приводится следующее: «Взять камфоры, лакрицы, косточек винограда и белены,

⁴⁰ Там же. С. 356 - 357.

⁴¹ Там же. С. 357.

⁴² Там же. С. 360.

сохраненных в патоке из цветков кувшинки, и самой патоки из кувшинок... Принимать по утрам, по две-три драхмы, запивая стаканом простокваши, в которой погасили раскаленный кусок железа»⁴³. Данный рецепт напоминает скорее средневековые алхимические изыскания, чем попытку рационального осмысления проблемы на основе эмпирических данных.

«Безумие есть одновременно и заблуждение и провинность, и нечистота и одиночество; оно удалилось и от мира и от истины и тем самым оказалось в темнице зла... Оно – абсолютная чистота... и ... абсолютная нечистота»⁴⁴. «Абсолютная чистота» в христианской культуре предполагает детскую невинность безумного, отсюда распространение юродства как вида святости, и «абсолютная нечистота» подразумевает присутствие зла в потере рассудка, ибо в процессе общения с безумным всегда остается тягостное впечатление сопричастности злему началу. Истина где-то посередине и именно эта двойственность и определяет выбор лечения или отказ от него.

В классическую эпоху, включающую в себя и Новое время и эпоху Просвещения, происходит эволюция в интерпретации безумия от одержимости, жесткой практики отчуждения обществом и изоляции, до сложного феномена, поддающегося врачеванию путем воздействия, как на тело, так и при помощи психотерапевтического вмешательства. Исследуя феномен безумия в европейской культуре, предстоит проследить достаточно большой путь, прежде чем он приведет в область медицины. В разговоре о безумии «стягиваются» вопросы о человеческом существе в целом: религиозные, натурфилософские и этические. Чем более материалистических концепций способна породить культура во взгляде на причины возникновения душевных расстройств, тем больше получает шансов для рождения клиническая психиатрия.

Материалистические и эмпирические концепции Нового времени оказали большое влияние на становление психиатрии, перенеся ее из сферы умозрительных догадок и средневековой метафизики в сферу опыта. Исследуя

⁴³ Там же. С. 362.

⁴⁴ Там же.

процесс познавательной деятельности, Томас Гоббс указывает на наличие *ощущения* как связующего звена между душой и телом, образующего понятия на основе чувственного опыта. Механизм формирования данных понятий основан на ограниченности памяти и необходимости объединять множественность вещей в классы⁴⁵. Постулированный Гоббсом детерминизм показывает зависимость поведения человека от его телесной организации. Аффекты, или волнения души, по Гоббсу происходят при соприкосновении с вещами: «Аффекты коренятся в различных движениях крови и животных духов, причем последние то различным образом стекаются, то текут обратно к своему источнику. Причинами этих движений являются образы блага и зла, вызываемые в нашей душе вещами»⁴⁶. Так в философском дискурсе «проговаривается» внутренняя механика человеческого существа с включением психической составляющей, закладывая основы сенсуалистической психологии⁴⁷.

Младший современник Гоббса Джон Локк в «Опыте о человеческом разумении» развивает сенсуализм и предлагает тонкую картину внутреннего механистического устройства человеческого восприятия окружающего мира. По Локку, «всякая находящаяся в душе идея есть или наличное восприятие, или, будучи раньше наличным восприятием, находится в душе таким образом, что при помощи памяти может вновь стать наличным восприятием. Когда наличное восприятие идеи получается без содействия памяти, она представляется разуму совершенно новой и до того времени неизвестной. Когда память делает идею предметом наличного восприятия, появляется сознание, что она была раньше в душе и не совершенно чужда ей. Так ли это, предоставляю решить наблюдательности каждого»⁴⁸. Предлагая посредством наблюдения определить, как складываются впечатления от окружающего мира в сознании, Локк открывает большие перспективы для изучения душевных свойств естественными науками. Указывая на пассивную роль сознания в запечатлении восприятий, учения Гоббса и Локка указывают на зависимость содержания сознания от приобретенного

⁴⁵ Гоббс Т. Сочинение в 2 т. Т.1. О человеке. - М.: Мысль, 1989. С. 219-270

⁴⁶ Там же.

⁴⁷ Каннабих Ю. История психиатрии. М: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. С. 91.

⁴⁸ Локк Джон. Опыт о человеческом разумении Сочинения в 3-х т. Т.1. - М.: Мысль, 1985. С. 146.

опыта, а, следовательно — на перспективу регуляции его содержания через внешнее воздействие.

Наряду с теоретическим осмыслением, одной из главных тенденцией развития психиатрии XVII века являлось накопление эмпирического материала, сначала в виде разрозненных описаний неординарных клинических случаев и неожиданных выздоровлений, принимающих вид психиатрических анекдотов. Например, Закутус Лузитанус являет следующие примеры психиатрического лечения - больного, испытывающего постоянный холод ввиду болезненного психического состояния и мечтающего об огне, зашивают в шубу, которую потом поджигают; к больному, страдающему навязчивым страхом ада, направляют человека, наряженного ангелом, и тот посылает ему отпущение грехов⁴⁹. Выбор метода лечения говорит о понимании связи сознания с внешними впечатлениями и, соответственно, предполагает воздействие на сознание через них же, не апеллируя к сверхъестественным объяснениям и экзорцизмам. Тогда же, в середине XVII века появляются сочинения Павла Заккиаса, в которых он учит наблюдать за мимикой и жестами больного, за манерой держать себя, сопоставлять состояние больного с его прошлой жизнью. Согласно Заккиасу, необходимо изучать соматическое состояние больного в связи с очевидностью связи между некоторыми внутренними заболеваниями и душевными расстройствами⁵⁰. Одновременно с данными утверждениями создаются классификации и таблицы душевных расстройств, чаще всего многословные и подробные⁵¹. Трезвый голос эпохи *рацио* задает тон осмысления феномена безумия вне этической составляющей и направляет мысль современников на поиски объективных причин возникновения душевных расстройств и методов их лечения.

Первые общественные лечебные учреждения играют существенную роль в накоплении эмпирического материала для развития медицины, но в отличие от клинических общественных заведений психиатрические изоляторы не могут дать

⁴⁹ Каннабих Ю. История психиатрии. М: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. С. 91.

⁵⁰ Там же.

⁵¹ См. Там же.

хоть сколько-нибудь близкую к действительности картину болезни из-за ужасающих условий содержания.

Условия содержания психических больных, так же как и мотивы их изоляции, показывают статус в культуре феномена душевных заболеваний. Историю рождения психиатрической клиники Фуко проводит через рассмотрение феномена отчуждения, берущего свое начало от понимания безумия как одержимости, которое в свою очередь трактуется как отчуждение от себя самого, «превращения человека в "другого" по отношению к самому себе»⁵² до рассмотрения душевнобольного с социальных позиций. Динамика характера отчуждения показывает изменение отношения к психическим больным, что в свою очередь объективирует представление о человеке в целом, который предлагает культура. Таким образом, формы отчуждения являют на поверхности глубинные процессы в культуре, их порождающие.

Условия содержания в психиатрических изоляторах в классическую эпоху искажают картину болезни: на состояние больных наслаивается озлобление от нечеловеческого обращения, страх, моральное и физическое истощение, что исключает возможность наблюдения подлинной картины психозов. Сохранилось множество свидетельств очевидцев об условиях содержания душевнобольных в крупных европейских городах XVII-XVIII веков. Герцог Лорозфуго-Лианкур представил в 1791 году Учредительному собранию следующий отчет: «Посмотрим на заведения Бисетр и Сальпетриер, мы увидим там тысячи жертв в общем гнезде всяческого разврата, страданий и смерти. Вот несчастные, лишенные рассудка, в одной куче с эпилептиками и преступниками, а там, по приказу сторожа, заключенных, которых он пожелает наказать сажают в конуры, где люди самого маленького роста принуждены сидеть скорчившись; закованными и обремененными цепями их бросают в подземные и тесные казематы, куда воздух и свет доходят только через дыры, пробитые зигзагообразно и вдоль в толстых каменных стенах. Сюда, по приказу заведующего сажают и мужчин, и женщин и забывают их тут на несколько

⁵² Фуко М. Психическая болезнь и личность. СПб, 2009. С. 170.

месяцев, а иногда и на несколько лет... Я знаю некоторых, проведенных таким образом по 12-15 лет»⁵³. В Англии в такие заведения пускали посетителей за символическую плату. Картина XVIII века художника Уильяма Хогарта демонстрирует одно из таких посещений дома умалишенных парой любопытных дам⁵⁴.

Проблема душевных болезней видится в потере разумности, главного признака, отличающего человека от других природных существ. Эпоха, почитающая наличие разума и познание мира высшей целью человеческого существа критически относится к невежеству, неразумию и сумасшествию. Стоит привести пассаж Ламетри о том, что он предпочитает душу, «сделанную из грязи», но способную к познанию, душе «глупой и тупой», хотя бы и сделанной из самых драгоценных элементов»⁵⁵. Такое понимание проблемы тормозит развитие психиатрии, но мышление, склонное к систематизации результатов эмпирии, остается верным себе. «Хотя у слабоумных людей вопреки обычному представлению мозг и не отсутствует совершенно, но он отличается плохой консистенцией, например излишней мягкостью. То же самое относится и к помешанным; дефекты их мозга не всегда ускользают от нашего исследования; но если причины слабоумия, помешательства и т. п. не всегда бывают осязательны, то как же можно установить причины различия обыкновенных умов?»⁵⁶ - пишет Ламетри. Различие не открыто взгляду, но по мнению, сложившемуся в эпоху Просвещения, его следует искать не только в анатомии. Ламетри, как и Гольбах, рассуждает о влиянии климата, воспитания и возможности удовлетворения физических потребностей на эмоциональную сферу. В свойственной эпохе Просвещения ироничном ключе происходит «расколдовывание», освобождение от средневековых схоластических представлений, учений о человеческой психике: «Мы мыслим и вообще бываем порядочными людьми только тогда, когда веселы

⁵³Цит. по Каннабих Ю. История психиатрии. М: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. С. 118.

⁵⁴ Там же. С. 137.

⁵⁵Ламетри де Жюльен Онофре. Человек-машина. М., СПб., 1997. С. 194.

⁵⁶ Там же. С. 202.

или бодры: все зависит от того, как заведена наша машина. Иногда можно подумать, что душа имеет местопребывание в желудке»⁵⁷.

Идеи социальных концепций эпохи Просвещения проникают в анализ душевных болезней и постепенно изменяют отношение к больным в психиатрических изоляторах. Кабанис, врач-материалист эпохи Великой французской революции высказывает идею о зависимости душевного состояния от социального окружения, витающую в воздухе со времени Локка: «Есть еще одна причина душевных болезней, а именно — общественная установка, при которой живет и работает человеческий мозг. Когда социальная жизнь построена уродливо и жестоко, мозговая деятельность часто уклоняется от правильного пути»⁵⁸. Из этого заявления следует, что карательными методами и неподобающим содержанием в изоляторе можно только усугубить состояние больного.

«Чем шире и радикальнее человек распоряжается покоренным миром, - пишет Хайдеггер, - чем объективнее становится объект, чем субъективнее, т. е. наступательнее выдвигает себя субъект, тем неудержимее наблюдение мира и наука о мире превращаются в науку о человеке, в антропологию»⁵⁹. Науку о мире делает антропологией ее утилитарная направленность, стремление к использованию ресурсов природы для человека с целью, которую в общих чертах можно обозначить, как обретение счастья и долголетия. При этом медицина по своим задачам изначально «антропологична», но становится подлинно антропологией с включением проблемы душевных расстройств в область медицинского дискурса.

Истолкование безумия в моральном и религиозном аспекте открывает возможность вмешательства в жизнь душевнобольных с социальных позиций, при этом под интересами человека понимаются интересы большинства, которым представляют угрозу элементы, не способные к социализации. Отдельные голоса приверженцев гуманного отношения к больным о необходимости изучения

⁵⁷ Там же. С. 200.

⁵⁸ Цит. по Каннабих Ю. История психиатрии. М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. С. 146.

⁵⁹ Хайдеггер М. Время картины мира. Время и бытие. - М.: 1999. С. 48.

психозов с позиции клинической медицины звучали достаточно давно, едва ли не всю новую историю, но они оставались не услышанными, культура оказывалась не готовой к реализации таких гуманистических проектов. То, что культура «увидела» в душевнобольном страдающем человеке, нуждающемся в помощи и лечении, и направила внимание на интересы больного, фиксирует переломный момент, который делает возможным на рубеже XVIII-XIX веков появление фигуры Пинеля, который снимает оковы с душевнобольных, рекомендует трудотерапию для излечения душевных расстройств и утверждает за изоляторами статус лечебных клиник.

Одной из непререкаемых заслуг Пинеля перед наукой явилось составление классификации причин душевных заболеваний, которые делились на предрасполагающие и производящие. В предрасполагающие факторы была включена наследственность: «Трудно не признать наследственной передачи мании, когда видишь всюду, в нескольких последовательных поколениях, целые семейства, пораженные этой болезнью»⁶⁰, в то время как производящие были включены неблагоприятные условия жизни, моральные потрясения, возраст и физическая конституция.

В «Медико-философском трактате» Пинель предлагает сознательно упрощенную классификацию психозов всего из пяти пунктов, используя материал по наблюдению более чем за 800 больными: 1) мания, 2) мания без бреда, 3) меланхолия, 4) слабоумие, 5) идиотизм⁶¹. Краткость и емкость по содержанию, опора на клинические наблюдения значительно отличают подход Пинеля от уже предложенных к тому времени классификаций XVIII века с бесконечными подразделениями, перечнями подробностей и сложной многоуровневой структурой. При этом Пинель предупреждает о предварительности и упрощенности данного деления: «Следует оговориться, что случайные варианты болезней, происходящие от неодинаковости причин, большей или меньшей напряженности главных симптомов, различия содержания бреда, - никоим

⁶⁰ Там же.

⁶¹ Каннабих Ю. История психиатрии. - М: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. С. 159.

образом не могут составить отличительных признаков, потому что у одних и тех же больных возможны неодинаковые проявления при разных обстоятельствах и в последовательные периоды заболевания»⁶². Источником эмпирического материала для развития клинической психиатрии, по мнению Пинеля, должны стать именно госпитали. Критерии истинности при изучении психических расстройств предлагаются такие же, как и в естественных науках, - простота, очевидность, множественная проверка: «Необходимо сперва изучить в большом госпитале явления и отличительные признаки, порядок и последовательность которых желательно описывать в каждом конкретном случае, строго критически отбрасывая двусмысленные или сомнительные факты и выбирая таким образом только явные не подающие повода к смутным предположениям картины, наиболее постоянно наблюдаемые при различных видах помешательства»⁶³.

В учении Пинеля очевидны определенные результаты пути, проделанного культурой к обретению безумием «антропологического» и научного статуса. Не вызывает сомнения сложность исследования предмета и попытка его фактологического обоснования на основе собранного клинического опыта и гуманистической направленности. Кроме того, это также попытка синтеза с философскими идеями при помощи эмпирического подтверждения. Обширный клинический опыт позволяет голосу врача-клинициста стать столь же авторитетным, как и голос теоретика, но философские изыскания не теряют актуальности ввиду «метафизичности» наблюдаемого объекта. О диалоге философии и клиники в вопросах душевных заболеваний и значении сенсуалистических философских концепций для психиатрии, указывает следующее замечание Пинеля: «Несмотря на мое полное уважение к произведениям Локка, я должен заметить, что его сведения о мании слишком неполны, так как он смотрит на нее, как на болезнь, обязательно сопровождающуюся бредом. Занимаясь исследованием этой болезни в Бисетре, я сам долго шел по стопам Локка, и немало бывал удивлен, когда мне приходилось

⁶² Цит. по: Там же.

⁶³ Цит. по: Там же.

встречаться с больными, которые не обнаруживали никакого расстройства умственных способностей и представляли только инстинктивное возбуждение, как будто у них были поражены только одни аффекты»⁶⁴. Философские теории проверяются в клинике и дают результат: разведение состояния аффекта здорового человека от состояния аффекта при расстройстве умственных способностей является важным наблюдением, использованном позднее в судебной психиатрии⁶⁵.

Только на рубеже XVIII и XIX веков европейская культура оказалась способна сообщить феномену безумия антропологический статус, впустить в медицинский дискурс проблемы душевных заболеваний и основать клиническую психиатрию. Период Нового времени и эпохи Просвещения подготовил почву для встраивания представлений о душевных процессах в общую систему медицинского дискурса, создав классификацию душевных болезней на основе эмпирического материала и выработав методы диагностики и лечения, сходные с методами клинической медицины.

Культура данного периода предлагает материалистическое понимание человека, что позволяет вывести состояние психики в область научных, а не религиозных интересов, расширяет область исследования, не ограничиваясь «анатомическим мышлением» для решения вопросов о причинах возникновения душевных заболеваний. Это ведет к идеям детерминированности поведения социальной сферой, наследственностью и открывает перспективы для коррекции душевного состояния. Одновременно можно утверждать обнаружение тенденций к включению в профессиональное поле медицины новых задач, которому способствует широкое распространению госпитальных учреждений в контексте общих социокультурных трансформаций.

⁶⁴ Там же. С. 160.

⁶⁵ Там же.

§3. Социокультурные трансформации в медицине XVII - XIX веков

В данной части работы будут рассмотрены социокультурные процессы, способствующие как рождению научной медицины так одновременно и экспансии медицины в частную жизнь с позиций общественных интересов, а также, связанные с этими процессами, вопросы научного, этического и экономического свойства в рамках медицинского дискурса XVIII - XIX веков.

В общем контексте социокультурной ситуации процесс становление медицины как социального института представляется закономерным — скопление людей на относительно небольших территориях диктуют новые проблемы и, соответственно, требуют нового решения. Согласно Фуко, изначальная причина социализации медицины видится в социализации тела: тело становится объектом в функции производительной силы с возникновением капитализма⁶⁶. Или, иными словами, человек постепенно преобразуется в функцию, для успешной работы которой необходимо ее периодическое налаживание с позиции власти, которая делегирована медицине. Данные тенденции определены социальным контекстом. Рост и развитие городов в эпоху Просвещения стимулируют социальные проблемы, что отражается в появлении социальных концепций в философии. Большое скопление населения, чреватое угрозой распространения заболеваний, ставит перед медициной новые задачи, выходящие за рамки решения проблемы здоровья отдельного индивида.

На время становления клинической медицины, т. е. с XVIII века приходится, по мнению Фуко, процесс медиализации, под которым подразумевается, «что человеческое существование, поведение и тело интегрируются во все густую сеть медицинского сервиса, и сеть эта захватывает все большее количество вещей»⁶⁷. Очевидно, что античная медицина, а также

⁶⁶ Там же.

⁶⁷ Фуко М. Рождение социальной медицины // Мишель Фуко. Интеллектуалы и власть. Часть 3. Статьи и интервью. М., 2006. С. 80.

средневековая медицина, не могут являться социальной или коллективной. Медицина данных периодов ориентирована на личный контакт врача с пациентом и богата этическими учениями, регламентирующими работу врача. Тот факт, что в эпоху Нового времени, в отличие от эпохи античности или Возрождения, мы не найдем какое-либо яркое этическое учение, регулирующее отношения врача и пациента, является симптоматичным. Этические проблемы ускользают от глаза исследователя в условиях госпиталя, он сосредоточен на сборе материала и рациональном осмыслении собранных данных, а процесс социализации медицины, утвердивший рациональный подход в противовес эмоциональному сопереживанию в страдании, усиливает эту тенденцию вплоть до настоящего времени.

Можно утверждать, что эпоха Просвещения, а вслед за ней — XIX век — это время социальное с постепенной утратой индивидуализации во всех формах культуры, время появления профессиональных сообществ и академий, время «стягивания» эмпирических данных в единую систему и их классификации. Соответственно этому, частные врачебные практики, теряют автономию, бытовавшую в эпоху античности, средневековья, Возрождения и начала Нового времени. Медицина решает вопросы гигиенические, эпидемиологические, занимается вакцинацией, диспансеризацией, статистикой рождаемости и смертности, утверждая за собой притязания на социальную деятельность и расширяя пространство медицинского дискурса. Причины подобных процессов следует искать в изменении экономической ситуации и перспективе роста промышленности. Как пишет Фуко, «Государственную администрацию здравоохранения интересовало в те годы не тело трудящихся, но тело индивидов вообще, из союза которых образуется государство. Речь идет не о рабочей силе, но о силе государства, столкнувшегося как с экономическими, так и политическими конфликтами, противопоставлявшими государство его соседям. Для этой цели медицина должна совершенствоваться и развивать рабочую силу»⁶⁸,

⁶⁸ Фуко М. Рождение социальной медицины // Мишель Фуко. Интеллектуалы и власть. Часть 3. Статьи и интервью. М., 2006. С. 88.

Кроме того, медицине вменяется забота о среде обитания горожан. То, что от здоровья одного, чаще всего представителя бедной городской прослойки, зависит здоровье многих, под которыми понимаются состоятельные горожане, сообщает медицине дополнительные полномочия. Не случайно первый обширный труд по гигиене, вышедший в конце XVIII века из-под пера Иоганна П. Франка, носит название «Система полной медицинской полиции»⁶⁹.

Существенные изменения в медицинском дискурсе классической эпохи, которые можно обозначить как рождение научной медицины и одновременно начало экспансии медицины в частную жизнь, начинаются с появления первого социального медицинского института — первого госпиталя. Первый госпиталь, появившийся в Париже в 1656 году, по определению Фуко, все еще не медицинское учреждение, а скорее юридическая структура, «своего рода административная единица, которая существует в ряду прежних органов власти и способна сама, не прибегая к помощи суда, выносить решения и приговоры и сама же исполнять их»⁷⁰. Подобные функции несет социальная медицина данного периода в целом, укрепляя свои позиции, прежде всего, как надзирающего института, обозначая тенденцию к социализации. Таким образом, процесс социализации представляется закреплением контрольных функций за медициной.

Сложность госпитальной лечебной практики состоит в том, что социальное пространство не дает проявиться «чистому рисунку» болезни, ее естественному развитию. «Больница, как цивилизация является искусственным местом, где, внедряясь, болезнь рискует утратить свое истинное лицо»⁷¹. Причины этого видятся в присоединении побочных инфекций, в контакте с другими больными, переживании чужих страданий, проецировании чужих ощущений на собственные, а также в публичном одиночестве и переживании безнадежности. Согласно этому, врач видит искаженную, «двусмысленную болезнь, полностью искривленную патологию», что осложняет идентификацию заболевания, подбор лечения и, соответственно, выздоровление больного. Таким образом, в условиях

⁶⁹ Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 108.

⁷⁰ Фуко М. Рождение клиники. М.: Академический проект, 2010. С. 64.

⁷¹ Там же. С. 34.

госпитального учреждения врач сталкивается с дополнительными трудностями, и это, соответственно, расширяет классификацию болезней, которая призвана уточнить дифференциальную диагностику. Недостаточность рассмотрения болезни в отрыве от особенностей, присущей каждому индивиду, постепенно становится очевидной, но возврат к индивидуальному подходу в лечении является затруднительным ввиду постепенного распространения госпитальной медицины в XVIII веке.

В контексте общих социокультурных трансформаций расширяется пространство медицинского дискурса, которое, по-прежнему базируясь на методологии и трактовке человеческого существа, заданных в эпоху Нового времени, претерпевает ряд внутренних изменений. В области отношений «врач-пациент» наблюдается стойкая тенденция к потере индивидуального контакта с больным. Без госпитальных учреждений, поставляющих богатый практический и эмпирический материал, медицина не стала бы наукой, но в качестве платы потеряла пациента, получив взамен «клинический случай». Место человека, который до недавнего времени выступал единственным объектом внимания, согласно этике Гиппократова, основным принципом которой являлось известное «не навреди», вытесняется коллективом или социальной группой, открывая проблему обретения медициной властных полномочий.

Способ функционирования первых госпитальных учреждений демонстрирует дилемму — интересы больного или интересы науки. В этом смысле показательно устройство первых родовспомогательных больниц, с возникновением которых, как принято считать, акушерское дело превратилось в науку, то есть из маргинальной области околomedicalной практики стало полноправной отраслью медицины.

Тот факт, что роддом был частью университета, определяло его цель, не смотря на высокие заявления о гуманистическом предназначении, необходимые для получения государственной поддержки. Согласно утверждению первого директора роддома в Геттингеме, основанного в 1751 году, «опытный акушер» спасает жизнь матери и ребенку, «подобно ангелу», для чего нужны «ученые»

мужчины, не только знающие анатомию, но и способные «мыслить математически и философски» для выполнения столь высокой и сложной задачи, связанной с «изумительнейшей деятельностью женского тела»⁷². Настоящей целью было обеспечение студентов практикой, что диктовало и стиль родовспоможения и контингент рожениц. Роженицы чаще всего были незамужние, из достаточно низких социальных слоев — в подавляющем большинстве горничные или служанки, обращавшиеся в Геттингенский роддом для получения бесплатной помощи. Директор, занявший должность в 1792 году и пробывший в ней тридцать лет, Фридрих Беньямин Озиандер, открыто заявлял: «Это беременные женщины, будь то замужние или не замужние, находятся здесь ради нужд лечебного заведения»⁷³. Таким образом, Геттингенский родильный дом был в первую очередь учебным учреждением, а не благотворительным или лечебным, где практиковалось отношение к роженицам как к учебному материалу.

Из сохранившихся записей Озиандера видно, как клинические случаи использовались в практической деятельности студентов, но, кроме этого, сложные ситуации создавались искусственно, если была необходимость продемонстрировать мастерство профессора или дать возможность совершить студентам редко применяющиеся манипуляции. Записи содержат информацию о том, что Озиандр ускорял или замедлял ход родов в зависимости от расписаний студентов и использовал хирургические инструменты (щипцы) для формирования практических навыков, а не по необходимости: «Я велел... накладывать щипцы; но так как господин Брам не справился с наложением, я осуществил его сам... Родоразрешение совершено благополучно, ради упражнения — со щипцами»⁷⁴. Выбор способа родовспоможения диктовался исключительно приоритетами учебного заведения, также зафиксированными директором заведения: «И поскольку весь смысл данного института заключается в том, чтобы... учащиеся

⁷² См.: Шлюмбом Ю. «Беременные находятся здесь для нужд учебного заведения» Родовспомогательная больница Геттингенского университета в середине XVIII – начале XIX века // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. СПб: Алтейя, 2008. С. 73-74..

⁷³ Там же. С. 82.

⁷⁴ Там же. С. 92-93.

получали благоприятную возможность, наблюдая роды и собственноручно участвуя в них, становиться настоящими, полезными человечеству специалистами родовспомогательного дела и акушерками; далее в том, чтобы преподаватель имел возможность наглядно демонстрировать своим слушателям принципы родовспомогательного дела, то принимаемые в клинику беременные и рожаящие рассматриваются в качестве как бы живых муляжей, на которых (разумеется, всегда наиболее щадящим для здоровья и жизни их самих и ребенка образом) осуществляется все то, что можно предпринимать для пользы учащихся и акушерок и для облегчения родовой деятельности»⁷⁵. Как видно из приведенного списка, «облегчение родовой деятельности» замыкает список приоритетов данного учреждения. Традиционный для этики Гиппократов первый принцип «не навреди» не является первостепенным, а всего лишь учитывается в спорных случаях выбора тех или иных практик, направленных, как указывается, на «нужды учебного заведения».

О том, что учебные манипуляции и статус «живых муляжей» были тягостны для пациенток роддома, говорит тот факт, что многие из них, не смотря на острую необходимость, пытались сократить пребывание в его стенах, не оповещали персонал о начале схваток, чтобы роды прошли при помощи ночных акушерок, без участия студентов и преподавателя. Разумеется, не все родильные больницы были так жестоки, что подталкивали пациенток к подобным ухищрениям. Например, профессор акушерского дела и директор большого родильного дома в Вене Иоганн Лукас Боер придерживался по возможности «естественного родовспоможения». Однако, как заключает современный исследователь медицины Ю. Шлюмбом, «родовспомогательные учреждения XVIII-XIX веков служили разнообразным целям и на счету их много разнообразных достижений, но к числу таковых не относится снижение смертности рожениц в больницах»⁷⁶.

Пример Геттингентского госпиталя показателен как пример начала жесткой экспансии медицины в частную жизнь и симптоматичен в аспекте рассмотрения

⁷⁵Цит. по. Там же. С. 97.

⁷⁶Там же. С. 103.

феномена индивидуального в культуре. Властные полномочия, которые начала предъявлять медицина фиксируют ослабление индивидуального, становящегося средством для достижения научных интересов. Дальнейшее развитие внедрения властных полномочий в медицинские практики можно объяснить приоритетом социального над индивидуальным, обусловленным расширением социальных образований, ввиду изменения культурной ситуации, скопления большого количества граждан и необходимости защиты их здоровья от эпидемий в больших городах. Ответственность за здоровье на социальном уровне стимулирует вторжение в частную жизнь, поскольку от здоровья одного зависит здоровье и благополучие многих. Кроме того, скопление больных в общем пространстве поставляет медицине богатый эмпирический материал, что в «эпоху господства взгляда» необходимо для сравнения проявлений различных симптомов и их классификации. Известно восклицание Филиппа Пинеля, опытного клинициста, имевшего непререкаемые заслуги перед психиатрией: «Какой источник обучения – два медицинских пункта, рассчитанных на 100-150 больных каждый! Какой разнообразный спектакль лихорадок, злокачественных и доброкачественных воспалений, то развившихся в ясных проявлениях, то слабо выраженных и как бы латентных, во всех формах и модификациях, которые могут предложить возраст, образ жизни, времена года и более или менее выраженные болезни духа»⁷⁷.

В это время можно наблюдать слияние симптома с ожидаемым диагнозом в пространстве болезни, симптом понимается как знак заболевания, ее визуальный образ. Совпадение «видеть и говорить», как называл этот феномен Фуко, или «совпадение симптома и знака», приводит к тому, что картина болезни является плодом медицинского дискурса, и все, что не попадает в область дискурсивности, не попадает во взгляд врача, то есть «не вписывается» в картину болезни — лишено внимания, а соответственно, и лечения. Дифференциальная диагностика работает таким образом, что сужение рамок для обрисовки наиболее четких контуров заболевания, является неизбежным, при этом неизбежным является игнорирование «несущественных» черт заболевания, если они не вписываются в

⁷⁷ Цит. по: Фуко М. Рождение клиники. М.: Академический проект, 2010. С.138.

уже сложенную картину. Картина получает легитимность от патологической анатомии, стремительно развивающейся в этот период, которая и ставит окончательную точку в понимании той или иной патологии.

При многообразии собранных описаний болезней, сопоставление «увиденного» с ожидаемой картиной анатомического вскрытия все более расходится, что приводит к осознанию недостаточности взгляда, который скользит на поверхности. В анатомическом зале внутреннее пространство пораженного органа доступно зрительному восприятию, но совершенно иная ситуация складывается у койки больного. Необходимость проникновения в область, недоступную взгляду при первичной диагностике, приводит к развитию стетоскопии.

Развитие стетоскопии начинается с 1818 года, когда парижский врач Рене Леннек представляет в Академии наук свой новый метод — диагностирование больного при помощи деревянного цилиндра. Это событие, по мнению немецкого исследователя Йенса Лахмунда, знаменует начало слушающей медицины, «в ходе которого были совершенно по-новому определены взаимоотношения между медициной, пациентом и его телом»⁷⁸. По мнению Лахмунда, появление стетоскопа маркирует получение медициной авторитета и власти и одновременно стимулирует их развитие в контексте процесса социализации.

Процесс социализации медицины — это история движения от койки больного в клинику и одновременно — история получения медициной властных полномочий по мере расширения медицинского опыта. Как пишет Б. Г. Соколов, «субъект, метод и властный контроль — это те характеристики, которые появляются еще на "заре" того культурно-исторического типа сознания, который мы называем новоевропейским»⁷⁹. В данном случае, в процессе социализации, как субъект — исследователь, так и пациент, выступающий в роли объекта, теряют своё «опорное», центральное положение. Наделение субъекта властными полномочиями, при сохранении бинарных субъектно-объектных отношений,

⁷⁸ Лахмунд Йенс. Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. СПб: Алтейя, 2008. С. 104-136.

⁷⁹ Соколов Б.Г. Генезис истории. СПб, Алтейя, СПб, 2004. С. 167.

характерных для классической науки в целом, «размывают» его, срачивая с властными структурами. М. Фуко, в своих произведениях, ставших классическими, рассматривает медицину сквозь призму властных порядков, по такому же пути идет Йенс Лахмунд, рассмотревший практику стетоскопии сквозь призму власти, обусловленную социокультурными трансформациями⁸⁰.

До появления стетоскопии, особенно в области частной практики, диагноз ставился на основе расспроса больного и на основе «взгляда врача», то есть, с опорой на зримые симптомы. При этом, как отмечает Йенс Лахмунд, существовал «примат дискурса пациента»⁸¹, т. е., пациент говорил «в своей собственной манере». Первичному контакту врача с пациентом и сбору анамнеза придавалось исключительное значение, о чем говорит дошедшая до наших дней инструкция, сообщающая, что «во время рассказа врач должен был иметь радостное выражение лица, не пожимать плечами, не кривить лицо и не ходить в сомнении туда-сюда»⁸². От начала контакта и постановки диагноза до исхода лечения, согласно традиции, берущей свое начало от этики Гиппократов, врач ориентировался на пациента, его самочувствие и настроение. В случае если «затянувшиеся расспросы раздражают пациента», следовало прервать общение и нанести повторный визит, с учетом, что возможна ситуация, когда «понадобятся несколько дней повторных расспросов»⁸³. «Примат дискурса пациента» маркировал наличие власти пациента над врачом, что имело и слабые стороны: ориентированность на пациента, окруженного домочадцами, которые платили врачу за лечение, могла подспудно мешать постановке диагноза и не исключала психологическое давление на врача. Тем не менее, эта практика обеспечивала пациента полным вниманием.

История сохранила множество записей, показывающих карикатурное изображение врачей и недоверие к ним пациентов вплоть до XIX века. Например,

⁸⁰Впервые опубликовано под названием: Lachmund J. Die Erfindung des artslichen Gehors. Zur Historischen Sociologie der stethoskopischen Untersuchung // Zeitschrift für Soziologie. August 1992. Jg. 21. Heft 4. S. 235 – 251.

⁸¹Лахмунд Йенс. Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. СПб: Алтейя, 2008. С. 111.

⁸²Цит. по: там же.

⁸³Цит. по: там же.

Элизабет Монтегю жалуется на врачей в 1739 году: «Я проглотила столько лекарств, что сколько весит целый аптекарь, и не знаю, чем мне стало лучше, помимо того, что я стала более терпеливой и менее легковерной. Я научилась переносить мои недомогания и не полагаться на умение врачей в деле лечения. Я стараюсь пить большими глотками из чаши философии и быть мудрой, если не могу быть веселой, спокойной, когда не могу радоваться»⁸⁴. Р. Портер в статье «Взгляд пациента. История медицины "снизу"» приводит запись некоего Дадли Райдера: «Кузен Уоткинс пошел со мною к доктору Водсворту. Я спросил его, что он думает о холодной ванне и Танбридже, однако он проигнорировал эти вопросы, отделавшись поверхностным ответом, и прописал какие-то средства. Он сказал, что после того, как я его приму, он поговорит со мной о холодных ваннах, выкроив себе дополнительный гонорар»⁸⁵. Эти записи не вызывают сомнения в пренебрежительном отношении к врачебным рекомендациям. Не менее показательным является запись в дневнике Горация Уолола: «Мой хирург хочет, чтобы я дышал свежим воздухом... но я настолько боюсь рецидива, что пока еще не дал согласия»⁸⁶. На основе этих примеров можно утверждать, что примат власти оставался за пациентом, в крайнем случае – за его родными, функция врача состояла в том, чтобы «предлагать», а не «прописывать» лечение.

Совсем другая ситуация складывалась в госпиталях. Пациент находился в госпитале на «территории» медиков, без поддерживающих его домочадцев, подчинялся установленному распорядку заведения. Не могло быть и речи о беседах с больными по несколько дней, как то допускала при необходимости частная практика. Сбор анамнеза доверялся обычно ученикам и был кратким, поскольку уделялось первостепенное внимание тому, что говорит о больном медицинское сообщество, а не он сам. Дискурс пациента постепенно оттеснялся научным медицинским языком, при этом полностью исключая пациента из обсуждения своего состояния. Пациентами госпитальных учреждений чаще всего

⁸⁴ Цит. по: Портер Рой. Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. СПб: Алтей, 2008. С. 64.

⁸⁵ Цит. по: там же. С. 65.

⁸⁶ Там же.

становились больные из малоимущих и незащищенных слоев населения, что позволяло использовать их в целях учреждения, как видно из опыта устройства Геттингенского роддома. Однако для науки это был ценный материал, позволявший оттачивать уже вошедшие в употребление методы диагностики и испытывать новые, требующие освоения в течение серьезной длительной практики.

Стетоскопия, диагностический метод прослушивания работы органов через прибор (стетоскоп), если верить своему основателю, родилась во время частного приема: Линнеку нужно было прослушать грудь молодой пациентки и, как он сам утверждал, правила стыдливости подсказали сделать это через свернутый лист бумаги, что дало начало стетоскопу — новому медицинскому инструменту⁸⁷. По своим задачам стетоскопия мало отличалась от патологической анатомии. Если анатомия опиралась на взгляд, дифференцируя больной и здоровый орган по мельчайшим признакам повреждения, доступных зрению, то стетоскопия базировалась на тончайших звуковых отличиях, производимых работой внутренних органов. И в том и другом случае, врачу следовало быть крайне внимательным и изобретательным для дискурсивного выражения увиденного или услышанного. Так, например, если туберкулы на первой стадии «полупрозрачные, серые, иногда даже пропускающие свет и почти бесцветны», а на второй стадии «желтоватые и непрозрачные, сначала в центре, а потом постепенно и по всему объему», значит, соответственно при стетоскопии нужно услышать эквивалент этим наблюдениям. Как пишет Лахмунд, «Линнек развертывал эту звуковую вселенную»⁸⁸, для чего был разработан тончайший и богатейший язык выражения слуховых восприятий. В работе 1819 года Линнек писал о четырех видах шумов: отзвук голоса в груди, дыхательные шумы в легких, хрип, когда дыхание затрудняется жидкостью в легких, и шумы, вызываемые циркуляцией крови⁸⁹. Хрипы могут быть «влажные или холодные», слизистые или рокошущие»,

⁸⁷Там же. С. 117.

⁸⁸Там же. С. 120.

⁸⁹Там же. С. 116.

«светлого тона сухие или храпящие»⁹⁰. Как писал Линнек, «По этим различным причинам только в больницах можно усвоить навыки опосредованной аускультации твердо и полно. Необходимо также, - по меньшей мере, несколько раз — провести проверку поставленных при помощи цилиндра диагнозов вскрытием, чтобы быть уверенным в себе и во владении инструментом, обрести доверие к собственным наблюдениям и своими глазами убедиться в надежности признаков, устанавливаемых слухом»⁹¹.

Стетоскопия могла существовать только в условиях клиники, поскольку только там, при достаточно большом объеме больных, можно было «воспитать» слух врача, настроить его как тончайший инструмент и научить дискурсивному выражению отмеченных звуковых вибраций, подобно тому, как в анатомическом зале настраивался и воспитывался взгляд. Кроме того, практика стетоскопии, согласно Лахмунду, предполагала доверие пациента и демонстрацию власти врача. Обращаясь с просьбой дышать определенным образом — медленнее или быстрее, врач руководил в отношениях, что явилось новым достоянием социальной медицины и признаком обретения медициной власти и авторитета. Длительное обучение и обширная практика, необходимая для обучения аускультации (общее название методов выслушивания работы органов) окончательно выделила профессиональных врачей из среды всех лекарей своего времени. Она была настолько распространена в госпиталях, что стетоскоп стал атрибутом врачебной профессии, и в середине XIX века попадались карикатуры врачей, выслушивающих больных в комичных позах непременно со стетоскопом.

Тем не менее, при широком распространении стетоскопии, не снималось главенство патологической анатомии. В конце XVIII века Эдвард Дженнер, известный тем, что ввел вакцинацию в широкое употребление, писал о том, как ему удалось выйти на причину возникновения стенокардии следующее: «Обследовав более значимые части сердца и не найдя с помощью средств, которые я мог рассчитывать никаких причин внезапной смерти больного или

⁹⁰Там же. С.121.

⁹¹Там же. С. 123.

симптомов, предшествовавших ей, я приступил к поперечному разрезу сердца совсем рядом с его основанием, и вдруг мой скальпель уперся в нечто, настолько жесткое и твердое, что на нем могли остаться зазубрины... Однако дальнейшее изучение позволило установить истину: венечные артерии превратились в окостеневшие каналы»⁹². Так была открыта причина стенокардии, «грудной жабы», - обструктивное поражение венечных артерий. Направление поиска, «взгляда врача» и работа его мысли, описанные в данном послании, направлены согласно общепринятой классической модели: мы предполагаем и ищем наглядное подтверждение своего предположения в данных вскрытия. Не смотря на постепенное распространение стетоскопии, включившей слух в процесс постановки диагноза и разработавшей богатый язык выражения услышанного, медики продолжают нуждаться в непосредственной визуализации опыта. К XIX веку практика вскрытий умерших в госпитале становится все более распространенной. Если британский анатом Дж. Хантер составил в 1774 году анатомический атлас матки на основе одного единственного наблюдения, то Ксавье Биша в своей парижской клинике вскрыл шестьсот трупов только за зиму 1801-1802 года⁹³. Глубинное сродство стетоскопии и наблюдения не исключает господство взгляда, что подтверждается тем, что стетоскопию придумали патологоанатомы. Согласно воспоминаниям, Биша «встряхивал трупы» в анатомическом зале, чтобы определить наличие жидкостей в полостях организма. Слух, таким образом, парадоксальным образом явился продолжением «взгляда», позволяя на основании услышанного «дорисовать» скрытую от непосредственного наблюдения картину.

По замечанию М. Хайдеггера, «наука, будь то естественная или гуманитарная, только тогда почитается настоящей наукой, когда становится способна учредить себя как институт»⁹⁴. Вне базиса, поставляющего эмпирический материал и вне социального влияния невозможно формирования

⁹² Фридман М., Вридланд Д. Десять величайших открытий в истории медицины. М: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2012. С.145.

⁹³ Лахмунд Йенс. Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. СПб: Алтейя, 2008. С. 111.

⁹⁴ Хайдеггер М. Время картины мира // Время и бытие. М., 1993, С. 52.

науки как специфической легитимной области знания. Процессы социализации различных областей наук и появление академий, в том числе в области искусств, являются показательными в данное время. Медицина представляет свою специфику социализации - необходимость развития науки и обучения медиков, а также возникновение новых медицинских практик, овладение которыми невозможно без длительных упражнений вне стен госпитальных учреждений закрепляет за медициной статус социального института. Откликаясь на социокультурные трансформации, медицина, демонстрирует постепенную утрату вместе с приматом дискурса пациента свою нацеленность на излечение конкретного больного в его индивидуальном неповторимом измерении. Развитие естественных наук, рассматривая человека сквозь призму «анатомического мышления» в отделении патологической анатомии или впоследствии – в лаборатории, усугубляет этот процесс.

ГЛАВА 2. РАСШИРЕНИЕ ГРАНИЦ И НАЧАЛО ТРАНСФОРМАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ДИСКУРСИВНЫХ ПРАКТИК

§1. Романтизм в медицине: примеры неклассических медицинских систем XVIII - XIX веков

Со времени своего существования медицинский дискурс демонстрирует подвижность как внешних границ, так и внутреннего содержания, не теряя при этом генеалогической связи с классической эпохой, определившей архитектуру естественнонаучного знания. Но рубеж XVIII – начала XIX открывает новую страницу в медицине, с которой начинается собственно его трансформация и которую можно определить как поиск новых теоретических оснований для решения поставленных задач и ракурсов для рассмотрения исследуемых объектов на основе наработанного опыта. Данный период представлен синтезом идей, не относящихся к естественной науке, но претендующих на научность, то есть сочетающих в себе амбивалентные характеристики – философские теории с «привязыванием» к ним эмпирического основания, зачастую неподтвержденного. Опора на теоретизацию значительно противоречит парадигме мышления в рамках естественнонаучного знания, заданного в философии Нового времени и маркирует начало периода трансформации. В данном разделе пойдет речь именно о таких теориях, опирающихся на философские идеи, которые понимаются как явление романтизма в медицине.

Период конца XVIII – начала XIX века, который обычно связывают с появлением романтических тенденций в культуре, предложил множество ярких медицинских учений, отличительной чертой которых являлось теоретизирование на базе увлечения философскими концепциями современников и медицинскими

теориями прошлого. Отсутствие опоры на эмпирию и построение выводов на основе умозрительных конструкций позволяют считать их неклассическими, то есть не отвечающими требованию классического научного дискурса, который складывался на основе накопления данных, их обобщения и систематизации, сложившихся в эпоху Нового времени. Выбор теоретического пути был объясним целью таких концепций – выявить общие причины происхождения болезни. Отсутствие достаточной опоры на эмпирические данные диктовалось неготовностью ответить на этот вопрос, что вызывало обращение к медицинским теориям прошлого, философии и стимулировало критическое отношение к состоянию науки.

В целом, европейская культура со времени Просвещения живет в критическую эпоху, опираясь на данные чувственного опыта и одновременно ставя их под сомнение. Сложные взаимоотношения между рацией и эмпирией выражены в Кантовских критических сочинениях: «Истина или видимость находятся не в предмете, поскольку его созерцают, а в суждении о предмете, поскольку его мыслят. Поэтому можно, пожалуй, с полным правом сказать, что чувства не ошибаются, однако не потому, что они правильно судят, а потому, что они вообще не судят»⁹⁵. Кантовские «Критики» оговаривают признание ограниченности человеческого знания, с одной стороны - привязывая его к эмпирии, а с другой – снабжая критическим отношением к суждениям на его основе. То, что суждения выносятся не чувствами, а на основе них – достаточно точная граница между чувствами и рацией, но тонкая дилемма, открывающая богатые перспективы для критического отношения к вынесенным суждениям. Дух критики начинается с тотального сомнения Декарта и явно слышен в трактатах Ламетри, раскрывая науку навстречу новому опыту и новым суждениям на его основе. Наука развивается через критику, через опровержение существующих гипотез. Дух критики продолжается в эклектичных медицинских теориях и постепенно выходит за рамки классического опыта. Известные и общепризнанные теории если не опровергаются, то получают новое звучание

⁹⁵ Кант И. Критика чистого разума. СПб: Наука, 2008. С. 219.

вследствие обновленного подхода, связанного с накоплением и классификацией данных наблюдений. Взгляд врача, «взгляд-калькулятор», подмеченный Фуко, расширяет пространство для исследования и ищет новые пути для решения поставленных задач, снова обращаясь к философским спекуляциям.

Поиск новых путей в философии и науке во многом связан с разочарованием в идеях Просвещения. Общее разочарование эпохи романтизма в рациональном подходе к изучаемому объекту и способности человеческого разума в познании и изменении жизни часто соотносят с печальными итогами Великой Французской революции, показавшими бессилие человеческого разума над процессами общественного порядка. Европейская мысль теряет оптимизм и начинает поиск новых путей, универсальных законов, зачастую обращаясь к уже пройденному опыту. Исследователь европейского музыкального языка Е.В. Дементьева пишет: «Романтизм с одной стороны представляется, в какой-то мере реакцией на установленное Просвещением "закрепощение" с помощью определенных правил, структурирующих любое культурное "поле". Во всяком случае, эти правила подвергаются серьезной деформации, а также появляются множество новых, неприемлемых канонов. Все это постепенно обуславливает процесс, суть которого состоит в том, чтобы не просто варьировать сочинение в обуславливаемых неким законом границах, но сам закон подвергать анализу, критике, переосмыслению...»⁹⁶ Здесь речь идет о музыкальных сочинениях, но в полной мере замечание Дементьевой можно отнести к «сочинениям» в медицине периода романтизма, являющих собой примеры философских спекуляций на тему происхождения болезни.

Парадоксальность эпохи Просвещения представляется в том, что наряду с «расколдовыванием мира», от которого можно было бы ожидать раскрепощения и освобождения во всех сферах культуры, предлагается жесткая канонизированная структура культурных форм, которые считаются классическими. Просвещение не ограничивает человеческий разум в достижении цели, но ограничивает в выборе

⁹⁶ Дементьева Е.В. Трансформация музыкального языка в европейской культуре XX века. - СПб: Санкт-петербургское философское общество, 2010. С. 20.

средств для их достижения, то есть указывает *как* можно прийти к желаемому результату и добиться максимальной пользы. Поступательное движение от простого к сложному, накопление и систематизация опыта приводит к потере из вида конечной цели, утрате предметом изначальной целостности под взглядом исследователя и исключает возможность допущения иррационального в качестве причины явлений. Начиная от койки больного, обобщая, систематизируя наблюдения и проверяя результаты патологической анатомией, классическая медицина лечит «тело как машину». «Тело как машина» Лейбница и Ламетри не столь механистична как «тело как машина» Декарта, но все же тяготеет к наличию формулы функционирования, пусть и не ограниченной действием, которое можно проверить непосредственно. Эпоха совпадения «видеть и говорить» отошла в прошлое, признав свою недостаточность, усложнив классификацию болезней, но не изменив методологии. Психиатрия не является исключением: она завоевывает авторитет, только когда ей удается следовать соответствующей модели научного знания, хоть отчасти, т.е. прописать закономерности возникновения заболеваний, их возможные причины, построить стройную и подробную классификацию психозов. В таком контексте появление неклассических систем на рубеже XVIII и XIX веков представляется попыткой выхода за рамки, установленные классическим медицинским дискурсом для обретения целостности разрозненных частей сложной упорядоченной структуры медицинского знания и определения центра человеческого организма, куда «стягиваются» все основные его функции.

Идеи наличия у заболеваний общих причин, так же как и поиск универсального вещества, восстанавливающего здоровье, т.е. панацеи, не был новым: его истоки можно обнаружить у Гиппократов и Парацельса. Новым явилось то, что умозрительные спекуляции синтезировались с накопленным эмпирическим материалом, пытаясь в итоге освободиться от чисто эмпирического лечения, заглянув «вглубь», но уже не тела, а процесса болезни. Таким образом, до того, как медицина ушла в лаборатории, эти спекуляции выполняли роль блестящих интуиций, предположения которых были век спустя подтверждены в

лабораториях развивающимися молодыми науками – физиологией и иммунологией, и давали пищу для развития общей патологии, медицинской науки, изучающей общие закономерности возникновения, развития и исхода болезней.

Особенный интерес представляет концепция витализма из-за своей древности и «живучести». Идея о наличии в человеческом существе «жизненной силы» восходит к античности, но разработки Теофиля Борде и его ученика Поля Жозефа Бартеца в последней трети XVIII века сообщают ей новую жизнь⁹⁷. Согласно этой концепции, существует «одухотворяющий принцип», присутствующий в живом организме, но по-разному проявляющийся в различных органах. Основные органы – сердце, желудок и мозг играют роль регуляторов работы всего организма и основных его проявлений, из которых главные – движение и чувство⁹⁸. «Витальный принцип» или «одухотворяющий принцип», чья сущность неизвестна и непознаваема, является изначальной причиной всех процессов в организме. Именно им координируется сообщение между частями тела, и он является причиной движения различных веществ в организме, а также отвечает за его чувствительность. Поскольку главными функциями витального принципа является движение и чувствительность, то болезнь, соответственно, можно рассматривать как их нарушение. Таким образом, лечение должно быть направлено на мобилизацию жизненной силы, восстанавливающую расстроенную работу органов, согласно основополагающим принципам⁹⁹. При этом, согласно теории витализма, существует естественное стремление организма к выздоровлению, которое нужно направлять и стимулировать лекарственными средствами наряду с симптоматической терапией.

В теориях витализма нет попытки механистического истолкования органических процессов или их математического измерения, как это можно было встретить в медицинских теориях Нового времени, также опирающихся на античные концепции. Наличие «жизненной силы» понимается как «данность»,

⁹⁷ Там же. С.48-49.

⁹⁸ Там же.

⁹⁹ См: Там же.

как высший принцип, при этом врачебные манипуляции выглядят чем-то сродни искусству.

Концепция Иоганна Христиана Рейля представляет интерес как попытка истолкования идеи «жизненной силы» в материалистическом ключе, представленная на рубеже XVIII и XIX веков. В сочинении «Von den Lebenskraft» («О жизненной силе») Рейль выдвигает предположение о том, что жизненная сила, регулирующая органические процессы, – это форма материи, некое зримое вещество, но смешенное с недоступными для чувств человека веществами, такими как теплота, электричество и другими¹⁰⁰. Согласно Рейлю, заболевание представляет собой разбалансировку составных частей организма, существующего подобно республике. Части этой республики работают как обособленно, так и совместно, на создание целого. Таким образом, в организме существует врожденное стремление к целостности, выраженное во внутреннем побуждении к восстановлению здоровья. Например, лихорадка, при которой поднимается температура, т. е., как можно предположить, «увеличивается теплота», является универсальной реакцией организма при различных болезнях с целью восстановления утраченного баланса между составными веществами жизненной силы¹⁰¹. В данной концепции можно увидеть следы теории Гиппократа о четырех жидкостях, а также интуицию о наличии биологически активных веществ, оказывающих регулирующее влияние на функции организма. Данные вещества получили в медицинских лабораториях пристальное внимание позднее, в середине XIX века, и стали известными под названием «гормоны» в начале XX века. Одновременно высказанные предположения о наличии саморегулирующих свойств организма направляли иммунологию на поиск закономерностей в реакциях на внешние болезнетворные воздействия.

Указание на конкретное вещество в качестве носителя «жизненной силы» - достаточно серьезный шаг в сторону материалистического объяснения концепции витализма. В качестве носителей «жизненной силы» предлагаются различные

¹⁰⁰ Шеллинг Ф. О сущности человеческой свободы и связанных с ней предметах; Бруно, или О божественном и естественном начале вещей. Разговор: Пер. с нем. М: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. С. 50.

¹⁰¹ Там же.

органы, которые считаются основными и «отвечают» за все патологические процессы и выздоровление. Примером такой теории служит *бруссеизм*, основанный парижским врачом Франсуа Виктором Бруссе. Свойственная организму сила, согласно этой теории, вызывает физические и химические явления под воздействием тепла как внешнего раздражителя. Если тепло умеренно и сила действует в соответствии с ним, то состояние организма можно признать нормальным, но если внешние раздражения слишком сильны или слабы, то это вызывает ненормальное движение жидкостей организма, которые направляются к головному мозгу и тогда человек чувствует головную боль и головокружение, к сердцу – тогда начинается лихорадка. Самым главным пунктом передвижения жидкостей, согласно бруссеизму, является желудочно-кишечный тракт, именно отсюда заболевание переходит в мозг. Как говорил основатель теории, «знание болезненных состояний желудка есть ключ к патологии»¹⁰².

В целом, медицинский дискурс данной эпохи все более тяготеет к эклектичности и увлечениям спекулятивными размышлениями, стараясь при этом сохранить связь с клинической медициной. На медицинское мышление XVIII века большое влияние оказывает натурфилософия Шеллинга, которая предлагает истолкование патологических проявлений болезни через основные принципы природы, которым соответствуют процессы в живом организме. «Всякая болезнь, охватывающая вселенную, есть результат восстания скрытых сил основы: она возникает, когда раздражимое начало, которое должно было пребывать в тиши глубины, как сокровеннейшая внутренняя связь сил, актуируется само, т.е. когда возбужденный архей покидает свое покойное жилище в средоточии и вступает в сферу окружности. Напротив, всякое коренное лечение состоит в восстановлении отношения периферии к центру, и переход от болезни к здоровью совершается, лишь когда отделенная и единичная жизнь принимается во внутреннее светлое сияние сущности, благодаря чему снова происходит деление (кризис). Болезнь единичного возникает также лишь потому, что то, что имеет свободу и жизнь

¹⁰² Там же. С. 86 – 87.

лишь для пребывания в целом, стремится существовать для себя»¹⁰³. Шеллинг далек от механистической картины мира, человек – целостность, неотделимая от целого, болезнь – нарушение целостности, сбой, бунт, порочное проявление человеческой свободы, отрыв от природы, Бога. Соответственно, зло в целом – «обманчивый образ жизни», «колебание между бытием и небытием» в отрыве от целостности, не заметное самому человеку¹⁰⁴. Согласно Шеллингу, внешние проявления болезни только объективируют процессы глубинного разлада иррациональных жизненных сил с абсолютной сущностью, недоступных чувственному восприятию. Любая болезнь имеет природу дисгармонии и повреждения, будь то соматическая или психическая.

Увлечение философией Шеллинга вдохновляет немецкого врача Соломона Людвиг Штейнгейма на теоретическую концепцию возникновения холеры. Теория появляется в условиях существования учения о микроорганизмах, живущих в различных органических средах и наблюдаемых в микроскоп, с которыми, однако, не связывают возбуждение патологических процессов. Согласно концепции Штейнгейма, холера возникает «в области отрицательной сферы» и «обуславливается утрированным разложением органических первоначальных соков и характеризуется полной меланемией со всеми ее сопровождающими и зависящими от этой единственной причины патологическими аффектами»¹⁰⁵. Инфекционная болезнь как проявление «отрицательной сферы» здорового состояния организма, характеризующееся наличием меланина в крови (т.е. темного (черного) пигмента) показывает неожиданный симбиоз философии и медицинской химии. В отсутствие микробиологии, свидетельство взгляда, от которого еще скрыт возбудитель инфекции, недостаточно для установления причины болезни, поэтому недостающее арендуется у философии; теории стараются компенсировать несовершенство опыта.

¹⁰³ Шеллинг Ф. О сущности человеческой свободы и связанных с ней предметах; Бруно, или О божественном и естественном начале вещей. Разговор: Пер. с нем. М: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. С. 32-33.

¹⁰⁴ Там же. С. 33.

¹⁰⁵ Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 13.

Философская мысль первой половины XIX века является вдохновителем медицинских концепций и одновременно выражает настроение эпохи относительно фундаментальных понятий, имеющих непосредственное отношение к медицине, таких как жизнь, здоровье, болезнь, смерть. В «Органической физике» Гегель описывает состояние организма, понимаемое как болезнь, когда «одна из его систем или органов, будучи возбуждена в конфликте с неорганической потенцией, обособляется для себя и упорствует в своей особенной деятельности против деятельности целого, текучесть которого и через моменты проходящий процесс наталкиваются, таким образом, на препятствие»¹⁰⁶. Причина болезни, по Гегелю, «кроется в самом организме, таковы старость, умирание, прирожденный порок; отчасти же сущий организм подвержен внешним влияниям, в результате которых одна сторона его усиливается настолько, что сила внутренних влияний становится несоизмеримой с ней. Организм тогда оказывается в противоположных формах бытия и самости. ...Болезнь есть, следовательно, диспропорция между раздражениями и способностью действия»¹⁰⁷. Философские системы объективируют мышление эпохи, как утверждал Гегель, и, соответственно этому утверждению, синхронность появления философских и медицинских концепций представляется неизбежной. Понимание болезни как внутреннего конфликта, и отражение его в философских концепциях являют тенденцию к поиску универсальной причины *болезни как таковой*, прокладывая путь для становления болезни как объекта научного исследования уже не в философских умозрительных спекуляциях, а в химических и биологических лабораториях XIX века.

Приведенные теории, не опирающиеся на клинические исследования, не были признаны формирующимся научным сообществом, хотя и были востребованы. Такая участь постигла гомеопатию, давшую своему основателю обширную практику, но оставившую его без научного признания. Гомеопатия возникла на рубеже XVIII и XIX веков на почве вышеуказанных теорий, ищущих

¹⁰⁶ Гегель Г.Ф. Философия природы // Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Сочинение в 2 т. Т. 2. - М.: Мысль, 1975. С. 558.

¹⁰⁷ Там же. С. 559.

универсальные объяснения возникновения болезни, которые дали бы врачу уверенность в процессе лечения любых заболеваний и указали бы общие принципы борьбы с ними. Учение Самюэля Ганемана о том, что болезнь, главным образом представляет из себя извращение «жизненной силы» и ее восстановление или коррекция должна проводиться малыми дозами лекарств, впервые было опубликовано в 1797 году. Говорить о том, что Ганеман не основывался на обширном сборе данных было бы несправедливо: он проводил опыты на себе и пришел к выводу, что вещества, способные вызвать болезнь или нарушение в работе какого-либо органа, могут также его лечить, если использовать их в малых дозах. Таким образом, Ганеман нашел подтверждение идеи Парацельса о том, что «подобное лечится подобным». На основе проведенных на себе опытах, Ганеман утверждал, что большие дозы лекарств действуют на «жизненную силу» угнетающе, что нужно извлечь из лекарственного вещества особый род духовного принципа (*Dynamis*) определенным способом приготовления, путем вытяжки. Эти малые дозы являются достаточными для лечения заболеваний, сами же возникновения заболеваний врач распознать не может, так как первопричины органических процессов от него скрыты¹⁰⁸. Соответственно этому, можно признать, что причины, лежащие в основе тех или иных (конкретных) заболеваний лежат вне интереса врача: взгляд врача сосредоточен исключительно на проявлениях болезни и воздействии на «жизненную силу» для ее стимуляции: «Каждый фактор, каждое лекарство, действующее на жизненную силу, более или менее нарушает ее и вызывает определенные изменения в здоровье человека на больший или меньший период времени. Это называется первичным действием. Оно хотя и является результатом совместного действия лекарства и жизненной силы, но главным образом обусловлено все-таки первым. Его действию наша жизненная сила пытается противопоставить собственную энергию. Это ответное действие присуще уже нашей жизнеохраняющей силе и является ее автоматической реакцией, называемой вторичным действием или

¹⁰⁸ Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 60-61.

противодействием»¹⁰⁹. Ганеман не объясняет, каким образом происходит эта стимуляция жизненной силы через «подобное». Этот закон взят как универсальный принцип всего бытия и перенесен на медицинскую почву в противовес аллопатической медицине, под которой Ганеман понимал «лечение противоположным», то есть лечение теми лекарствами, которые, по мнению Ганемана, вызывают эффект, противоположный симптомам болезни.

Это учение, которое не укладывается в классическую картину научного знания и необычайно популярное в наши дни, представляет из себя сложную связь теории «жизненной силы» и лабораторных опытов. Ганеман не был чистым теоретиком; как уже указывалось, он проводил опыты воздействия приготовленных им веществ на организм, тщательно выверяя их количественное соотношение. Есть свидетельства, что он посещал клиники и использовал при диагностике стетоскопию перед тем как предложить свою в высшей степени оригинальную методику лечения¹¹⁰.

Список подобных изысканий на стыке философского и медицинского дискурсов, большей частью опирающихся на учения донаучного периода медицины, можно продолжить. Общей чертой, характерной для медицинских теорий, отнесенных к эпохе романтизма рубежа XVIII-XIX веков, является наличие следов заметных трансформаций под влиянием научного опыта. Теории «зависают» между необходимостью исследования общей патологии и невозможностью решить задачи возникновения болезней при помощи науки. Нерешенными остаются вопросы о наличии одной болезни или нескольких в проявлении лихорадочных состояний, о возникновении заболеваний, которые мы сейчас называем инфекционными; становится все более очевидным недостаточность симптоматического лечения, но на уровень «причины» возникновения заболеваний, выйти не удастся. Даже при наличии микроскопа и открытия существования микроорганизмов, остается незавершенным окончательный

¹⁰⁹ Ганеман С. Органон врачебного искусства или основная теория гомеопатического лечения. <http://mshealthy.com.ua/medik-book//gomeopati//ganeman-organon//8.htm>

¹¹⁰ Лахмунд Йенс. Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. Спб: Алтейя, 2008. С.131.

шаг, проясняющий роль бактерий в возникновении инфекционных заболеваний. Как видно, с одной стороны, медицина, уже почувствовав себя наукой, продолжает искать опору в опытных данных, но далеко не сразу отрывается от концепций витализма, как своеобразной «страховки» на случай неподтверждения гипотез. С другой стороны – данные концепции маркируют недостаточность естественнонаучного подхода, то есть подхода *рацио*, что в целом характерно для эпохи романтизма.

Подобные явления можно найти и в других формах культуры. Эксперименты в музыке, а также философские и литературные изыскания питаются разочарованием в рациональном подходе, вниманием к интуитивному познанию и приводят к открытию новых форм. Они имеют характер непродолжительных ярких экспериментов, но значение их бесспорно в контексте дальнейшего развития выдвинутых идей. Подобно им, «романтические» медицинские концепции можно рассматривать как блестящие интуиции, которые будут подтверждены позже, далеко не философскими, а естественнонаучными методами. В XIX веке «жизненные силы» будут сопоставляться с иммунной и гормональной системами, обеспечивающими противостояние внешним агрессивным воздействиям. И тогда же, подобные теории, указывающие на метафизическое измерение проблем здоровья и патологии, окажутся снова востребованными для того, чтобы выйти на теоретический уровень обработки эмпирических данных и сообщить «опору» разрозненным фактам.

§2. Явления дегуманизации в медицине XIX века

Проблема дегуманизации в медицине тесно связана с пониманием в культуре человека, «человечности», «человеческого», в конечном итоге – интересов человека в связи с определением его существа как биологического, социального или духовного по преимуществу. Клиническая медицина возникла в эпоху Нового времени, чье отношение к человеку базировалось на христианской этике, но как писал Хайдеггер, в эпоху становления науки христианство «перетолковывалось» в мировоззрение. Средневековье видело основу в христианстве и интерпретировало мир под него, в эпоху Нового времени и отчасти Просвещения - христианство «накладывалось» на картину мира, созданную наукой, «подгонялось» и «перетолковывалось» согласно не укладывающимся в христианскую парадигму фрагментам. Таким образом – понимание «человечности», «человеческого», и вместе с ними – гуманизма, гуманности, получало своеобразную интерпретацию в культуре со стойкой тенденцией к потере христианских оснований при общем направлении развития в интересах человеческого комфорта и долголетия, которое можно истолковать как «гуманистическое».

Проблема «дегуманизации медицины» тесно связана с социокультурными изменениями XVII-XVIII веков, переведшими медицину в плоскость социального в связи с появлением госпитальных учреждений и включением в область медицинского дискурса проблем общественного здоровья. Медицина обнаруживает тенденцию к «утрате пациента» в качестве неповторимой индивидуальности: личностные особенности, домашняя обстановка и жизненный опыт пациентов более не берутся во внимание для постановки диагноза и лечения в условиях госпитальных учреждений. Медики получают властные полномочия, позволяющие вмешиваться в частную жизнь граждан на правах охранителей

здоровья общественности. Несомненной проблемой является использование больных в качестве учебного материала.

XIX век усиливает тенденции, заявленные в эпоху Нового времени и Просвещения и еще более остро поднимает вопрос о человеке, человечности и «человеческом». В данном случае особенный интерес будет сосредоточен на том, насколько в медицинском дискурсе отражаются «метаморфозы гуманизма» в контексте развития науки и общекультурных тенденций, зафиксированных в философии и искусстве данного периода.

Противоречивые явления культуры, определяющие метаморфозы мысли XIX века, оказывают влияние на развитие медицинской науки, продвинув ее как на пути строгой рациональности, так и на пути поиска иррациональных причин заболеваний, предложив в итоге смесь упорядоченного знания с утверждением его недостаточности. Таким противоречивым явлением можно считать феномен европейского гуманизма, вместившего в себя переплетение «гуманистических» целей с неизбежным отказом от «гуманности» в процессе их достижения. В перспективе рассмотрения противоречивого феномена европейского гуманизма медицина представляет особенный интерес. Она настолько «близко» подходит к человеку, касаясь столь интимных сторон человеческой жизни, что культурные метаморфозы в понимании человека и его места в мире на примере изменений медицинского дискурса можно наблюдать наиболее отчетливо.

Существует множество определений гуманизма и понимания «гуманности» по отношению к человеку, настолько разнообразных, насколько разнообразно понимание «человечности» или «человеческого». XIX век являет направление научных изысканий в целом, и в области медицины в частности, в стремлении к продлению человеческой жизни и повышению уровня комфорта существования, то есть истолковывается «по человеку». Все объекты, которыми может оперировать наука или «весь мир», расцениваются как ресурс для достижения утилитарных целей.

Согласно Хайдеггеру, гуманизм становится возможным тогда, когда мир «становится картиной», то есть в эпоху Нового времени, когда зарождается наука,

эту картину создавая, через его наблюдение и исследование. При этом, отношения между человеком и миром, «понимаемым как картина» не следует истолковывать как противопоставление наблюдателя и объекта, отражающего природу: «Где мир становится картиной, там к сущему в целом приступают как к тому, на что человек нацелен и что он поэтому хочет соответственно преднести себе, иметь перед собой и тем самым в решительном смысле поставить перед собой. Картина мира, сущностно понятая, означает, таким образом, не картину, изображающую мир, а мир, понятый как картина. Сущее в целом берется теперь так, что оно только тогда становится сущим, когда поставлено представляющим и устанавливающим его человеком»¹¹¹. Таким образом, человек в представлении «творит» мир как картину сам в своей нацеленности на «мир». Отношение между творцом и творением не исчерпывается изображением картины, которое несло бы в себе характер завершенности, замкнутости, а, напротив, обнаруживает «в представленности сущего» глубокую генеалогическую связь с субъектом, в каком-то смысле связывая их онтологически.

Картину мира формирует наука, - вне системности научного знания картина мира не получит целостности, оформленности. Субъектно-объектные отношения в их строгом противостоянии, как подмечает Хайдеггер, можно наблюдать в относительно непродолжительное время, во время Декарта. Стиль мышления этого периода указывает на отстраненность субъекта от объекта исследования, выделение субъекта из мира. Без этого акта невозможно, чтобы мир стал картиной, но одновременно отношения между субъектом и «картиной мира» постепенно усложняются и не исчерпываются противостоянием, что видно из классической философии и позже – из иррациональной философии. Уже Кант говорит о мире как о явлении в представлении субъекта, перенося «картину мира» в творческое активное сознание, а в философии более позднего периода объединяются субъект с объектом в единстве сил иррационального порядка, присущим всем живым и растительным организмам. Так, XIX век предлагает две ветви размышления: рациональную, представленную зарождающимся

¹¹¹ Там же.

позитивизмом, и иррациональную – Артуром Шопенгауэром, Ницше и впоследствии Фрейдом. При всей несхожести методологического подхода эти учения оказывают большое влияние на сближение медицины и биологии, одновременно фиксируя утверждение культурно-исторического типа сознания, совмещающего в себе гносеологический оптимизм и начало новоевропейского нигилизма, показывающего зыбкость и незащищенность или «безопорность новоевропейского субъекта»¹¹².

Позитивизм, которому европейская культура обязана гносеологическим оптимизмом XIX века, в лице О. Конта и его последователей, провозгласивших отказ от метафизики в пользу чистого, «позитивного знания», вдохновляет развитие естественных наук. Религиозные и метафизические изыскания объявляются пройденным этапом человеческого мышления. Наука, которая «сама себе философия», тщательно отбирает методику научного исследования, оставляя за своими пределами философскую рефлексию, и ограничивает область исследования теми объектами, которые можно подвергнуть верификации. Другими словами - имеет «претензию... зашнуровать реальность в убогие и смешные сети»¹¹³. Медицина, согласно настроениям времени, также постепенно отказывается от философских умозрительных представлений и ищет опору в результатах лабораторных исследований. Результаты опытов подвергаются тщательной верификации, очищению от метафизических «наслоений» (в данном случае – от теорий «прошлого») и выводят на заключения о гармоничной связанности всего живого и возможности сопоставления всех биологических и даже социальных процессов с животным миром.

Медицина развивается в общей временной перспективе с другими культурными формами, через которые эпоха «проговаривает» себя с одинаковой силой разными голосами – голосом науки, музыки, художественного творчества. С середины XIX века происходят явления в искусстве, которые Ортега-и-Гассет называет «дегуманизацией». С этого времени, века Мелларме и Дебюсси,

¹¹² См. Соколов Б.Г. Генезис истории. СПб, Алтейя, СПб, 2004. С. 164-168.

¹¹³ Реале Дж., Антисери Д. Западная философия от истоков до наших дней. От романтизма до наших дней. В переводе С. А. Мальцевой. СПб: ТОО ТК «Петрополис», 1997. С. 271.

согласно автору концепции, искусством творится новая, «живая» реальность в противовес старой, «человеческой» реальности, к которой апеллируют классики. Под «реальностью» Ортега-и-Гассет понимает видимые и «схватываемые» нами на поверхностном уровне восприятия вещи и события. Старое искусство нацелено на воспроизведение этой реальности, но она неподлинна в том смысле, что стимулирует наши человеческие переживания «подобно алкоголю» и скрывает подлинный смысл происходящего¹¹⁴. В качестве новой функции искусства предлагается «новая реальность» в противовес старой, «человеческой», подлинно «живая» и проступающая как Идея, выйти к которой можно только покинув «реальность», которая «постоянно караулит художника»¹¹⁵.

В данной концепции проступают идеи Шопенгауэра и Ницше о познании мира через искусство¹¹⁶. Как инструмент познавательной деятельности, искусство стремится к «объективности» в своем роде, оно старается избавиться от «человеческих» проявлений как от ненужного балласта, чтобы выйти на новый уровень отображения действительности, практически явить нам сущность вещей. Высокие притязания искусства поддерживает наука в стремлении к позитивности. Продукты человеческой мысли и деятельности не только «проникают» в «новую реальность», но и создают ее, через каналы коммуникации, им же самим созданные, оказывают влияние на человека и на выстраивание его, «человеческой», как называет ее Ортега-и-Гассет, «старой реальности». Хорошо известный феномен отчуждения от продуктов собственного труда как раз указывает на проблему «стирания» человеческого в негативном смысле. Созданная реальность оказывается сильнее: но в XIX веке – это еще тенденция, которая век спустя будет рассматриваться как проблема дегуманизации культуры вследствие отчуждения человека от продуктов своего творчества.

Бунт против «человечности», в Ницшеанском понимании, в искусстве происходит путем выработки новых форм выражения, но у науки – свои методы

¹¹⁴ См. Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства // Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства. - М.: «АСТ», 2008. С. 26 - 33.

¹¹⁵ Там же. С. 33.

¹¹⁶ См.: Ницше Ф. Рождение трагедии из духа музыки. Пер. с нем. - СПб.: Издательство «Азбука-классика», 2005. - 208 с.

постижения истины, заданные классической эпохой. Темнее менее, здесь важен общий лейтмотив движения: при общей гуманистической направленности – изгнание «человеческого» для конечного общего блага, для блага абстрактного, усредненного человека. В это время, медицина становится подлинно антропологией, согласно предсказанию Хайдеггера относительно науки в целом, но теряет человека в его индивидуальном измерении.

Помимо бурного развития наук и появления иррационалистических, позитивистских и эволюционных теорий XIX век известен как век медицинских открытий, век, «сравнивший» медицинскую и биологическую лабораторию, утвердивший эмпирический подход к изучению болезни и давший новый виток развитию патологической анатомии. Как пишет Фуко, «равновесие опыта требовало, чтобы взгляд, устремленный на индивида, покоился на устойчивом, видимом и разборчивом основании смерти»¹¹⁷. Жизнь с ее многообразием, темпоральностью, непредсказуемостью исхода болезни, этим равновесием обеспечить не могла. Сбор данных о состоянии больного на основе визуального контакта и анамнеза, признается слишком сложным, отягощенным излишними частностями и тонкостями субъективных переживаний и нуждается в упрощении. В анатомическом зале параметры исследования и статичность, необходимые для объективного анализа определяет смерть, фокусируя взгляд исследователя на «здесь и сейчас», упрощая и проясняя картину. «Человеческое, слишком человеческое» мешает процессу познания в силу изначальной субъективности, которая внедряется в процесс диагностики. Необходимость упрощения приводит к отказу от «человеческого», в известном смысле – к «дегуманизации» медицины, без которой невозможна «позитивная наука».

Изгнание «человеческого», процесс дегуманизации, начинается с появлением первого госпиталя, начала социализации медицины и последующей медикализацией – широкого внедрения медицины в практическую жизнь. Постепенно медицина начинает выступать с позиции интересов граждан, экономически обеспечивающих ее существование. Это приводит к принуждению

¹¹⁷ Фуко М. Рождение клиники. Пер. с фр. - М.: Академический Проект, 2010. С. 236.

со стороны медицинских институтов прохождения определенных медицинских практик, медосмотров, вакцинации и проч. ввиду того, что состояние здоровья индивида начинает рассматриваться как общественное достояние.

Как уже говорилось выше, с появлением госпитализации медицина получает власть, выстраивает свою практическую деятельность и диагностику в соответствии с новыми задачами – работой с пациентом в условиях клиник, то есть в условиях большого скопления больных. Новые диагностические практики, также формируются путем длительных упражнений в условиях госпиталя. Примером такой практики является стетоскопия, для освоения которой требуются многочисленные выслушивания работы различных органов с целью «настройки» врачебного слуха. С другой стороны, процессу дегуманизации способствует сужение поля лабораторного исследования: в качестве объекта выступает все более локальная область в ущерб целостности восприятия. Объектом исследования становится не человек, а частица органической ткани, животная клетка. По мере развития науки медицина теряет свое «человеческое» лицо и гуманистическую направленность и большей частью перемещается в лаборатории.

В XIX веке все чаще слышны голоса об иллюзорности преграды, отделяющей человека (субъекта) от природы. Начиная с учения Дарвина о происхождении видов, человек рассматривает себя в общей парадигме естественнонаучного знания. Открытие клетки в качестве элемента животного организма излагается в труде Теодора Шванна «Микроскопические исследования относительно единообразия в структуре и росте животных и растений»¹¹⁸, подтверждая интуицию Ламетри, изложенную в «Человек-растение». Примерно тогда же выходит сравнительная анатомия Жоржа Кювье, на основании которой делаются выводы о единообразии строения живых организмов¹¹⁹. Теория Дарвина о том, что все живущие в настоящее время виды произошли от менее развитых в результате естественного отбора вследствие «борьбы за существование» подводит

¹¹⁸ См. Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 82-83.

¹¹⁹ Там же.

к мысли, что на эмбриональной стадии развития все живые существа должны пройти весь путь развития своих предшественников. Эту теорию разрабатывает Эрнст Гаккель в середине XIX века и в рамках медицинского дискурса оформляется наука эмбриология¹²⁰.

Значения сближения медицины с биологией трудно переоценить, но физика также много дала медицине в русле развития ее как естественной науки. Физики сделали попытку обосновать теорию «витализма» («жизненной силы») через закон сохранения энергии и открыли такие методы диагностики и лечения, которые мы называем «физиотерапией». Значительно продвинулась общая патология в химических лабораториях и, как уже говорилось, в лабораторию переместилась патологическая анатомия.

Общая патология как наука становится возможной, не в философском, а именно естественнонаучном смысле к середине XIX века по мере накопления опытных естественнонаучных данных. Философские спекуляции на тему общих законов происхождения заболеваний теряют авторитет по мере изучения «тонких» и ранее не описанных материй. Патологическая анатомия изучает нервные ганглии, различные здоровые и пораженные болезнью ткани, клетки головного мозга, ткани опухолей, т.е. то, что можно наблюдать только на микроскопическом уровне.

Однако нельзя сказать, что медицинский дискурс в это время, известное опорой на лабораторные исследования, полностью исключает философские притязания. В 1858 году патологоанатом Рудольф Вирхов издает труд «Целлюлярная патология, обоснованная на физиологическом и патологическом учении о ткани», где рассматривает «всякое животное как сумму жизненных единиц, из которых каждая обладает всеми свойствами жизни. Характер и единство жизни нельзя сосредоточить в одном каком-либо определенном пункте высшей организации, как, например, в человеческом мозгу; жизнь концентрируется в определенной, постоянно повторяющейся организации, которую несет в себя всякий отдельный элемент. Из этого следует, что большой

¹²⁰ Там же. С. 83.

организм постоянно представляет собой род общественной организации; эта организация – социальная, в ней масса отдельных существований связана друг с другом, но так, что всякий элемент обладает своей деятельностью и, воспринимая побуждения для нее от других частей, он все-таки сам в состоянии руководить своими действиями»¹²¹. Здесь очевидно влияние, как виталистических идей, так и претензия на освобождения от них. Почти через три десятка лет, уже в конце XIX века, Вирхов предлагает новое определение болезни: болезнь – это «измененная часть тела или, принципиально выражаясь, как измененная часть клеток и измененный орган»¹²².

Принципиальная разница этих двух текстов одного автора состоит в изменении взгляда исследователя: видно как со временем уходит соблазн найти универсальную причину болезни иррационального порядка. Оптика взгляда сужается, от болезни как таковой (универсальной болезни) до болезни определенной части тела, упрощается язык под влиянием естественнонаучных и позитивистских идей.

Микробиологические исследования, завершившиеся открытием возбудителей заболеваний, приводят к тому, что В. В. Коновалов называет «микробиологической эйфорией», которая «сформировала на десятилетия и определенный стиль мышления как организаторов здравоохранения, так и деятелей медицинской науки, практических врачей, а также большинства целителей»¹²³. «Микробиологическая эйфория» окончательно закрепляет за медициной статус науки, сближая медицинские и научные дискурсивные практики и «изгоняет» философский дискурс из медицины достаточно надолго.

Новоевропейская культура уже не первый раз испытывает «эйфорию» благодаря достижениям науки: так было в эпоху Просвещения, так происходит в XIX веке. Отступают болезни, ранее казавшиеся неизлечимыми, с введением анестезии и расширении практики обезболивания отступает физическая боль,

¹²¹ Цит. По: Там же. С. 92.

¹²² Там же.

¹²³ Коновалов В. В. Совсем другая медицина. Электронный ресурс: <http://www.ligis.ru/librari//2796.htm>. Дата обращения 15.16.2013 г.

претерпевание которой ранее считалось неизбежным модусом человеческого существования. При гуманистической направленности медицины и оправданном оптимизме по многим показателям процесс дегуманизации кажется парадоксальным.

Традиционно считается, что в центре новоевропейского культурного пространства стоит действующий, мыслящий субъект, противопоставляющий себя природе. Декартовское *cogito* фиксирует «опорное» положение субъекта, делающего ресурсы природы объектом своего изучения и вожделения. Тем не менее, появление иррационалистических философских концепций наряду с представлениями о человеческом существе, укоренившимся в научном дискурсе, как существе биологическом, но мыслящем и всеильном, кажется парадоксальным и чуждым общей картине культурной ситуации. В контексте гносеологического оптимизма, пессимизм Шопенгауэровской философии о бессмысленности существования выглядит болезненным и инородным, но сила его последователей указывает на симптоматичность появления пессимистической иррациональности. Парадоксальный страдальческий «оптимизм» Ницше продолжает линию Шопенгауэра переоценкой традиционных ценностей, утверждая за человеком характерную для всего живого «волю к мощи», которая в человеческом измерении принимает вид универсальной и непрекращающейся борьбы за власть.

Философия Ницше фиксирует иллюзорную «опорность» или, точнее, «предлагает» новую точку опоры, взамен старой, которую давало христианство. Б. Г. Соколов пишет: «... Новоевропейский субъект сущностно безопорен. Движение его самоудоверения есть движение властного удостоверение, именно поэтому Фр. Ницше можно рассматривать как того мыслителя, который проявил в динамике воли власти сущностные основания всей европейской традиции. Само движение властного утверждения протекает именно потому, что субъект по сути своей бессилен и безопорен. Субъективизм европейской традиции внутри себя самой несет зародыш своего отрицания, поскольку субъект, сколько бы он не осуществлял процесс самоудоверения, никогда его не

завершит»¹²⁴. Таким образом, человек, утверждая себя в качестве субъекта и выделяя из природы, будучи частью природы и всего бытия, себя же отрицает, разрушая онтологические связи. «Воля к власти» – является следствием провозглашенной «смерти Бога», некогда существовавшей «фигуры», «центрирующей» представление человека о мире и себе самом, компенсаторным моментом, попыткой обретения равновесия, но равновесие не индивида, личности, а субъекта, имеющего в себе универсальную для всего животного мира силу.

Европейское Просвещение, например, в лице Ламетри указывает на биологическое, поведенческое, анатомическое сходство человека с животным (или с растительным миром), акцентируя внимание на наличии разума, как свидетельства исключительности человеческого существа. Иррационалисты XIX века, напротив, в первую очередь указывают на глубинное сродство всего живого иррационального характера. Разум в таком контексте рассматривается в качестве одного из проявлений универсальной силы («воли к мощи» или «мировой воле»), имеющий специфически человеческий характер. В любом случае, все проявления, не исходящие из этих сил или навязанные культурой, постулируются как не свойственные человеку как таковому, и как «слишком человеческие» в негативном смысле.

Медицинская теория френология (от греч. φρήν — ум, рассудок и греч. λογος — слово, наука) решается дать объяснение формирования характера в анатомическом аспекте¹²⁵. Созданная Францем Йозефом Галлем в начале XIX века и, благодаря его ученикам, эта теория просуществует еще почти полвека после ухода своего основателя. Теория френологии (или «органологии») состоит в том, что мозг человека является многосоставным. Он состоит из достаточно многочисленных небольших отдельных органов (центров), имеющих лишь местную связь друг с другом. Каждый центр «отвечает» за характер той или иной психической деятельности, например, за установление коммуникации (дружбу),

¹²⁴ Соколов Б.Г. Генезис истории. СПб, Алтейя, СПб, 2004. С. 167.

¹²⁵ Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. С. 86.

тщеславие, склонность к убийству, размножение, способность к искусству и т.д. Всего насчитывается 27 локализованных участков, которым соответствуют 27 проявлений человеческого характера и его склонностей¹²⁶. Галль указывает на возможность визуального или тактильного определения состояния той или иной зоны, согласно составленной функциональной карте мозга; то есть, исходя из концепции, получается, что «профиль личности» можно получить путем ощупывания или осматривания черепа¹²⁷.

В XIX веке ученое сообщество не поддерживает концепцию Галля, справедливо считая, что, утверждением анатомической заданности человеческой личности она ставит под сомнение ее свободу. Признавая зависимость характера от анатомического строения черепа, можно прийти к абсолютной предсказуемости человеческих поступков. Это не вписывается в христианское понимание ответственности перед Богом, согласно которой, именно свобода воли, а не форма черепа позволяет человеку выбирать между добром или злом, а также развивать в себе положительные склонности и бороться с дурными. Как видно, не смотря на распространенное мнение в философии и науке о человеке как биологическом существе, христианское измерение личности еще не потеряло свой голос окончательно. Но закономерность возникновения френологии в общем контексте развития медицинской науки представляется симптоматичным. Наука стремится к выявлению причин как органических так и не органических процессов, что приводит к дальнейшим попыткам «вычисления личности». Насколько опасен путь, на который встала позитивная медицина XIX века можно определить по последствиям. Теория о строгой детерминированности человеческих поступков, согласно локализации центров головного мозга, отвечающих за те или иные психические проявления, впоследствии привела к развитию психирургии – коррекции психических нарушений операционным

¹²⁶ См. Там же.

¹²⁷ Хагнер М. Разум за работой. Визуальная репрезентация церебральных процессов // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. Спб: Алтейя, 2008. С. 146-147.

методом с трудно определяемыми последствиями для личности из-за дискуссионности критерий психической нормы.

М. Фуко предлагает рассматривать рождение клинической медицины сквозь призму установления властных порядков, а рождение психиатрии через динамику отчуждения больных душевными заболеваниями. Явления, описанные Фуко, так или иначе, имеют отношение к дегуманизации медицины и позволяют рассматривать историю становления медицинского дискурса, его развитие и трансформацию как историю дегуманизации, которая имеет в каждом культурном периоде свои магистральные характеристики и специфическое преломление.

Как видно, процессы дегуманизации в европейской культуре XIX века, наряду с развитием медицинской науки на базе физики и биологии, нашли большой отклик в медицинском дискурсе появлением теорий, предполагающих детерминированность психических реакций. В середине XIX века начало «вычисления» личности на пересечении клинических, анатомических и биологических данных было положено. Большой шаг в этом направлении был сделан впоследствии психоаналитическими теориями, создавшими свой «профиль личности», утверждавший бессознательные импульсы в качестве ведущих, снимая, таким образом, проблему индивидуальности в целом и продолжая процесс дегуманизации в медицине и культуре в целом.

§3. Психоанализ как область медицинского дискурса и «недовольство культурой»

Появление психоанализа в XIX и его широкое распространение в XX веке является знаковым в европейской культуре. Психоанализ выступает маркером и своеобразным рубежом, открывающим новый статус человека в культуре и

трансформацию дискурсивных медицинских практик, занимающихся проблемами человеческой психики. В данной части работы будет рассмотрен психоанализ как область медицинского дискурса и как феномен, открывающий в медицине проблему «недовольства культурой».

В качестве основной движущей силы человеческой психики в психоаналитических теориях презентуется иррациональное начало, что ставит под сомнение «научность» психоанализа и его легитимность в рамках медицинского, т.е. естественнонаучного, а не философского дискурса. Таким образом, правомерным является вопрос: не является ли психоанализ отступлением от классической модели построения научного знания, для которого ключевой характеристикой является опора на рациональность. И, наконец, если признать психоанализ легитимной областью медицины, то какова степень трансформации медицинского дискурса в психоанализе и значение психоаналитических теорий в вопросах изменения отношения человека и культуры.

Психоаналитическое направление в медицине и философии занимает в европейской культуре особенный статус. В первую очередь – из-за промежуточного положения, которое, с одной стороны, сообщило психоанализу практическую востребованность, с другой – достаточно долго оставляло непризнанным научным сообществом, ожидающим возможность верификации выдвинутых теорий согласно естественнонаучной методологии. Вопрос о «научности» психоанализа оставался открытым вплоть до середины XX века. Включив в свою систему в качестве объекта изучения проявления человеческой психики в ответ на события жизненные, воспринимаемые иррационально, субъективно, психоанализ предлагает широкий спектр вариантов истолкований поведенческих реакций. При этом, стремясь к научности, психоанализ достаточно последовательно следует методу, заданному Декартом, или, если точнее – взгляду исследователя, стремящемуся проникнуть вглубь изучаемого предмета вплоть до выявления первичных простых составляющих, определяющих характер

«надстройки», в качестве которых в данном случае выступают психические проявления.

Учитывая предмет исследования психоанализа, попытка «углубления взгляда», основанная не на визуальном освидетельствовании, а на основе философских спекуляциях, выглядит парадоксально. Работа «анатомического мышления», закрепившегося в европейской медицине с эпохи Нового времени, подразумевает неподвижность наблюдаемого объекта. Патологическая анатомия представляет собой конечный пункт, «развязку» всех гипотез и теорий и сообщает легитимность собранным утверждениям. Проблемы сознания не входят в интерес естественных наук, если не получают освидетельствование в анатомическом зале. «Господство взгляда» принимает мозговые патологии, которые доступны визуализации, но не на уровне функциональных нарушений. Во время своей первой вводной лекции об основах психоанализа, Зигмунд Фрейд обращается к медицинскому сообществу с упреком: «Вы привыкли обосновывать функции организма и их нарушения анатомически, объяснять их химически и физически и понимать биологически, но никогда ваши интересы не обращались к психической жизни, которая как раз и является венцом нашего сложного организма»¹²⁸. После этого заявления основатель психоанализа делает виртуозную и не лишенную успеха попытку встроить в заданную патологической анатомией систему мышления специфический объект – человеческое сознание, весьма подвижный и трудно поддающийся наблюдению и истолкованию феномен. Методы физики, химии, биологии автор переносит на подвижную и неустойчивую «почву», отсутствие визуализации компенсируется философскими спекуляциями, «дорисовывающими» недостаточность клинического опыта. Этот шаг позволяет Фрейду претендовать на признание психоанализа в качестве специфической области медицинского дискурса.

Сходство психоанализа с психиатрией и «шаткость» своей позиции Фрейд истолковывает предметом изучения: «В часы откровения психиатры сами высказывают сомнения в том, что заслуживают ли их описания названия науки.

¹²⁸ Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М.: Наука, 1989. С. 10.

Симптомы, составляющие эти картины болезней, не распознаны по своему происхождению, механизму и взаимной связи; им соответствуют либо неопределенные изменения анатомического органа души, либо такие изменения, которые ничего не объясняют»¹²⁹. Иными словами – по Фрейду, научность психиатрии также можно поставить под сомнение, т. к. она оказалась бессильной для вскрытия «анатомического органа души» и распознавания внутренней механики данного органа. Психоанализ интересуется, прежде всего, механизмом психических нарушений, априори не имеющих отражения в анатомии, при этом аналогия с анатомией выдает претензии автора на признание научным сообществом, мыслящим «анатомически». В качестве симптомов предлагаются незримые изменения, а поведенческие формы проявления неврозов, при этом целью исследования психоаналитика является вскрытие, как пишет Фрейд, «смысла невротических симптомов»¹³⁰ на основании интерпретации сновидений, оговорок и других произвольных сигналов, выбивающихся на поверхность из сферы бессознательного.

Однако вскрытие бессознательных импульсов на основе толкования сновидений и оговорок предполагает необходимость «анатомического препарирования» человеческой психики если не на уровне эмпирии, что само собой невозможно, то в теоретических спекуляциях. Для анатомического мышления необходима неподвижность картины, устойчивое ее основание, но Фрейда не смущает подвижность и неустойчивость психических процессов. «Психоанализ относится к психиатрии приблизительно как гистология к анатомии: одна изучает внешние формы органов, другая – их строение из тканей и элементарных частичек. Противоречие между этими двумя видами учения, одно из которых продолжает другое, просто трудно себе представить... И может быть, в недалеком будущем мы поймем, что научная психиатрия невозможна без хорошего знания глубоко лежащих, бессознательных процессов душевной жизни»¹³¹, - говорит Фрейд в своих лекциях. Гистология рассматривает организм

¹²⁹ Там же. С. 10-11.

¹³⁰ Там же.

¹³¹ Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М.: Наука, 1989. С. 162.

на уровне клетки, в то время как анатомия – на уровне органов. Так и психиатрия не ставит перед собой задачи выявить «клеточное строение» психической патологии, а ограничивается общими замечаниями по поводу возникновения психозов – наследственность, травмирующая психику ситуация, неблагоприятная социальная обстановка, влияние соматических заболеваний. Психоанализ идет дальше - занимается «вскрытием» психических проявлений «на клеточном уровне» до установления изначального повреждения, вытесненного в бессознательные слои психики негативного жизненного опыта. Травмирующее событие выступает в качестве инородного тела, являющегося первопричиной сбоя, которое следует найти на пути «снисхождения» в глубину сознания. Так, «углубление взгляда», подмеченное Фуко как общая тенденция трансформации поля исследования в медицине, проявляет себя в области психиатрии, порождая психоанализ.

Бессознательный слой психики, присущий всем людям и восходящий к инстинктам, связывающим весь животный мир, подобно «мировой воле» Шопенгауэра или «воле к мощи» Ницше – отправная точка отсчета в системе Фрейда. Однако претензия на научность системы делает необходимым «избегания философии», как пишет Ж. Деррида, «которая заведомо представляется в качестве того, что уводит с пути истинного»¹³².

Абсолютизация либидо в качестве определяющей силы, реализующейся в тенденции к господству принципа удовольствия, уравнивается автором препятствиями к его удовлетворению, формируя хрупкий баланс внутреннего эмоционального состояния. Как пишет Фрейд, «принцип удовольствия выводится из принципа константности»¹³³. Далее, уравнивая инстинкт «к жизни» стремлением к смерти, Фрейд устанавливает баланс своей конструкции, подводя ее к экономической точности. Высказывая «экономическую точку зрения»¹³⁴, Фрейд утверждает возможность измерения либидо, а, исходя из этого, как можно

¹³² Деррида Ж. Страсти по Фрейду // Ж. Деррида. О почтовой открытке от Сократа до Фрейда и не только // Пер. В. фр. Г. А. Михалкович. – Мн.: Современный литератор, 1999. 490 с.

¹³³ Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // З. Фрейд Я т Оно: Сочинения. – М.: ЗАО Издательство ЭКСМО-Пресс; Харьков: Издательство «Фолио», 2000. С. 713.

¹³⁴ Там же. С. 717.

предположить, калькуляции человеческих поступков. Шаткость экономического баланса подтверждается невозможностью окончательного определения составляющих баланс элементов: «...Мы были бы очень признательны той философской или психологической теории, которая могла бы нам пояснить, каково значение того императивного характера, какой имеет для нас чувство удовольствия или неудовольствия. К сожалению, нам не предлагают ничего приемлемого в этом смысле. Это самая темная и недоступная область психической жизни...»¹³⁵ Как пишет Ж. Деррида, Фрейд берется установить «соотношение количественное, а не сущностное»: «Закономерность, основанная на количестве, чья сущность нам неведома... и на количестве энергии... присутствие которой в психической жизни лишь подразумевается»¹³⁶. «Тем не менее, сущностная непроясненность составляющих этого баланса не смущает автора: «Мы полагаем, что теория, которая кроме топического и динамического момента учитывает еще и экономический, является самой совершенной, какую только мы можем себе представить в настоящее время, и заслуживает названия метапсихологической»¹³⁷.

Производить «вскрытие» позволяет структура человеческого сознания, предложенная Фрейдом. Подобно патологоанатому или хирургу, психоаналитик «спускается» в шахту сознания, закрытую от поверхностного взгляда, вскрывая вытесненные проблемные зоны, освещение которых, согласно Фрейду, должно снимать конфликт между сознательным и бессознательным, возникшем на фоне стремления к удовольствию и невозможностью его достижения. Сознание человека, таким образом, представляет собой многослойное образование, составленное во временной перспективе сопутствующими обстоятельствами и переживаниями. Психоаналитику предстоит «спуститься» к истокам формирования характера, которые связывались с детскими впечатлениями, и,

¹³⁵ Там же. С. 711-712.

¹³⁶ Деррида. Ж. Страсти по Фрейду // Ж. Деррида. О почтовой открытке от Сократа до Фрейда и не только // Пер. В фр. Г. А. Михалкович. – Мн.: Современный литератор, 1999. 435 с.

¹³⁷ Там же. С. 711.

вскрывая причины повреждений, узнать «о внутреннем механизме душевной жизни»¹³⁸.

Медицинское сообщество критикует психоаналитическую теорию Фрейда из-за количества допущений, принятых за отправную точку теории, и недостаточность клинического опыта. Изначально З. Фрейд, высказывая претензии на методологическое сходство с гистологией, постулирует психоанализ как искусство толкования, которое позже сменяет «терапевтическое умение». Подталкивает к этому своеобразие предмета изучения, не входящего в сравнение с предметом анатомии и гистологии. Тем не менее, как пишет сам Фрейд, «есть большие группы нервных расстройств, где мы действительно смогли воплотить наши знания в терапевтическое умение, и что при известных условиях мы достигаем в случаях этих заболеваний, обычно трудно поддающихся лечению, успехов, не уступающих никаким другим областям внутренней терапии»¹³⁹.

Следующий аспект значимости психоанализа в культуре раскрывается в постулированном Фрейдом статусе человека, восходящем также к иррациональным философским концепциям – Шопенгауэра и Ницше – и доведенном до логического завершения. Телесный человек Фрейда, управляемый инстинктами через свою телесность, которая позволяет утверждать жесткую казуальность психических процессов, является основным предметом критики. К. Ясперс в «Общей психопатологии» высказывает следующие упреки: «Понимание останавливается перед непреложностью экзистенции: того, чем человек является на самом деле. Психоаналитическое озарение — это ложное озарение. Хотя экзистенция и не открыта для психологического понимания, она позволяет последнему ощутить себя, поскольку ставит перед ним границы там, где начинается нечто, обнаруживающее себя именно через неокончателность, незавершенность понимания. Психоанализ не желал видеть эти границы; он хотел понять все»¹⁴⁰.

¹³⁸ Там же. С. 711.

¹³⁹ Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. - М.: Наука, 1989. С. 162.

¹⁴⁰ Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. М: Практика, 1997.С. 443.

Понимание человека как «биологической индивидуальности», заявленное Фрейдом и отсутствие границ возможности истолкования, также вызвано вопросом о легитимности психоанализа в области научного дискурса. Ставя перед собой цели, которые присущи медицинской науке в целом – выявить детерминированность органических процессов для их коррекции и управления ими, психоанализ как метод вполне отвечает требованиям научности в методологическом смысле. Если теория Галля, френология, ищет соответствие между анатомическим строением мозга и характером индивида, «складывая» его из вполне определенных анатомических признаков, в наличии которых, согласно учению, можно убедиться в процессе визуализации или ощупывании черепа, то психоанализ ищет строгие соответствия, апеллируя при этом от поступков к истокам человеческого поведения. Существенная разница состоит в точке отсчета - предлагая бессознательное в качестве детерминанты, Фрейд вынужден придать ему характер устойчивости, отграничить от стихийных, непредсказуемых проявлений «человеческого», заявить предопределенность и предсказуемость иррационального. Это приводит к избавлению от индивидуального, «слишком человеческого», от того, что представляет неповторимость конкретной личности, без чего научный подход к исследованию психических процессов представляется невозможным. Таким образом, Фрейд предлагает структуру человеческой психики, в которой, как пишет Б. Г. Соколов «"подлинная" субъективность индивида – это структура, рождающая при постоянном курсировании между двух «безличностных» и в этом смысле безиндивидуальных слоев, а именно между бессознательным и супер-эго»¹⁴¹. Супер-эго также «руководит» поступками человека на бессознательном уровне, даже если его содержание продиктовано культурой. При этом проблема кроется в конфликте сознательного и бессознательного, где культура выступает одновременно в качестве продукта сублимации бессознательных импульсов и источником внутреннего конфликта.

Как писал современник Фрейда, представитель экзистенциальной психиатрии Л. Бинсвагнер, «для Фрейда "организм" означает общую сумму

¹⁴¹ Соколов Б. Г. Генезис истории. СПб, Алтейя, СПб, 2004. С. 166.

инстинктивных процессов, включающих психические, химические и физические явления в рамках биологической индивидуальности... Он означает "инстинкты" и их конкретизацию в отдельных делах и поступках. Нормальное и патологическое развитие организма было для него эквивалентно нормальному и патологическому развитию "инстинктов" и их функциональному взаимодействию»¹⁴². Понятие «биологической индивидуальности» само по себе исключает личностные характеристики ввиду «безличности» биологической природы. Фрейдовский человек - это «естественнонаучный конструкт, подобный биофизиологическому понятию организма, химическому понятию материи как основы элементов и их соединений, физическому понятию света и т. п. Реальность феноменального, его уникальность и независимость, поглощается предполагаемыми стремлениями, побуждениями и законами, которые ими управляют»¹⁴³.

Детерминированность психических процессов и их возможная калькуляция, заявленная Фрейдом, восстает против исключительности человеческого существа, его высокого предназначения и статуса, постулированного эпохой Просвещения. По Фрейду, высокий статус человека, заявленный проектом Просвещения, не может быть подтвержден достижениями культуры. «Расколдовывание мира» принимает вид «расколдовывания человека». В работе «По ту сторону принципа удовольствия» Фрейд пишет: «Многим из нас было бы тяжело отказаться от веры в то, что в самом человеке пребывает стремление к усовершенствованию, которое привело его на современную высоту его духовного развития... Но я лично не верю в существование такого внутреннего стремления и не вижу никакого смысла щадить эту приятную иллюзию. Прежнее развитие человека кажется мне не требующим другого объяснения, чем развитие животных, и то, что наблюдается у небольшой части людей в качестве постоянного стремления к усовершенствованию, становится легко понятным как последствие того вытеснения влечений, на котором построено самое ценное в человеческой

¹⁴² Бинсвангер Л. Фрейд и Конституция клинической психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. «КСП+», М.; «Ювента», СПб (при участии психологического центра «Ленато», СПб), 1999. С. 175-176.

¹⁴³ Там же. С. 142.

культуре»¹⁴⁴. Продолжая линию Ницше, Фрейд отзывается о европейской культуре в негативном ключе, истолковывая ее в качестве противоестественных ограничителей для проявления бессознательных импульсов. При этом сам автор в статье «Недовольство культурой» высказывает признание того, что не говорит ничего нового. Мысль о «недовольстве культурой» «витают в воздухе» европейской мысли со времени Руссо и тем более со времени Ницше, который имеет претензии к христианской культуре, как навязывающей противоестественную форму существования. Тем не менее, именно Фрейд «запускает» проект «недовольства культурой» через истолкование культурных установок в качестве источника неврозов¹⁴⁵, и проблема конфликта человека и культуры, благодаря Фрейду, получает медицинское измерение.

Можно утверждать, что к XX веку медицина постепенно выходит из границ, продиктованных основным предназначением – лечить болезнь. В русле трансформации и расширения влияния медицинского дискурса проблема психоанализа, его широкое распространение является показательным. Утверждению Фрейда о том, что человек является невротиком вследствие невозможности реализации здоровых бессознательных импульсов, ставит под удар традиционные ценностные культурные установки, основанные на христианской этике. Психоанализ становится заменой некогда существенному элементу жизни европейского человека – исповеди в рамках церковной жизни. Это расширяет проблематику – в фокус психоаналитика, а вместе с тем и в область медицинского дискурса, все в большей степени входят жизненные события, воспринимаемые пациентом критически. Вопрос состоит в том, что делать с этим восприятием, как снять напряженные отношения современного человека с культурой, диктующей, согласно психоанализу, противоестественные и, соответственно, вредные для человека условия существования.

Таким образом, психоанализ задает направление мысли субъекта о себе самом как о «биологическом индивиде» и, соответственно этому, указывает

¹⁴⁴ Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия // З. Фрейд Я т Оно: Сочинения. – М.: ЗАО Издательство ЭКСМО-Пресс; Харьков: Издательство «Фолио», 2000. С. 746.

¹⁴⁵ См., например: Фрейд З. Неудовольство культурой. М.: Folio, 2013. 222 с.

движение к здоровью и комфорту через поиск собственного Я в бессознательных слоях психики. Бессознательное соотносится с природными истоками существования, для изучения которого используется методология, характерная для естественных наук – на основе наблюдения и рационального освоения опыта. В этой связи представляется интересным высказывание Мамардашвили о классическом и неклассическом типах рациональности: «В классическом своем завершении философия и наука (если датировать это завершение концом XIX — началом XX века) задали вполне определенную онтологию ума... Собственно говоря, эта онтология и есть «рациональность», или «идеал рациональности». Неклассическая же проблема онтологии ума (или, соответственно, рациональности) уходит своими корнями в те изменения в ней, которые возникают в XX веке — в связи с задачей введения сознательных и жизненных явлений в научную картину мира. Последний шаг, а именно введение явлений сознания и жизни в физическую картину мира, является весьма проблематичным»¹⁴⁶. Другой вопрос – что «жизненные явления» в системе Фрейда осмысливаются с позиции рациональности. Фрейд вводит свою картину мира жизненные явления из необходимости, более того – именно они являются подлинным интересом его последователей и оппонентов, так как «высвечивают» механизмы психических процессов, которые в свою очередь подвергаются «классическому» анализу, то есть анатомическому или гистологическому препарированию, «археологическим раскопкам», в конечном итоге - попытке *рационализации иррационального*.

Влияние психоанализа на медицинский дискурс и общекультурное поле позволяет говорить о судьбе европейской медицины «после Фрейда», а теоретиков, в последствие работающих над изучением глубинных мотивов человеческих поступков, считать его последователями.

Для последователей психоанализа «недовольство культурой» является ключевым моментом. Вопрос остается в том, как снять конфликт человека и

¹⁴⁶ Мамардашвили М. Классический и неклассический идеалы рациональности. Тбилиси: „Мецниереба“, 1984. С. 12.

культуры – через его адаптацию или при помощи реставрации скрытых глубинных смыслов, погребенных под спудом современных культурных запретов и навязанных обязательств. Ключ к душевному и психическому здоровью видится в гармонии рационального с иррациональным, кроющимся в глубине психики, при этом отдается приоритет последнему.

Новоевропейский человек уже осознал детерминированность своих влечений и поступков и хочет управлять ими. При этом подобный взгляд субъекта фокусируется не только на себе самом, но и на той картине мира, которая ему дается в восприятии, схватывая и структурируя себя подобно конструкции, вовлекая в нее иррациональные, бессознательные составляющие, не осознавая их шаткость и «безопорность» в бесконечном процессе познания и самопознания. Ответственность за свои поступки перекладывается на обстоятельства, которые ожидают интерпретации, позволяющей *переконструировать* себя для удовлетворения и комфорта.

Сам человек при этом вправе понимать в качестве конструктора себя самого, перенося «недовольство культурой» на недовольство собой и собирая и корректируя свою психику и свое тело, согласно культурным запросам, обращаясь за помощью к медицине и сообщая ей новые функции.

ГЛАВА 3. СВОЕОБРАЗИЕ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА

§1 Новые функции медицины в современной культуре

Обретение новых функций медициной в современной культуре, о которых пойдет речь в данном разделе работы, связано с переориентацией медицинской проблематики.

XX век отмечен многочисленными научными открытиями. Благодаря достижениям микробиологии и химиотерапии, большой процент инфекционных и паразитарных болезней, ранее считавшихся неизлечимыми, излечивается без продолжительных временных и экономических затрат, практически исчезают эпидемии, развитие генетики и иммунологии позволяет достичь значительных успехов в профилактике соматических заболеваний. Одновременно время диктует новые проблемы – рост онкологических и сердечнососудистых патологий. Рост количества онкологических больных связывают с ухудшением экологической обстановки, повышение «кривой» смертности от сердечнососудистых заболеваний трактуется как следствие «неправильного» питания, вредных привычек и нервного напряжения, отмечается повышение процентного уровня психических расстройств, депрессивных состояний, суицидальных настроений. Данные явления настраивают оптику медицины на решение вопросов околomedicalного характера и констатируют необходимость вовлечения в дискурс медицины тем немедицинского свойства.

Одновременно происходит «разворачивание» проекта «недовольства культурой» наряду с развитием медицинской науки и продолжением процесса дегуманизации в медицине, то есть «потери» человека как неповторимой единицы

бытия, специфически «человеческого» в представлении о человеке. Человек рассматривается как комплект данных о состоянии организма, собранный в процессе многочисленных диагностических мероприятий.

Как уже говорилось выше, явления дегуманизации происходят во всех сферах современной культуры и широко освещаются в философии. Искусство через процесс дегуманизации ищет пути к объективному освоению действительности через постижение скрытых смыслов. Постижению смыслов мешает включение человеческого, субъективного, сиюминутно-переживаемого. Свобода в самовыражении оборачивается иллюзией – культура начинает диктовать «правила игры» воспринимаемые субъектом, делая из него объект своей экспансии, задавая ракурс рассмотрения, не раскрывая, а диктуя смыслы, заданные современными представлениями человека о себе самом и о мире.

Как писал Г. Маркузе, «развитая индустриальная цивилизация – это царство комфортабельной, мирной, умеренной, демократической несвободы, свидетельствующей о техническом прогрессе»¹⁴⁷. Отсутствие свободы при практически осязаемом комфорте существования говорит о том, что человек в индустриальном обществе – малая часть в общественном и техническом пространстве, которое не отличается стабильностью и устойчивостью. «Безопорность европейского субъекта»¹⁴⁸, как уже было показано, обусловлена неустойчивостью культурного пространства, в которое погружен новоевропейский человек. Экзистенциальная неустойчивость выражается в отсутствии точки притяжения в культуре, опоры для обретения равновесия. Такими «опорами» могут служить место рождения, национальность, сословие или биологические характеристики. По сути - европейский человек современной культуры, определяемой как эпоха постиндустриального общества, живет в пространстве дискурса, опирающегося на речевые практики, автономные от него, которые в свою очередь подвижны и тяготеют к трансформации. Пространства различных дискурсивных практик формируют надстройку, сообщая ей свои

¹⁴⁷ Маркузе Г. Одномерный человек. Пер. с англ. М: ООО Издательство «АСТ», 2009. С. 17.

¹⁴⁸ См. Соколов Б.Г. Генезис истории. СПб: Алтейя, СПб, 2004.

качества, основным из которых представляется «нестабильная стабильность», то есть постоянное стремление к разрастанию. Формы культуры, которые объективируют подобные явления, воспринимаются как устойчивые, но при ближайшем рассмотрении обнаруживаются наслаивания друг на друга областей дискурса с тенденцией к вовлечению в пространство новых дискурсивных практик. Данное замечание в полной мере относится к культурному полю медицины, демонстрирующему восприимчивость к культурным тенденциям своего времени и расширению пространства медицинского дискурса.

О специфике человека современной культуры, с которой связывают середину и конец XX века, писалось и пишется довольно много, - современная культура склонна к саморефлексии. Согласно распространенным представлениям, если в Новое время философия занималась вопросом «что такое человек», то в XX и XXI веке решается вопрос о взаимоотношении и взаимовлиянии человека и культуры. Мысль об отчуждении человека от продуктов своего труда и «смерть автора», подразумевающая освобождение текста от оков авторского замысла и постулирующая свободу интерпретаций, возводит культурные продукты в статус диктаторов. Человек, откликается на вызовы культуры, выбирает из предложенного, его свобода иллюзорна, так как его выбор уже предопределен культурной ситуацией, его вопросы не требуют творческого решения, - ответы также предложены СМИ, рекламой. При этом человек всегда может надеяться на переконструирование своей жизни, своего тела и своей психики в мире безграничных возможностей, согласно представлениям культуры о красоте, молодости, здоровье и успешности.

Начало существенного изменения в самосознании человека следует отнести к эпохе Нового времени, когда человек определил себя в качестве субъекта и одновременно объекта изучения, что сделало необходимым дистанцирование от собственного Я. Таким образом, по словам Н. Элиаса, «произошел акт выделения себя при наблюдении других и самого себя»¹⁴⁹. Начало данного процесса связывают с cogito Декарта, постулировавшего такой взгляд человека, который

¹⁴⁹ Элиас Н. С. 149.

предполагает выделение себя, самоизоляцию, необходимую для изучения природы и самого себя как части природы. Характер европейской культуры, начиная от Декарта, демонстрирует тенденцию к усилению саморефлексии и замыканию человека на своем внутреннем мире. Этот взгляд настраивает оптику науке и медицине в частности, но более того – он задает направление движения в европейской культуре вглубь субъекта. Можно предположить, что европейский человек стал определять себя в качестве конструкта с постулирования человеческого тела в качестве «машины» Декартом или «божественной машины» Лейбницем, но все же - машины. Таким образом, потеря индивидуальности, о которой говорилось выше, наряду с усилением саморефлексии представляется парадоксальной. Но углубляясь в себя, человек все меньше находит в себе того, что связывало бы его, либо выделяло как индивида от других себе подобных существ.

Данные настроения достаточно ясно отмечены в современном искусстве, уделяющем много внимания внутреннему миру человека, его переживаниям и точнее – его «отображению» действительности, и в философских учениях (прежде всего – в экзистенциальной философии и психоаналитических теориях). Подобные явления представляются своеобразной компенсацией «безопасности», попыткой найти устойчивое основания собственного Я. Как пишет Б. Г. Соколов, «Как ни парадоксально это звучит, но горизонт человека – при всех дифирамбах гуманизму, личности и пр. – перестает центрироваться на самого человека, понимаемого не как некое субстанциональное образование, но как "точка" пересечения человечества, индивида, как сочетание, если вспомнить Гегеля, всеобщего, особенного и единичного»¹⁵⁰. Попытки найти «центрирование» оказываются неудачными. Экзистенциальная философия уводит человека внутрь себя, в пространство «без дна», без твердого основания, а в психоаналитических теориях предлагается в качестве основания и точки отсчета бессознательное, личное или коллективное, которое также не может обеспечить индивида экзистенциальной опорой. Фрейд в пассаже «о механизме психических

¹⁵⁰ Соколов Б.Г. Генезис истории. СПб: Алтейя, СПб, 2004. С. 321–322.

процессов» и в рассуждениях о возможности экономического (т.е. математического) вычисления либидо, то есть фундаментального двигателя психики, рассуждает в том же ключе, прямо указывая на возможность коррекции «механизма» сознания, подчеркивая его пластичность. Психоанализ стимулирует переработку прошлого жизненного опыта, но не указывает точку завершения процесса и начало будущего, свободного от травматического прошлого. Опора видится в процессе самопознания, то есть в бесконечном движении или, точнее, скольжении по пространству собственного Я. В этот момент «познание себя», «забота о себе» переходит в «делание себя», бесконечное конструирование и переконструирование в поиске утерянной опоры и индивидуальности.

Следующими шагами развития учений по коррекции невротических состояний явилось изменение фокусировки – опора на феномене, «жизненном мире» или экзистенции. Множественные концепции экзистенциальная психология, гештальтпсихология, психоанализ Юнга - могут рассматриваться как модификации психоаналитических учений в методологическом аспекте. Можно сказать, что они идут путем Фрейда, спускаясь в шахту психики, изменяя лишь интерпретации увиденного во время путешествия, в большей или меньшей степени попадая под влияния первопроходца. Кроме методологии, их общим местом является внимание к, так называемым, «пограничным состояниям» и работа над их коррекцией инструментами психиатрии и психологии, граница между которыми остается весьма подвижной.

Европейская культура уже переживала разочарования идеями *ratio*. Романтическое движение фиксировало тоску по «подлинному», «изначальному», но, по сути, не могло предложить ничего нового, кроме возврата к уже пройденным теориям, основанным на философских спекуляциях с некоторой долей мистики. XX век находит путь возврата благодаря психоаналитическим идеям через спуск в «шахту» психики, на дне которой, покоятся силы, задавленные современной культурой и нуждающиеся в освобождении. Идеи Юнга о коллективном бессознательном и возникновении неврозов вследствие нарушения или утраты связи с бессознательными слоями психики оказываются

чрезвычайно востребованными, как оказываются востребованными другие методы «путешествия» человека в глубины своего сознания. Книги по психоанализу, экзистенциальной психологии и аналитической психологии идут в массы и становятся бестселлерами.

Популярность психотерапевтической литературы указывает на «недовольство культурой» в широком смысле слова. Мысль Фрейда о том, что невротиками, людьми с т. н. «пограничными состояниями» между здоровьем и страданием тяжелыми психозами, является любой адепт современной культуры, обращает внимание человека внутрь себя и стимулирует анализ своего психического состояния. Существует множество примеров бестселлеров подобного содержания, демонстрирующих «размывание» границ между медицинским дискурсом и популярной литературой, обучающих человека «искусству толкования» собственных психических проявлений.

В качестве примера внедрения данных идей в массовую практику и одновременно в культурологический дискурс можно привести труды Клариссы Пинколы Эстес, где «*homo natura*», как называл Фрейдовского человека Бинсвангер, как «подлинная естественнонаучная, биопсихологическая идея»¹⁵¹ получает свою интерпретацию в юнгианском ключе. Обращение к мифу, которым современная культура также обязана Ницше и Фрейду, сообщает учению Эстес статус откровения, о чем говорит тон книги «Бегущая с волками. Женский архетип в мифах и сказаниях». В предисловии автор пишет: «Все мы тоскуем по первозданному. Культура предлагает не слишком большой выбор противоядий от этой тоски. Нас научили стыдиться таких влечений. Мы отпустили длинные волосы и привыкли скрывать под ними свои чувства. Но днем и ночью за нашей спиной таится тень Первозданной Дикой Женщины. Где бы мы ни ступали, эта тень крадется следом и – определенно – опирается на четыре лапы»¹⁵². Согласно Эстес, в природных влечениях следует искать подлинное Я, утраченное в современной культуре: «Первозданная природа и Первозданная женщина – два

¹⁵¹ Бинсвангер Л. Фрейд и Конституция клинической психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.: «КСП+», «Ювента», СПб (при участии психологического центра «Ленато», СПб), 1999. С. 142.

¹⁵² Эстес Кларисса Пинкола. Бегущая с волками. Женский архетип в мифах и сказаниях. - М.: ООО Издательство «София», 2007. С. 14.

вида, которым угрожает полное уничтожение. На протяжении длительного времени женская инстинктивная природа подвергалась гонению, грабежу и злоупотреблениям. Подобно любой дикой природе, она всегда страдала от «неразумного обращения»¹⁵³. Следствием неразумного обращения явилась потеря женщиной подлинного Я, чувство неудовлетворенности, внутреннего дискомфорта и депрессии.

Книга Эстес посвящена психологическим проблемам современных женщин, но, согласно мысли автора, в полной мере может быть обращена к человеку современной культуры в целом. Проблема внутреннего отрыва от «подлинного» является универсальной, и именно в этом, согласно теории, кроются психологические проблемы, которые сродни экологическим проблемам современного мира. В качестве ключа для «спуска в шахту бессознательного» предлагаются сказки и мифы, в которых современному человеку следует найти «утраченное перводанное». Исследование сказок и мифов, в которых сохранилось присутствие подлинного, согласно теории автора, помогает «разбудить» природные глубины человеческого существа и выйти к архетипическому основанию, как источнику жизненной силы, и, как следствие - обрести мудрость на основе природной интуиции и прийти к творческой реализации.

Другим примером психотерапевтического бестселлера, созданного для решения психологических проблем современного человека, можно считать книги Ирвина Ялома, представителя экзистенциальной психотерапии, описывающего свою работу по коррекции невротических нарушений, основателя жанра «психотерапевтические новеллы». Излагая опыт работы в группах и с одиночными пациентами, Ялом предлагает решение проблем экзистенциального характера – преодоления экзистенциальных рубежей, связанных с возрастными кризисами, страхом смерти и потерей близких. Основная мысль автора состоит в том, кризис является поворотным пунктом, направляющим человека к его подлинности. Как пишет Ялом, «рак излечивает любой невроз», то есть обращает

¹⁵³ Там же. С. 15.

внимание к подлинно важному взамен ложных ценностей, навязанных культурой. Соответственно задачей психотерапевта является помощь в том, чтобы сделать экзистенциальный кризис продуктивным, раскрывающим творческий потенциал личности. Существенным моментом экзистенциальной психотерапии является его атеистическая направленность. Современный человек в условиях потери экзистенциальной «опоры» в культурных условиях «смерти Бога» ищет опору и утешение вне религии. В книгах Ялома религия рассматривается в ключе фрейдизма, преодоление страха смерти утверждается вне иллюзорных представлений, под которыми понимается религия, утешающая и отвлекающая от непосредственного видения проблемы и ее трезвого восприятия. В качестве опорного момента взамен религиозного представления о бессмертии души предлагается продолжение человека в делах и в людях, воспринявших дела ушедшего, что косвенным образом является продолжением жизни после смерти¹⁵⁴.

Психоаналитические теории и психотерапевтические практики ведут поиск утраченного Я в разных направлениях. В том числе и самых радикальных – в направлении экспериментов с собственным сознанием и формам сознания, отнесенным классической медициной к проявлениям тяжелых психозов. В крайней форме эта мысль оказывается воспринятой антипсихиатрическим движением, рассматривающим шизофрению в качестве способа компенсации на культурную агрессию и неумении человека адаптироваться в социуме. Соответственно этой мысли, в качестве лечения предлагается «принятие» данной компенсации, при этом роль врача сводится к сопутствию в путешествии по мирам, сконструированным шизофреническим сознанием¹⁵⁵. Предполагается, что пациент при помощи врача сам «найдет» выход из лабиринтов сознания, которые понимаются как миры, созданные защитной функцией психики в ответ на культурную агрессию.

¹⁵⁴ См. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти. Пер. с англ. - М.: Эксмо, 2008. 352 с., Ялом И. Дар психотерапии. Пер. с англ. - М.: Эксмо, 2008. 352 с. И другие книги автора.

¹⁵⁵ См. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. - М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. 221 ; также труды Лейнга Р., например, Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Пер. Е. Н. Махнычевой // Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 21–179.

Эксперименты по использованию такого учения получают широкое освещение в культурной жизни XX века. Связанное, прежде всего, с именем Р. Лейнга, антипсихиатрическое движение изначально имеет целью гуманное отношение к больным, выступает против агрессивных методов лечения тяжелых психозов, в том числе хирургических. Логическим продолжением развития антипсихиатрии является признание форм сознания шизофреников в качестве альтернативных. В итоге проводится эксперимент по созданию общины, где идеи движения предполагается воплотить на практике¹⁵⁶. «Реальность феноменального», которого так не хватало Бинсвангеру в психоаналитической теории Фрейда, обретает в антипсихиатрическом движении подлинную реализацию. Если Фрейд рассматривает продукты сознания в качестве реакции на вызовы жизни человека и шире – культуры, то теперь феноменальное рассматривается в качестве альтернативной реальности, соответственно обостряя вопрос о границах нормы и патологии в психиатрии.

Профессиональная медицина от начала своего существования рассуждает о соматической патологии на основании наблюдений за нарушением телесных функций больного или видоизменения пораженного органа в анатомическом зале. Рассуждая в том же ключе, психиатрия также рассматривает нарушение поведения в качестве симптома психического заболевания. Однако критерии нормы поведения ставятся под сомнение так же, как и сама возможность его оценки. Таким образом, путь классической психиатрии, признававшей границу между нормой и патологией, представляется антипсихиатрическим движением и примкнувшими к нему медиками ложным. Оценка поведения настораживает, так как ведет к оценке личности в целом и приводит психиатрию в пространство этики, что трактуется как посягательство на свободу личности¹⁵⁷. При этом, учитывая «размывание», «безопорность» внутреннего мира индивида, дезориентированность в культурном пространстве и восприимчивость культурным влияниям, невмешательство психиатрии в коррекцию поведения не

¹⁵⁶ См. об этом: Власова О. Рональд Лейнг. Между философией и психиатрией. – М.: Издательство Института Гайдара, 2012. 464 с.

¹⁵⁷ См. Szasz T.S. The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy. — Syracuse, New York: Syracuse University Press, 1988 (1965, 1974). 226 p.

приводит к ожидаемым результатам. Тем не менее, осторожность в применении психотерапевтического и хирургического лечения в психиатрии представляется оправданной ввиду получивших в середине XX века широкую огласку и осуждение экспериментов медиков в концлагерях во время Второй мировой войны.

Лечение больных шизофренией в условиях общинного проживания путем наблюдения и сопровождения больного по мирам его сознания подробно изложено в монографиях современного исследователя антипсихиатрического движения О. Власовой¹⁵⁸. Но в контексте проблемы медицинского дискурса обращает на себя внимание то, что «безопорность новоевропейского субъекта», о чем пишет Б. Г. Соколов, является причиной «размывания» каких-либо границ в представлении человека о себе самом. Отсутствие «опоры» влекут к отсутствию критериев нормы, что приводит к «размыванию» границы между нормой и патологией не только в области психиатрии, но также и в области соматического здоровья. Новоевропейский человек не знает, здоров он или болен, или, точнее, знает, что *не здоров*. Популяризация психиатрической литературы говорит об ощущении внутреннего дискомфорта современного человека и дает повод чувствовать свое нездоровье, тем более что критерии нормы и патологии все более определяются не научной медициной или соматическим состоянием, а диктуются культурой. Это говорит о том, что медицина теряет монополию на лечение и диагностику, медицинский дискурс расширяет границы, выносит проблемы медицинского характера на поле широкого обсуждения в рамках массовой культуры.

Конструирование *себя*, как тела, так и психики, говорит об экзистенциальном переживании внутреннего конфликта и неудовлетворенности. По замечанию немецкого социолога Н. Элиаса, «каждый человек двойственен: он – монета и чекан одновременно»¹⁵⁹, при этом «отдельный человек не является началом, и его отношения с людьми также не имеют начала»¹⁶⁰. Относительным

¹⁵⁸ См. также Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. - М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. 221 с.

¹⁵⁹ Элиас Н. 5, 40

¹⁶⁰ Там же. С. 558.

началом можно считать биологические характеристики, данные человеку от рождения, определяемые через наследственность, состояние здоровья и пол как биологические константы, которые изначально задают в культуре техники поведения, исходя из первичной самоидентификации. Проблема начинается тогда, когда они размываются и переходят в категорию социальных или культурных. Так происходит переход из категории пола в «гендер», а биологический возраст определяется не тем, «на сколько лет ты себя чувствуешь», а тем, «на сколько лет ты выглядишь», т. е. на какой возраст ты претендуешь в собственной презентации. Современный исследователь Е. Э. Сурова отмечает в качестве ключевой черты современной культуры презентативность, стремление к презентации смыслов в визуальных образах, которые обусловлены законами потребления¹⁶¹. Отсюда обилие рекламы и стремление к собственной презентации в одежде и поведении, которая зачастую носит характер игры и провокации. Медицина также вовлекается в презентативность, включаясь в стереотипические образы благополучной жизни рекламой медицинских препаратов, которые, согласно известным рекламным роликам, должны являться непременными спутниками благополучной и комфортной жизни без боли и прочих «неудобств», связанных с неожиданными проявлениями организма. Кроме того, медицина «работает» на презентативность полным арсеналом медицинских и околomedicalных средств. Иными словами – конструирует того человека, который устраивал бы его самого в собственной презентации, но с одной существенной оговоркой – того, которого «диктует» культура, а именно – молодого и успешного.

В наше время, когда человек не зависит от национальных, родовых или каких-либо других традиций, формирующих базовые представления человека о самом себе, возникает парадоксальная ситуация - человек оказывается свободным в выборе себя, то есть своей идентичности. Можно самостоятельно выбирать вероисповедание, национальность, пол и возраст. То есть те константы, которые

¹⁶¹ См: Сурова Е.Э. Идентичность. Идентификация. Образ – СПб: Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2010. С. 109142.

даются человеку от рождения или в процессе социализации, теряют силу и становятся предметами сознательного (но во многом – детерминированного культурой) выбора наряду с другими, чья вариативность вполне может определяться исключительно материальным достатком. Человек может «искать себя» бесконечно, меняя лишь поверхностные образы представления себя для окружающих, пытаясь найти связь со своим внутренним миром, чтобы обрести стабильность и покой, при этом еще более запутываясь в огромном культурном пространстве. Как пишет Ветлесен, «идентичность человека понимается теперь не как свободное выражение его сущности, которая является постоянной и не подвержена изменениям во времени. О нет, идентичность – как рассказывают нам всевозможные социологи, умеющие держать руку на пульсе, – это нечто сконструированное, текучее, пластичное и вычурное, неоднородное и многомерное»¹⁶². И следует добавить – поверхностное и временное. Как указывает Е. Э. Сурова, «происходит переход от “образа жизни” к “стилю жизни”, выстраивающему новую идеологию человеческого существования посредством целостности существующих стереотипных форм»¹⁶³. Источником «вдохновения» выступает та же реклама, при этом «жизненный стиль игнорирует исходные принципы социальной идентификации, прежде всего половой и возрастной»¹⁶⁴.

Медицина предлагает различные формы выбора идентичности, формируя тело индивида под его желаемые представления. Современный «ландшафт» медицинского дискурса, демонстрирует расширение поля своих интересов и разрастание влияния медицины на сферы человеческой жизни, не связанные с болезнью. Дальнейшую трансформацию в рамках изменения задач, диктуемых медицине современной культурой, получает изменение отношений врача и пациента, а именно – «пациента» сменяет «клиент», то есть постоянный посетитель, покупатель, заказчик и получатель услуг. При этом те области медицины, которые обслуживают клиентов, являются в наше время не только легитимными, но и наиболее популярными в силу своей экономической

¹⁶² Ветлесен А.Ю. Философия боли. Перевод с норв. - М.: Прогресс-Традиция, 2010. С 187-188.

¹⁶³ Сурова Е.Э. Идентичность. Идентификация. Образ –СПб: Издательство Санкт-Петербургского государственного университета, 2010. С. 16.

¹⁶⁴ Там же.

успешности. При выборе специализации молодым врачом оказывается существенным отсутствие каждодневного непреднамеренного страдания в косметологии и пластической хирургии. В этом смысле пластическая хирургия является «чистой» областью, где клиенты обладают относительным здоровьем и идут на врачебные вмешательства сознательно и добровольно. Презентативность современной культуры также стимулирует развитие эстетической медицины, обеспечивая «спросом» и рекламируя «предложение». Реклама клиник эстетической медицины, которая обещает обретение уверенности в себе, успешную карьеру и успешную личную жизнь после пластической операции, поддерживает миф о возможности глубинного изменения своего существования при помощи скальпеля хирурга. Проводятся телевизионные шоу о пластической хирургии, построенные по принципу «до» и «после», о позитивных и негативных последствиях пластических операций и других форм «конструирования себя», имеющих отношение к медицине, - например, диетологии. Так или иначе, искусство пластической хирургии входит через СМИ в область массовой культуры, рекламируя свои услуги.

Особенное место в медицинском дискурсе занимает проблема смены пола. В современной культуре с расширением дискурсивных практик, не только медицины, но и других форм культуры, характеризующимся вращением друг в друга и смешением, можно заметить стойкую тенденцию расширения семантических границ фундаментальных понятий человеческого существования. Примерами таких понятий являются помимо национальности, возраста и других физических параметров - биологический пол человека, который, как и другие биологические показатели, согласно современным представлениям, не даются «от природы», а получаются в результате самоопределения. Гендерная проблематика, которая достаточно широко обсуждается в гуманитарных кругах, вырастает из проблемы идентификации. Гендер как социальная характеристика в отличие от пола – характеристики биологической – также, согласно представлениям современной культуры, ждет своей реализации во времени, в течение жизни. Вопрос в том – с кем человек себя отождествляет по культурным, социальным,

личностным параметрам. Самоопределение по половому признаку возможно при «ослаблении» пола в современной культуре на фоне «секс-пандемии», о чем писал Ю. Эвола¹⁶⁵. В современном мире, согласно Эволе, больше размышляют о сексуальных вопросах, чем реализуют сексуальные влечения. В такой ситуации становится возможным самоопределение пола, более того – возможно неоднократное его самоопределение, и, как следствие – неоднократная смена сексуальных ориентаций, оправдываемая с медицинских позиций. В подобном ключе рассуждает Ж. Бодрийяр, рассматривая современную моду как форму десексуализации: «... Будучи отдано во власть модных знаков тело сексуально расколдовывается, становится манекеном... Манекен всецело сексуален, но пол его бескачественный... Все бесполо, зато все сексуализировано»¹⁶⁶. Именно «симуляция», насыщения знаками сексуальности или принадлежности полу составляют тотальную сексуализацию. Отсюда парадоксальная ситуация – на фоне тотальной сексуализации приходится констатировать отсутствие рождаемости, способной предотвратить общее старение европейского населения.

По Сартру, оказавшему большое влияние на самосознание новоевропейского человека и новоевропейского понимания гуманизма, человек изначально задан как проект для своего осуществления, в этом он свободен и ответственен за свой выбор. Подобные утверждения не исключают культурные влияния на свободу выбора, но зачастую не фиксируют внимание на масштабность и силу их воздействия. Человек себя выберет сам, но таким, каким его ждет культура, предоставляя весь спектр возможностей осуществления этого предопределенного выбора. В вопросе выбора базовых принципов идентификации, основанных на биологических параметрах, новоевропейскому человеку предлагается широкий спектр медицинских достижений по «перекодированию» биологии и медицинских и «околомедицинских» услуг, если человек себя определяет вразрез с природными установками. Как пишет Г. Л. Тульчинский, «к концу XX столетия тело предстает уже не просто неким

¹⁶⁵ Эвола Ю. Метафизика пола. Пер. с фр. - Изд.2-е, испр. – М.: Беловодье, 2010. С. 36-38.

¹⁶⁶ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. Пер. с фр. - М.: «Добросвет», Изд-во «КДУ», 2000. С. 186.

скафандром духа, а подобием костюма, который можно менять и выбирать по желанию, как предмет игры — спорта, искусства, моды»¹⁶⁷. При смене пола работают психологические и психиатрические службы, гормональная терапия настраивает работу внутренних органов, регулирует эмоциональные реакции, затрагивая личностные структуры. Собственно хирургическая операция представляет собой заключительный этап «конструирования» нового субъекта, определившего себя лицом другого пола еще до проведенных медицинских манипуляций.

Итак, косметология и пластическая хирургия становятся областями медицинского дискурса, наиболее востребованными для исполнения современных культурных запросов. Пластическая хирургия, изначально представляющая собой область хирургических практик, занимающихся проблемами увечий, нанесенных в результате военных действий или врожденными деформациями внешности, имеющими радикальный характер, в современное время занимается коррекцией внешности, прежде всего - борьбой с возрастными изменениями при помощи скальпеля хирурга. Современной массовой культурой «навязываются» стереотипы поведения, которые не берут во внимание естественные биологические процессы, происходящие в организме. «Перекодировка» биологического возраста при серьезном подходе включает в себя работу психологов и психотерапевтов, гормональную терапию, консультацию диетолога, лечебную физкультуру и хирургическое вмешательство. Человек постиндустриального общества «собирает» в своем восприятии мир как конструктор и себя конструирует подобно техническому элементу согласно запросам культуры. Достаточно часто встречаются явления зависимости от пластической хирургии в результате все более растущего недовольства своим Я, которое в случае экзистенциальной «безопорности» ассоциируется с внешними характеристиками тела.

¹⁶⁷ Тульчинский Г.Л. Гендер и рациональность: перспективы постчеловеческой персонологии //Онтология возможных миров в контекстах классической и неклассической рациональности. тезисы научной конференции. Санкт-Петербург, 14-16 ноября 2001. С. 23.

Распространение пластической хирургии и медицинские манипуляции по «перекодировке возраста» обнажают проблему старости или, так называемого, третьего возраста. С развитием медицины возникает парадоксальная ситуация – отодвигая смерть, человек продлевает старость, т. е. стадию умирания. Как пишет Бодрийяр, «земли, отвоеванные у смерти, остаются социальной пустыней. Старость, недавно колонизованная современным обществом, отягощает его таким же грузом, как и раньше население колониальных стран. Выражение «третий возраст» точно передает суть дела — своего рода «третий мир». Теперь это просто определенный жизненный слой — маргинальный, а в пределе и вообще асоциальный; гетто, отсрочка, пограничная полоса перед смертью»¹⁶⁸. Пластическая хирургия «работает» на иллюзию вечной молодости, усиливая разрыв между желаемым и объективным биологическим возрастом. Подобная двойственность, то есть «победа» над смертью при растягивании стадии умирания, иллюзорность видимой сексуализации при отсутствии деторождения показывают культурную ситуацию, которую теоретики постмодерна называли «шизофренической». Как указывает Бодрийяр, «над всем витает тень какой-то непреднамеренной пародии, тактической симуляции, неразрешимой игры...»¹⁶⁹

Как видно, новоевропейский человек, ощущая экзистенциальную неукорененность, становится все более уязвимым и внушаемым, и, как следствие, медицина получает дополнительные возможности для экспансии и манипуляции. Если основной функцией медицины со времен Гиппократов являлось лечение, то теперь достаточно большая область медицины направлена на то, чтобы удовлетворять культурные запросы. В медицинский дискурс включаются не только забота о здоровье, но и «забота о себе» в самом широком смысле слова – забота о красоте и чистоте тела, среде и чистоте обитания, эмоциональном состоянии. При этом, а экономическая заинтересованность медиков заставляет пренебрегать возможными последствиями медицинского вмешательства, что

¹⁶⁸ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М., «Добросвет», 2000. С. 290.

¹⁶⁹ Там же. С. 153.

зачастую приводит к серьезным последствиям для психического и соматического здоровья.

В конечном итоге, новые функции медицины можно объединить в заботу о том, чтобы стать человеком, ожидаемым и сконструированным культурой. Современная культура через СМИ диктует медицине новые функции, которые расширяют пространство медицинского дискурса и размывают его границы, выводя его за пределы научных и клинических интересов. Медицина входит в повседневную жизнь новоевропейского человека, становясь полноправной и значимой частью общего культурного дискурса.

§2. Дробление и внутренняя дифференциация современного медицинского дискурса и попытки обретения целостности

Со времени зарождения клинической медицины произошло значительное изменение фокуса рассмотрения проблемы, стоящей перед врачом или исследователем в медицинской лаборатории или клинике. В эпоху становления клинической медицины взгляд исследователя направляется философией, прежде всего трудами Декарта и Бэкона. Взгляд продвигается от простого к сложному, с тяготением к поиску мельчайших частиц, выступающих в качестве точек опоры для сложных конструкций. При этом, как можно предположить на основании идеи Фуко, задачей врача является прийти к единственному правильному ответу в результате мысленной калькуляции или дифференциации болезней. Классическая эпоха, как «эпоха, маркирующая господство взгляда», утверждая примат разума, базируется на наблюдении. Основы медицинского дискурса формируются на результатах наблюдений и, соответственно, изменение оптики взгляда маркирует

и одновременно стимулирует развитие профессионального поля медицины. В «Рождении клиники» Фуко приводит два медицинских текста, описывающие различные патологии для сравнения их стилей - текста середины XVIII и XIX веков. Оба текста описывают результат наблюдения. В первом случае – этот опыт получается непосредственно, он наблюдается врачом и досконально описывается, т.е. демонстрирует «совпадение видеть и говорить», а второй, более поздний текст, «говорит нам о фантазмах языком, не имеющим перцептивной поддержки»¹⁷⁰. Как заключает Фуко, в более позднем варианте - «глаз становится хранителем и источником ясности, располагая властью заставить выйти на свет истину, которую он принимал лишь в той мере, в какой она была освещена»¹⁷¹. Данные характеристики обозначают тенденцию развития естественнонаучного знания и трансформацию взгляда-исследователя в расстояние в два века, проложенное медициной с помощью философии и непосредственных наблюдений. К XIX веку исследователь стремится «договорить» недоступное взгляду, описывая наблюдаемое, он, тем не менее, делает выводы, не замыкаясь на результатах наблюдения. Если доверие взгляду *здесь и сейчас*, постулированное Декартом, или «совпадение видеть и говорить», подмеченное Фуко, ужесточает оппозицию между субъектом и объектом, сковывает поиск истины, то в более поздних примерах медицинских текстов можно наблюдать, как взгляд исследователя освобождается.

Эта безальтернативность результата в целом характерна для классического периода, на что указывают такие критерии истинности Декарта как достоверность и очевидность. Согласно формам научного мышления, сложившимся в культуре XVII века и не потерявшим актуальности до наших дней, человек рассматривается в качестве объекта, помещенного в математическую систему координат. Такой подход предполагает определенность в решении конкретных задач на основе визуализации процессов, происходящих в организме. О необходимости визуализации истины гласит следующий пассаж Декарта,

¹⁷⁰Фуко М. Рождение клиники. Пер. с фр. - М.: Академический Проект, 2010. С. 7.

¹⁷¹ Там же. С. 10.

основателя европейской парадигмы научного мышления: «Касательно обсуждаемых предметов следует отыскивать... то, что мы можем ясно и очевидно усмотреть...»¹⁷² Такая модель изучения человеческого тела дает импульс развитию патологической анатомии, утверждавшей «господство взгляда», что стимулирует развитие клинической медицины, так как обогащает эмпирическими данными медицинское знание.

В целом европейская наука продолжает базироваться на данных критериях достоверности знания. Более того – наблюдается сужение оптики исследователя с появлением микробиологии и гистологии, или, по Фуко, наблюдается «углубление взгляда», подтверждаемое также появлением психоанализа на базе психиатрии. При этом медицинский дискурс в целом имеет тенденцию к внутреннему дроблению и дифференциации.

Медицинский дискурс постиндустриальной эпохи расширяет границы, включая в свои области до недавнего времени, немедицинское содержание, и дробит свое пространство, подобно дискурсивным практикам других форм культуры. Изменяется «ландшафт» искусства, порождая новые стили, множественность и эклектичность которых делают спорными их строгую идентификацию, появляются узкие научные области. Данные образования стимулируются поиском новых путей и экспериментов на фоне неудовлетворенности настоящим положением вещей и невозможностью статичности в контексте парадигмы современного мышления, обещающего бесконечное прогрессивное развитие. Согласно общим культурным трансформациям, медицинский дискурс также изменяет «ландшафт» появлением узких медицинских специальностей и областей медицины, некоторые из которых граничат с искусством, такие как «арт-терапия» или многочисленные практики альтернативной медицины. Таким образом, пространство медицинского дискурса постиндустриального общества предполагает наполнение содержанием, автономным от авторитетов, в том числе и от авторитета науки, на котором базируется клиническая медицина, при этом, оно не является однородной

¹⁷² Декарт Р. Правила для руководства ума // Декарт Р. Сочинение в 2-х томах. Т.1. М.: Мысль, 1989. С. 82.

структурой с верифицированным содержанием, а сливается с другими формами культуры, становится достоянием массовости. Проблемы медицины подаются в формах шоу и обсуждаются в медиасреде. Медиасреда предлагает свои модели здоровья или болезни, физических параметров и способов их достижения. Человек формирует себя в пространстве нестабильности, плюрализме мнений по фундаментальным характеристикам бытия и собственного здоровья. В такой «подвижной» ситуации формируется представление человека о себе самом и о мире, в обстановке иллюзорной свободы, плюрализма и предельной открытости культурным влияниям.

Дифференциация областей медицины в рамках медицинского дискурса становится более «размытой» в результате смешения дискурсов, вовлекающих в себя медицинские проблемы. Об этом говорит обилие рекламы медицинских препаратов. Где заканчивается косметика и начинается косметология – проследить довольно трудно, как трудно потребителю у телеэкрана проследить, какая широко рекламируемая продукция является медицинской, а какая – не медицинской в профессиональном смысле. Здесь налицо смешение дискурсов – общество потребления все предполагает в качестве продукта потребления и торговли, для себя, в качестве «заботы о себе», которую культура истолковывает как заботу о собственном теле.

Как уже говорилось, дробление и внутренняя дифференциация происходит во всех сферах современной культуры: полистилистика видна в музыке, литературе, живописи. Эксперименты в искусстве открывают новые стили, базируясь при этом, прежде всего, на изменении взгляда художника, исследователя, т. е. новые формы создаются в поиске новых ракурсов. Те же явления происходят и в медицине. Взгляд современного врача-исследователя «работает» в узкой профессиональной области, выделенной анатомией, при этом его интересы пересекаются с множественными узкими профессиональными областями медицины, которые также имеют свою структуру и содержание. Профессиональное дробление происходит на основе сосредоточения интересов на том или ином органе (например, пульмонология, офтальмология, кардиология и

т.д.), целых систем организма (иммунология, эндокринология и проч.), патологий (онкология, фтизиатрия и т.д.), согласно практикам и методам лечения (хирургия, терапия и т.д.). Пульмонология в себя включает специфическую хирургию на легких, хирургия в свою очередь включает хирургию на легких, абдоминальную, общую, челюстно-лицевую и т.д. При этом существуют «вспомогательные» научные области – гистология, микробиология, рентгенология и т.д. Составить нечто вроде генеалогического древа современных медицинских областей является проблематичным на основании того, что многие области пересекаются. Например, такие области как хирургия, онкология, иммунология, эндокринология и др. перекрываются с гинекологией, офтальмологией и проч. Отдельными областями знания при этом выделены методологические вопросы – например, пропедевтика, общие теоретические вопросы – нозология, общая патология. Внутренняя дифференциация приводит к деформации из-за «наложения» друг на друга различных дискурсивных полей медицинской науки.

Пересечения и перекрывания, наслаивания и одновременно дробление ландшафта профессиональной медицины похоже на хаотичную конструкцию, подобно тому, как работает сознание современного человека, собирая и конструируя реальность. Рассматривая способ конституирования реальности нашего современника, Б. Г. Соколов отмечает: «Современная вещь – это сериальная вещь, вещь, единственная цель которой – обеспечение функциональной результативности<...>. Ликвидируются те модели сборки реальности индивида, которые обретают свое онтическое алиби в любых видах историчности. То есть речь идет о том, что сборка по параметрам, которые ссылаются на историческую идентификацию не действуют»¹⁷³. В данном случае вещь – это обособленная вещь, «вырванная» из исторического контекста. Основательность и четкая структура, где каждая вещь имеет место, заявленная в Новое время – не действует. Внутренняя логика конструирования определяется необходимостью текущего момента и собирает реальность в своем сознании

¹⁷³ Соколов Б. Г. Монтаж современной реальности // Культура как стратегический ресурс России. Сб. статей. СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2011. С. 293-295.

фрагментарно, согласно функционированию одной вещи, отвергая встроенность вещи или события в исторический контекст. Так работает медиасреда, так работает сознание эпохи постиндустриального общества и, соответственно, так выстраиваются различные культурные практики современного мира.

Отсутствие историчности исключает наличие исторического опыта и дает возможность свободной интерпретации тех или иных фрагментов. Хайдеггер в статье «Время картины мира», указывает на специфическое свойство «картины» - не взгляд на мир как картину, а представление мира как картины, характерное в классическую эпоху, тем самым подчеркивая целостность восприятия, наличие точки центрации взгляда, смотрящего на мир и «переживающего» свою включенность в него. Таким предстает перед нами модель знания классической эпохи. Фрагментарное конструирование реальности, характерное для современности, дает особую модель восприятия окружающего мира, именуемую информацией.

Б. Г. Соколов указывает на то, что «знание всегда "проявляет, ссылается на единение", на определенную точку центрации, информация же как таковая, которая может быть представлена как нечто вполне дискретное, отделенное от "антропного принципа", т.е. вовсе не предусматривает подобную центрацию»¹⁷⁴. Причиной подобного различия видится все та же «смерть Бога», выполняющего функцию «центрации». Теперь «точка, на которой центрируется европейская культура, изначально "безличностна". Фигура же человека, встав на место Бога, в этом отношении изначально ориентирована на обезличенность»¹⁷⁵. Применительно к разговору о медицинском дискурсе это означает, что человек в медицине как объект исследования переживает «безличностность». Обезличенность человека приводит к подмене знания о нем, как о целостном существе, на информацию, «нейтральную по отношению к своему носителю»¹⁷⁶, а именно – к объекту изучения. В конечном итоге мы получаем набор исследовательских данных, которые предполагается собрать воедино для

¹⁷⁴ Соколов Б.Г. Генезис истории. СПб: Алтейя, СПб, 2004. С. 321.

¹⁷⁵ Там же. С. 322-323.

¹⁷⁶ Там же.

постановки диагноза, при этом в условиях отсутствия центрации, характерной для целостной картины знания, мы получаем наличие «интерпретационного участия индивида, ситуационной формы центрации»¹⁷⁷, то есть опять же – не историчной, а вырванной из контекста. Для выведения «опоры» требуется навязывание целостности разрозненным показателям, не просто калькуляции множественных данных для постановки диагноза, а их смысловое оправдание. Здесь имеется в виду смысловое оправдание выбранных методов диагностики, которые во многом предсказывают и навязывают перспективу лечения. В конечном итоге мы получаем информацию о состоянии здоровья организма, которую предстоит «стягивать» воедино для постановки правильного диагноза. При этом такое знание оставляет за рамками личностные характеристики, которые могут быть полезны для постановки диагноза и прогнозирования, обстоятельства и свойства, в конечном итоге – самого индивида и его болезнь. Не случайно Бодрийяр указывает на невозможность говорить о болезни: «В лучшем случае больному предоставят возможность «самовыражения», возможность высказывать свою болезнь, говорить о своей жизни и тем самым реконтекстуализироваться, в общем не слишком негативно переживать эту свою временную аномальность. Но чтобы признать это безумие под названием "болезнь" как некую отличность, обладающую смыслом и смысловым богатством, как исходный материал для реструктуризации обмена, не стремясь "вернуть больного к нормальной жизни", — такое предполагает полную ликвидацию медицины и больницы, всей системы заточения тела в его "функциональной» истине"»¹⁷⁸. То есть «выговаривать» болезнь в условиях госпиталя – это не то же самое, что быть воспринятым больным в своей целостности. Одновременно «поставить диагноз» - не то же самое, что признать болезнь в ее экзистенциальном переживании.

Автономность знания по отношению к носителю и собственно объекту диагностики приводит к развитию нового типа отношений между врачом и пациентом, называемого «технический». Современная медицина, оснащенная

¹⁷⁷ Там же. С. 325.

¹⁷⁸ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М., «Добросвет», 2000. С. 321.

технически и организованная по принципу клиник, становится все более похожей на заводской конвейер, теряя отчасти при этом человеческое лицо, что не может не сказаться на отношениях врача и пациента. Врач клиники не имеет возможности на длительное и детальное изучение природы и условий возникновения заболевания конкретного пациента. От него требуется лишь максимально быстрое принятие решения и действие, упор делается на диагностические мероприятия, при этом роль больного остается пассивной, несмотря на признание положения об автономии личности, предполагающее осознанный выбор пациентом тех или иных врачебных манипуляций. То есть лечение человека организуется по принципу технического осмотра и технического ремонта по типу конвейера.

Тенденции подобного подхода наблюдались во время становления госпитальной медицины. Врач в госпитале на заре становления медицинской науки был непререкаемым авторитетом и частью властной структуры, при этом пациент лишался активности в принятии решения по вопросам лечения и диагностики. В условиях современных клиник пациент все также исключен из процесса обсуждения своего состояния, но при этом вынужден подписывать «Информированное согласие», документ о том, что он полностью информирован о состоянии своего здоровья, выбранном лечебном методе, возможных альтернативах и осложнениях, принимая на себя ответственность за результат лечения. «Информированное согласие» имеет целью обезопасить и врача и пациента от нежелательных последствий взаимодействия, что, разумеется, не лишает возможности манипулирования пациентом в силу его некомпетентности или внушаемости в связи с закономерной растерянностью в болезненной для него ситуации. Таким образом, «информированное согласие», в первую очередь, не облегчает жизнь пациента, а скорее – помогает юридическим и этическим комитетам разбирать спорные ситуации врачебной практики, изначально задавая формальные правила общения.

При всей связанности узкопрофессиональных областей медицины, их внутренней сопричастности друг другу, можно наблюдать тенденцию к

обособлению частей. Экономическое, функциональное обособление приводит к внутренней несогласованности и проблемам экономического, этического и правового характера, которые вступают в противоречие друг с другом. Необходимость разрешения данных противоречий приводит к возникновению биоэтических комитетов.

Согласно замечанию Г. Зиммеля, в культуре существуют механизмы саморазрушения и, одновременно, самосохранения, благодаря фундаментальному единству жизни как таковой, заставляющую чуждую жизни объективность подчиниться ее источнику. Эти механизмы «срабатывают», в качестве компенсации и «стягивают» распадающиеся части воедино. Так реагирует искусство и философия на «вызовы» культуры в вопросах идентичности и «обезличенности» новоевропейского субъекта, о которых говорилось выше. Такой компенсацией представляется биоэтика, область междисциплинарного знания, выросшая из общественных комитетов, разбирающих спорные ситуации экономического, этического и правового характера.

«Правило информированного согласия», как и другие правила регулирования взаимоотношений врача и пациента, являются прерогативой биоэтики. В целом, биоэтика позиционирует себя как учение о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии, пытаюсь подвести общую основу под разрозненные области наук, имеющие непосредственную власть над жизнью. Объединение невозможно без актуализации исторического опыта, который выполнял бы роль своеобразной «центрации» или опоры в рассуждении о той или иной проблеме. Занимаясь регулированием правовых, экономических аспектов современной медицины, биоэтика является попыткой сообщить целостность разрозненным областям, разрастание которых могут представляться бесконтрольными, регламентированными только экономической заинтересованностью. В таком контексте, заданном рассмотрением трансформации медицинского дискурса, возникновение биоэтики можно трактовать, как попытку вернуть культурному полю медицины утраченную целостность и историчность, т. е. «стянуть» воедино все разрозненные области

современного медицинского дискурса регламентацией правил их функционирования, - этических, юридических и экономических.

Попытка вернуть пациенту активную роль во взаимоотношениях с врачом, вновь рассматривать болезнь с учетом особенностей конкретного больного, его образа жизни, окружения, наследственности и т.д. в силу большого количества больных и чрезвычайной загруженности медиков представляется проблематичной. В настоящее время предпринимаются усилия изменить ситуацию, сообщить целостность взгляду врача на пациента, сделать осуществимым учет как объективных так и субъективных данных через возрождение института семейной медицины или подготовки «врачей общей практики». Наряду с этим, попыткой обретения целостности или обретения «центрации», которая компенсировала бы недостаточность сколь угодно полной информации для создания картины болезни, представляются медицинские теории, имеющие в себе изначально постулат о взаимодействиях всех систем организма. Одной из таких теорий является психосоматика, возникшая на почве психоанализа и предлагающая психоаналитическое и психологическое воздействие на пациента для лечения соматических заболеваний.

Психосоматическая медицина предлагает список заболеваний, имеющих психосоматический характер, чье возникновение связывается с теми или иными невротическими расстройствами¹⁷⁹. Предлагаются описания характеров, несущих в себе предрасположенность к определенным заболеваниям, и утверждения, что все заболевания можно отнести к психосоматическим, и, соответственно, лечить их надо с применением практик, воздействующих на психику. Многочисленные медицинские центры предлагают лечение психосоматических заболеваний, исходя из признания влияния эмоционального фактора на их возникновение. Например, при анализе бронхиальной астмы как психосоматического заболевания на основании того, что при астматическом приступе нарушается функция выдоха, делается вывод о том, что астматик «подавляет плач». В качестве причин

¹⁷⁹ См.: Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. - М.: Издательство «ЭКСМО-Пресс», 2002. 352 с

подавления выдвигается предположение о подавленной любви к матери, чувстве вины и боязни отвержения¹⁸⁰. Кроме того, высказывается предположение, что в жизни больного непременно должны быть такие ситуации, которые действуют на него негативно, но при этом он вынужден подавлять свои эмоции. Таким образом, возникновение приступа бронхиальной астмы представляется выходом подавленных эмоций и лечение астмы с необходимостью, согласно психосоматике, должно включать психоанализ для выявления травмирующего фактора и его коррекции.

Следующей попыткой обретения целостности в медицине можно считать обращение к восточным медицинским практикам, предполагающим целостность человеческого организма, постулирующим связность всех органов и взаимозависимость их функций. Популярность иглоукалывания и различных видов массажей китайской медицины также говорят о недоверии фрагментарному восприятию в европейской медицине и о попытке обретения «целостности медицинского взгляда».

В качестве «теории целостности» набирает популярность холистическая медицина. А. А. Крель, профессор медицины, основатель центра холистической медицины в Санкт-Петербурге, пишет о концепции холизма следующее: «Наш путь к осмыслению и разработке концепции холистической лечебной деятельности проходил на протяжении первых тридцати лет в контексте эмпирической, методически разрабатываемой, фармакотерапевтической лечебной практики и в последующие пятнадцать лет в концептуальном осмыслении и практической организации многоуровневого междисциплинарного взаимодействия различных специалистов в целях формирования качественной (исцеляющей) лечебной практики»¹⁸¹. «Многоуровневое междисциплинарное взаимодействие» включает использование медицинского опыта, не только основанного на научной медицине, ставшей традиционной для современной европейской культуры, но и привлечение психотерапии, восточной медицины,

¹⁸⁰ <http://diagnostichouse.ru/bronxialnaya-astma//1849-psixosomatika-bronxialnoj-astmy.html>

¹⁸¹ Крель А.А. Концепция холистической терапии (на основе опыта 45-летней врачебной практики). Холизм и здоровье. СПб, АНО «КИО». 2009, №1. С. 4.

гомеопатии. Термин «холизм» происходит от греческого слова «целый», «весь». Ключевым моментом здесь является цель лечебной практики, которая понимается как «исцеление» - то есть обретение организмом нарушенной целостности и гармонии. Соответственно холистическая лечебная практика подразумевает как целостное воздействие, так и обретение целостности, понимаемое как «исцеление».

К выбору такого пути также приводит разочарование в подходе европейской медицины: «Первоначально занимаемая нами телесно ориентированная, жёстко позитивистская, фармакотерапевтическая парадигма претерпела изменения в сторону холистического подхода к лечению с ориентацией на активизацию путей самоисцеления. Концепция «лечить болезнь» через концепцию «лечить больного» эволюционировала в направлении – «стремиться к умелому самоисцелению» с использованием современных научных достижений»¹⁸². Таким образом, механизм «самоисцеления» запускается при помощи медицинских практик, но при активном участии пациента, и, наряду с научными достижениями включается опыт «ненаучного свойства», основанный на наблюдениях над характерами больных. Например, при работе с больными ревматоидным артритом автором были сделаны следующие выводы: «... Терапия достигала оптимальных результатов, когда она могла опираться на целостную сущность пациентов, независимо от их социального статуса или формального образования. Это даёт нам основания с большой убеждённой полагать, что устойчивый выраженный фармакотерапевтический эффект достигается в тех случаях, когда с уровнем душевного и духовного бытия пациентов создаются адекватные предпосылки на биологическом уровне для организмического восприятия фармакотерапевтической коррекции в случаях её необходимости и для её удержания»¹⁸³. Здесь следует отметить заявленный автором «уровень душевного и духовного бытия», который предполагает, что его высокий уровень способствует исцелению: «Почти всегда, когда удавалось достичь выраженного,

¹⁸² Там же. С. 5.

¹⁸³ Там же.

глубокого, устойчивого терапевтического эффекта, пациенты характеризовались открытыми душевными качествами»¹⁸⁴. Помимо этого, характер пациентов, оказавшихся наиболее восприимчивыми к холистическим лечебным практикам, описывается следующим образом: «Они являлись трезвенными нестяжателями, были несуетливы и смиренны, но сохраняли достойное мужество в преодолении своих подчас очень тягостных страданий и тем всемерно помогали в наших терапевтических действиях»¹⁸⁵. Как видно, здесь предлагается высокий уровень духовности с позиции христианства, сам дискурс, включающий такие характеристики как смирение, нестяжательство и т.д. относит к подобным заключениям. Тем не менее, как можно убедиться при посещении сайта и страничек в социальных сетях общества, за источник духовности принимается не только христианство, а любые духовные практики, не противоречащие концепции холистической медицины, т.е. могущие послужить источником вдохновения для обретения здоровья.

В холистическом Санкт-Петербургском центре получает вторую жизнь гомеопатия, заключающая в себе целостный подход на основании концепции «жизненной силы». В данном контексте, при рассмотрении проблемы фрагментарности взгляда современной медицины, гомеопатия оказывается востребованной в силу того, что, подобно холизму, предлагает концепцию целостности. Как пишет Ганеман, основатель учения, в своем «Органоне врачебного искусства», болезни являются «ничем иным как динамическим поражением жизненной силы»¹⁸⁶. Лечить их, соответственно также надо не аллопатически (вызывая противоположные болезни воздействия) или антипатически (подавляя симптомы и причины заболевания), а воздействуя на скрытые механизмы организма, тем самым воздействуя на организм в его целостности, организуя стимуляцию жизненной силы, а значит и – самоисцеление.

¹⁸⁴ Там же.

¹⁸⁵ Там же.

¹⁸⁶ См. Ганеман С. Органон врачебного искусства или основная теория гомеопатического лечения. <http://mshealthy.com.ua/medik-book//gomeopati//ganeman-organon//8.htm>

Таким образом, в современной медицине можно наблюдать как сужение поля зрения врача и фрагментарность взгляда, очевидного по дроблению пространства медицинского дискурса на узкие специализированные области, так и попытку обретения целостности. Медицина как феномен культуры демонстрирует те же явления, что видны в других культурных формах, презентующих изменения характера восприятия окружающего мира (или объекта) в сознании субъекта. Биоэтика, возрождение семейной медицины и института врачей общей практики говорят о констатации этого явления в качестве серьезной проблемы и выглядят культурными компенсациями на фоне общего дробления и дифференциации. Современные медицинские практики, получившие широкое распространение в последнее время, такие как психосоматика, холистическая медицина и гомеопатия, выглядят попытками обретения целостности. При этом, претендуя на научность, они вводят в область медицинского дискурса этические, философские и даже религиозные представления, тем самым расширяя его границы.

§3. Трансформация ключевых понятий медицины в новоевропейской культуре

Представление о статусе человека в культуре предполагает его репрезентацию в различные культурные формы. Медицина как форма культуры в этом контексте является наиболее «отзывчивой» для репрезентации, так как непосредственно занимается проблемой человека на всех уровнях его существования. Таким образом, медицинский дискурс изначально затрагивает не только проблемы тела, но также проблемы соотношения души и тела и понятия, которые имеют как медицинское (или естественнонаучное), так и

экзистенциальное измерение. Данные понятие имеют трансформацию в культуре под влиянием социокультурных изменений. Причем, как будет показано ниже, если изначально культура в большей степени оказывала влияние на медицину, ее отдельную форму, в представлении о человеке, то в современном мире, скорее медицина диктует представление о боли, противопоставлении болезни и здоровья, а также жизни и смерти.

Медицина работает в бинарных оппозициях с момента своего становления. С рождения клинической медицины, то есть с эпохи Нового времени, боль рассматривалась как симптом (или знак болезни). В европейской культуре утвердилось понимание боли, которое восходит к христианскому учению, т. е. понимание боли как неотъемлемого модуса человеческого существования, сопровождающего человека от рождения до смерти вследствие грехопадения, а соответственно – была неизбежной. С болью не боролись – боролись с болезнью. При этом, как уже говорилось, под болезнью понималось теоретическое осмысление феномена «сбоя» органических функций, а, соответственно, под выздоровлением – их восстановление. Мейер Фридман и Джеральд Фридланд рассказывают случай из истории медицины о том, что в 1591 году в Эдинбурге похоронили заживо молодую женщину за то, что она просила избавить ее от невыносимых родовых болей¹⁸⁷. В средневековье и на пороге Нового времени боль понималась в контексте священной истории человечества в христианской концепции. Претерпевание боли являлось таким же естественным, как осознание несовершенства мира, наличие греха, болезни и смерти.

Приведенная история описана авторами в главе, посвященной анестезии, получившей распространение при хирургических вмешательствах только в XIX веке: в построенном в 1791 году Лондонском госпитале хирургические операции проходили при звоне колокола и закрытой тяжелой дверью, чтобы заглушить крики больного. Соответственно, чтобы сократить время мучений пациента,

¹⁸⁷ Фридман М., Фридланд Д. Десять величайших открытий в истории медицины. М: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2012. С.175.

нужно было работать быстро, и хорошим хирургом считался тот, кто быстрее оперировал, сокращая время болевых ощущений¹⁸⁸.

Эпоха *рацио* мало думала о боли как таковой или, иными словами, о феномене боли. Боль как симптом, боль как знак или даже боль как ощущение вследствие нарушения функций органа или фантомные боли ввиду его отсутствия — таких примеров множество, но никогда — боль как переживание. Разговор о «переживании» предполагает «со-переживание», но субъектно-объектные отношения устанавливают дистанцию между исследователем и исследуемым, или, в данном случае — больным. «Взгляд-калькулятор» беспристрастен, он исключает сопереживание, могущее затуманить зоркость взгляда, ввиду того, что субъективность, которая заложена изначально в трактовке чужих переживаний, не вписывается в упорядоченную схему картины мира. Человеческие переживания получают легитимность только в эпоху романтизма, от которой исследователи ведут начало деформации (или трансформации) классических научных систем или систем искусства. Тем более это касается душевных заболеваний или «душевной боли», не получившей освидетельствование патологической анатомией.

Патологическая анатомия показывает результат болезни, то, что сделала болезнь с телом и привела к смерти, при этом, в поле зрения врача оказывается пораженный участок тела, орган, а не человек. Не случайно, во время господства «анатомического мышления» мы не найдем упоминаний о боли как о страдании. Боль является частью симптома, или, как у Декарта, одним из доказательств нужного постулата в рассуждении, как например, в случае описанного феномена наличия фантомных болей, доказывающего обособленность души и тела. Можно утверждать, что в процессе развития клинической медицины, из поля зрения врача вместе с болью пропадает человек, оставляя вместо себя «локальное пространство болезни».

Декарт предлагает механистическое ощущение боли, согласно которому боль как некоторые «смутные модусы мышления», говорящие о сопряжении

¹⁸⁸ Там же. С. 177-178.

души с телом. Как замечает Г. Р. Хайдарова о проблеме понимания боли Декартом, «в основе декартовского метода (первое из правил)— выносить суждения только о том, что ясно и отчетливо для ума. Но боль, хотя и является ясным восприятием, однако не отчетлива»¹⁸⁹. «Неотчетливость» боли затрудняет Декарта в ее трактовке. Декартовский дуализм предполагает отнесение явлений, происходящих в человеческом организме – и шире – в человеческом существе к телесной или душевной жизни. Но боль смутна, «промежуточна», тем не менее, Декарт относит ее к модусам мышления, доказывая это наличием фантомных болей отнятой конечности. При фантомных болях средоточие боли имеется исключительно в разуме, так как отсутствует ее физический источник¹⁹⁰.

Декарт задает направление поиска источника боли – видимых объективных нарушений. Следование по пути Декарта приводит к открытию анестезии.

Анестезия во время хирургических операций начинает широко применяться в XIX веке, постепенно выходит за пределы хирургии в стоматологию, затем в терапию и входит в современную повседневную жизнь через рекламные ролики «средств от боли, бьющих точно в цель». Как указывает Г. Р. Хайдарова, «мечта Просвещения о человеке-машине близка к реализации: сегодня считается, что человеку для полноценного функционирования необходимо принимать минералы, витамины, иммуномодуляторы, клетки зародышей, в некоторых случаях гормоны и т.д. Механизмы формирования боли, виды боли и способы ее устранения достаточно хорошо изучены. Именно поэтому боль как явление практически исчезает из повседневной жизни. Сегодня уже очевидно, что анализ феномена боли — забота не столько естественных наук, сколько гуманитарных»¹⁹¹. Таким образом, боль оказывается «ускользающей», не поддающейся только физиологическому объяснению, открывая в себе непознанное и неуловимое пространство, доступное для рефлексии гуманитариев.

Тем не менее, физическая боль по-прежнему является неотъемлемой частью человеческой жизни и, разумеется, профессиональной медицинской жизни.

¹⁸⁹ Хайдарова Г.Р. Феномен боли в европейской культуре. <http://www.paininfo.ru//articles//2499.html>.

¹⁹⁰ Декарт Рене. Начала философии // Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 279-280.

¹⁹¹ Хайдарова Г.Р. Феномен боли в европейской культуре. <http://www.paininfo.ru//articles//2499.html>.

Деятельность в медицине связана с болью, и человек, посветивший себя медицине должен быть готов к тому, что придется каждый день сталкиваться с болью разной интенсивности. Можно сказать, что пространство медицины – это пространство страдания. Исключение отчасти составляет косметология и пластическая хирургия в том их аспекте, который широко распространен в современном мире, т. е. не тогда, когда обращение к пластическому хирургу является жизненно необходимым, а когда исходит из желания клиента изменить внешность. Такие отрасли медицины являются востребованными современными врачами не только в силу своей экономической успешности, но также и по причине того, что там не так очевидно страдание. Целью пациента (или, как сейчас говорят, клиента клиники пластической хирургии) является долгожданное приобретение некоего продукта, под которым следует понимать хирургическое (или другое, не хирургическое, поверхностное) вмешательство. При этом боль, сопутствующая этому приобретению, является непосредственной платой, на которую идет добровольно, ради достойного вознаграждения в виде получаемого «продукта». Совсем другая ситуация обстоит с переживанием боли в силу не зависящих от человека обстоятельств. По словам норвежского исследователя феномена боли в европейской культуре Ветлесена А. Ю., для того, чтобы быть реальной, боль должна быть непрошенной: «Реальность боли – это реальность чувства боли, его настойчивости, его вторжения в наш личный мир, его свойства всегда и везде быть непрошенным гостем, который приходит тогда, когда я этого не хочу и не планирую, и не уходит когда мне этого хотелось бы»¹⁹².

Тем не менее, нельзя сказать, что обращение к услугам медицины по омоложению, смене пола и т.д. лишено неумышленной, подлинной боли. Она не только присутствует, но она и подталкивает к подобным действиям через установки современной культуры. Как говорит Ветлесен, «давление общества на личность – изменись здесь, изменись там – становится внутренним и индивидуальным, то есть превращается в непосредственное, беспощадное и

¹⁹² Ветлесен А.Ю. Философия боли. Перевод с норв. - М.: Прогресс-Традиция, 2010. С 77.

безостановочное давление на самого себя»¹⁹³. Разумеется, подобное давление, как минимум, вызывает чувство дискомфорта из-за неудовлетворенности собой или, в особенно тяжелых случаях – приводит к психической боли.

О широком распространении психической боли говорит возрастающее количество депрессивных расстройств в современной культуре, а также рост соматоморфных болей, под которыми понимается наличие болевого синдрома при отсутствии клинических данных наличия заболевания. При наличии соматоморфных болей человек ощущает себя больным и испытывает боль при отсутствии объективных органических нарушений. Рост соматоморфных расстройств сопровождается ростом психосоматических заболеваний и неврозов, которые переносят акцент с физического на психическое страдание. Статистика подобных расстройств, имеющих невротический характер, показывает то, что боль не исчезла, а сместилась внутрь индивида. Боль всегда являлась субъективным переживанием, но, тем не менее, ее объективные причины могли быть названы, их выявление позволяло бороться с болезнью, а значит – и с болью. Теперь, с точки зрения научной соматической медицины боль может являться «беспричинной» или, если точнее, – ее причина лежит вне компетенции современной соматической медицины, а, значит вне ее воздействия. Медицина может предложить для ее лечения антидепрессанты или психиатрическую помощь, но статистика неврозов, суицидальных попыток и депрессивных расстройств в экономически развитых странах говорят об их малоэффективности.

Интерес к боли в современной культуре выражается в сюжетах живописи. О внутренней боли говорят полотна Мунка и Ротко, другие полотна экспрессионистов, многочисленные культурные молодежные объединения, делающие депрессивное восприятие мира своим специфическим лейблом, такие как эмо, готы и т.д. Таким образом, приходится признать, что медицина, осознающая своей главной задачей борьбу со страданием, не достигла полной победы. Боль ушла внутрь в субъективное переживание, мало поддающееся коррекции.

¹⁹³ Там же. С. 188.

Отсутствие четкой границы между физической и психической болью, общее чувство дискомфорта современного человека при объективных показателях соматического здоровья, а также высокого экономического уровня и комфорта, сделали необходимыми введения новых критериев здоровья. Всемирная организация здравоохранения определила «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или неспособности»¹⁹⁴. Отражением благополучного состояния считается «качество жизни», которое включает в себя характеристику жизни пациента по разработанным параметрам в его субъективной оценке. Как пишут разработчики опросника, «качество жизни рассматривается... как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды»¹⁹⁵.

Задачей опросника является измерение качества жизни, связанного со здоровьем: «Он специально разработан таким образом, чтобы быть чувствительным к изменениям состояния здоровья индивида, что особенно важно для оценки результатов лечебной работы. Его содержание фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменение которых наблюдается в результате заболевания, медицинского вмешательства и поддержки, осуществляемой системой здравоохранения и существующими негосударственными формами медицинской помощи»¹⁹⁶. Таким образом, для выявления *нездоровья* в более широком смысле слова современные диагностические методы оказываются недостаточно чувствительными, что делает необходимым исследование других сфер жизни человека, не входящих в компетенцию медиков и введение понятия «качество жизни».

¹⁹⁴ Использование опросника качества жизни // Версия ВОЗ// в психиатрической практике. Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева исследовательская группа "Качество жизни". СПб, 1998. http://www.medpsy.ru/dictionary/metod_03_001.php

¹⁹⁵ Там же.

¹⁹⁶ Там же.

Понятие «качества жизни» является интегральной характеристикой, иллюстрирующей расширение медицинского дискурса и проникновение его в область интересов социологии, экономики, политики. Первым пунктом предложенного опросника является непосредственно «физическая сфера», включающая в себя наличие физической боли и дискомфорта (физического), оценку своей жизненной активности, энергии и усталости, а также оценку качества сна и отдыха. Пункт о «психологической сфере» включает больше критериев в силу увеличения количества психических расстройств в современном мире, а также, согласно задаче определения комфортности своего существования, на уровне психики. Он включает отметку о наличии положительных или отрицательных эмоций, оценку своего мышления, памяти, самооценку, образа тела и внешности, что является важным показателем психической устойчивости. «Уровень независимости», который можно было бы назвать «уровнем внутренней свободы», подразумевающий оценку подвижности, способности выполнять повседневные дела без посторонней помощи, наличие или отсутствие зависимости от лекарств и лечения и способность к работе является «пересечением» индивидуального и социального в плоскости медицинского дискурса. Оценка непосредственно социальных отношений включает в себя наличие личных отношений, практическую социальную поддержку и сексуальную активность, трактуя ее в контексте социологии, а не физиологии. Необходимым критерием является оценка индивидом среды своего обитания, что включает в себя оценку физической безопасности и защищенности, окружающей среды, дома, финансовых ресурсов, качество медицинской и социальной помощи, возможность саморазвития для приобретения новой информации и навыков. Наконец, оценка своей духовной сферы, подразумевает определение духовности, религиозности, личных убеждений¹⁹⁷.

Данные критерии разработаны медиками, согласно Всемирной организацией здравоохранения, как расширенное определение качества жизни на

¹⁹⁷ Все материалы взяты с сайта «Информационный портал "Медицинская психология". http://www.medpsy.ru/dictionary/metod_03_001.php

основании критерий физического и психического здоровья, оцениваемых субъективно, с учетом социальных и экономических показателей. Согласно сайту разработчиков приведенного опросника, «в 1948 году Всемирная организация здравоохранения определила «здоровье» как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или неспособности»¹⁹⁸.

Появление понятия «качества жизни» в дискурсивном пространстве медицины указывает на расширение границ медицинского дискурса. Медицина, учредив себя как институт в эпоху Нового времени расширяет свое влияние на другие сферы ввиду того, что к вопросу о здоровье «стягиваются» дискурсивные практики, так или иначе касающиеся проблемы человека. В данном контексте показательным является «социальное измерение» проблемы здоровья. «Социальное измерение» получает проблема пола (переходя в гендер), проблема возраста (возраст трактуется как коэффициент активности в социуме и нуждается в медицинской коррекции, если мешает необходимой для индивида презентации себя). Можно утверждать, что медицина не только социализируется, включаясь в пространство социального через современные гаджеты, рекламу, через участие в ключевых моментах человеческой жизни интимного свойства, но также вмешивается в процессы социализации индивида. Так, например, медицина обещает успех и благополучие через рекламу потенциальным клиентам пластической хирургии или комфортное общение с друзьями при наличии в сумочке средства от боли в суставах или диареи.

Проблема смерти также является предметом рефлексии междисциплинарного дискурсивного поля на пересечении медицинского, религиозного и философского дискурса. Согласно приведенному выше замечанию Г. Хайдаровой о том, что боль теперь скорее является областью изучения гуманитарных наук, чем естественных, проблема смерти также попадает скорее в область философской рефлексии, на пересечении религиозных и этических ориентиров.

¹⁹⁸ Там же.

Как писал Фуко, медицина покоится на «устойчивом основании смерти». Согласно этому представлению, смерть обеспечивает базис, необходимый для изучения патологий в анатомическом зале, расставляя точки над «I» и подводя итоги лечебным манипуляциям. Смерть действительно была достаточно устойчивым основанием еще в эпоху Нового времени и Просвещения. По сохранившимся со Средневековья представлениям, конец человеческой жизни констатировался в момент остановки работы жизненно-важных органов, расцениваемых как средоточие жизни и вместилище души. Таким образом, исчерпывающей картиной смерти являлось отсутствие дыхания и сердцебиения.

С развитием реаниматологии возникают новые критерии смерти и ее градации, такие как «клиническая» и «биологическая», - то есть «виды» смерти по признаку обратимости и необратимости процесса умирания. Во второй половине XX века возникает понятие «смерти мозга», которое трактуется как смерть личности при продолжении биологической жизни. Здесь возникает вопрос - считать ли смерть мозга конечным пунктом существования человека, если при этом технически возможно поддерживать дыхание, кровообращение и сердцебиение достаточно долго? Благодаря современной реаниматологии, процесс умирания может быть растянут на неопределенное время, регламентируемое техническими возможностями, глубиной повреждений жизненно-важных органов, экономической целесообразностью, возможностью использования умирающего в качестве донора и т. д. Данная фаза умирания называется «зоной неопределенности», то есть зоной между жизнью и смертью¹⁹⁹, которая может расцениваться и как жизнь (с учетом поддержания жизненно-важных физиологических функций) и как смерть (с учетом смерти мозга и угасания интеллектуальной жизни), а также как стадия умирания. Отсутствие строгих критериев жизни и смерти снова выводит медицину в философскую рефлексию на тему «что есть человек?» Решение данного вопроса привлекают в медицинский дискурс философские и религиозные аспекты, особенно в вопросах эвтаназии и трансплантологии, так как именно возможность использования

¹⁹⁹ См.: Юдин Б.Г. О человеке, его природе и его будущем // Вопросы философии. – 2004. – № 2. – С. 16-28

органов умирающего в качестве донорских и экономическая целесообразность сокращения пребывания в «зоне неопределенности» обостряют данную проблематику. Вопросы жизни и смерти в медицинском, философском и религиозном аспекте обсуждается в СМИ, снимаются фильмы, художественные и документальные, проводятся ток-шоу с привлечением священников, врачей и родственников, потерявших близких.

Итак, медицина вмешивается в процесс умирания и человек оказывается не волен выбрать смерть в ее естественном смысле, так же как и выбрать боль. Как пишет Бодрийяр, «смерть отнята у каждого члена общества, ему уже не позволено умереть так, как хочется. Отныне он волен только жить как можно дольше»²⁰⁰. Монополизируя за собой управление смертью, медицина расширяет свои властные претензии на финальный этап жизни, при этом, по Бодрийяру, продолжает являться базисом в восприятии больного и болезни: «Именно потому, что целью больницы и вообще медицины является устранение смерти, они обращаются с больным как с потенциально мертвым... Это логическое следствие из медицинской генеалогии тела...»²⁰¹. Процесс символического «омертвления» пациента представляется неизбежным в контексте госпитальной медицины в том же смысле, в каком является необходимым дистанцирование госпитального персонала от личности больного. Смерть, таким образом, или точнее – ее незримое присутствие, разделяя мир больницы на два непересекающихся мира – больных и лечащих, сообщает необходимую статику как психологическую (в отношениях врача и пациента), так и «физическую», в лечебной практике. Таким образом, смерть не изменяет своему присутствию в медицине, оставаясь ее базисом, сообщая устойчивость телу, но трансформируется, лишая человека отчетливых границ существования и делая себя символическим актом или абстракцией. Как пишет Бодрийяр, «жизнь отдельного человека, жизнь цивилизованная, включенная в бесконечный «прогресс», по ее собственному внутреннему смыслу не может иметь конца, завершения. Ибо тот, кто включен в

²⁰⁰ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М., «Добросвет», 2000, с. 290.

²⁰¹ Там же. С. 321.

движение прогресса, всегда оказывается перед лицом дальнейшего прогресса...» Человек современной культуры, по Бодрийяру, обесценивший смерть перед лицом прогресса, обесценил жизнь, «ведь именно она своим бессмысленным «прогрессом» обрекает на бессмысленность и самое смерть»²⁰².

Как видно, сформированная на бинарных противоположностях, таких как здоровье-болезнь, жизнь-смерть, медицина все больше размывает границы между ними, благодаря техническим и научным достижениям. Ориентируясь на «тело как машину», медицина может признать свою несостоятельность в вопросах повышения общего благополучия. Пространство медицинского дискурса, включая в себя социальные, философские, религиозные аспекты, само из зоны, стремящейся к математизации знания, характерной для классической науки, его верифицируемости и очевидности, попадает в «зону неопределенности», внутреннего противоречия и констатирует кризисность, привлекая гуманитарные дисциплины для решения возникших проблем. Так, медицина с проблемами смены пола, пластической хирургии, эвтаназии и проч. выходит за рамки своего профессионального дискурса, становясь при этом достоянием массовости и демонстрируя тем самым усиление влияния на все сферы жизни человека современной культуры.

²⁰² Там же. С. 291.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как видно из проделанного исследования, европейский медицинский дискурс формировался под влиянием философских концепций XVII - XVIII веков, отразивших основы методологии зарождающейся науки. Основными характеристиками медицинского дискурса данного периода, которые следует понимать как классические, выступают факторы, общие для всех наук в период их становления – рационализм и опора на эмпирические данные с их последующей систематизацией. Это ложится в основу оформления структуры и упорядочивания медицинского знания, дает начало становления патологической анатомии, явившейся впоследствии опорой для признания достоверности медицинских теорий, и формирует специфическое «анатомическое мышление» в медицине.

Математическое измерение, которое «получает» человек новоевропейской культуры дает начало оформлению накопленного научного знания в строгую систему, развивающуюся в едином русле европейских естественных наук. Объектом исследования медицины данного периода является человек, понимаемый, согласно философии Декарта, в концепции строгого дуализма, противопоставляющего душу и тело. Эпоха Просвещения продолжает тенденции, заложенные культурой Нового времени в понимании человека, но, как было показано на примере философских концепций, оказавших большое влияние на медицину, и медицинских теорий, появившихся в данный период, сообщает дальнейшее развитие учению о человеке, «раскрепощает» и выводит медицину за рамки «заданности и порядка».

Период Нового времени и эпохи Просвещения готовит почву для встраивания представлений о душевных процессах в общую систему медицинского дискурса, проведя период отбора, классификацию на основе эмпирического материала и выработав методы диагностики и лечения. В своем

становлении психиатрия проходит тот же путь, что и клиническая медицина – от поиска универсальной причины болезни, сопоставления теорий и эмпирических данных к систематизации накопленного в госпитальных учреждениях опыта. Медицина «впускает» в дискурсивную область психиатрию, подтверждая свою «антропологичность», то есть направленность к человеку и науки «о человеке». Существенным подтверждением этого является изменение содержания душевнобольных и получение изоляторами статусов лечебниц. Таким образом, получение феноменом безумия антропологического статуса в культуре, выведение проблем душевных заболеваний из области религиозных представлений в пространство медицинского дискурса происходит в перспективе трансформации представления о человеке в культуре Нового времени и Просвещения.

Социокультурные трансформации XVII - XIX веков, рост городов, экономическое и промышленное развитие, приводят к социализации медицины, т. е. к становлению медицины в качестве социального института. Первые госпитали появляются в общем процессе социализации в культуре XVII века, когда формируются научные и художественные академии и университеты. Наука, как и искусство, тяготеет к общепринятым в профессиональных кругах канонам и профессиональному общению. Одновременно необходимость пополнения научной эмпирической базы стимулирует появление госпитальных учреждений, функционирование которых задает новые отношения между врачом и пациентом, выводя пациента за рамки лечебного процесса и сообщая ему статус эмпирического материала, как видно на примере устройства первых родовспомогательных больниц. В госпитальных учреждениях в данный период появляются медицинские практики, освоение которых представляется невозможным вне условия госпиталя, что повышает престиж медицины как профессионального занятия из-за сложности и длительности их освоения. Данные явления маркируют получение медициной властных полномочий и начало экспансии медицины в частную жизнь граждан, как в границах госпиталя, так и в больших городах через деятельность медицинской полиции, занимающейся

вопросами санитарного состояния городов, диспансеризацией и вакцинацией. Включение новых областей в пространство медицинского дискурса демонстрирует тенденцию к дальнейшему его расширению и готовность к решению вопросов, диктуемых социокультурной ситуацией.

Процессы дегуманизации в культуре XIX века, т.е. «утраты индивидуального» в понимании человека имеют в медицине своеобразное преломление. Искусство через явления дегуманизации ищет пути к объективному освоению действительности через постижение скрытых смыслов. Постижению смыслов мешает включение человеческого, субъективного, сиюминутно-переживаемого. Философия констатирует потерю «человеческого» в искусстве данного периода, одновременно иррациональные философские концепции утверждающие «слишком человеческое» в негативном ключе, обращают человека к своей природной биологической сущности под влиянием эволюционных теорий. Наряду с данными настроениями в культуре на фоне развития научного знания, можно наблюдать появление позитивистских концепций.

В силу сложности предмета медицинского исследования, в перспективе оформления и развития медицины как науки, в XIX веке можно наблюдать балансирование медицины между рацией и эмпирией, иррациональными направлениями в философии и чистой позитивной наукой. Специфика медицинского дискурса эпохи романтизма показывает, как медицинские теории, опирающиеся на философские идеи, такие как теории витализма, «жизненной силы», бруссеизм, гомеопатия, а также появление философских изысканий Шеллинга, Гегеля о возможных причинах возникновения болезни развиваются в контексте критических настроений в культуре. Такие «неклассические теории» XIX века, то есть системы, не имеющие достаточного эмпирического основания, делают своим предметом исследования болезнь как таковую. Осознание метафизического измерения человеческого существа, так или иначе, выявляет недостаточность эмпирии для изучения и лечения человека, что делает необходимым обращение к теоретизированию, т. е. к философским концепциям или обращение к прошлому – теориям Гиппократов и Галена. Данные концепции

показывают разочарование в подходе *рацио*, иллюстрируют попытки выхода за рамки классических канонов и поиск новых путей для решения поставленных задач, что в целом характерно для культуры эпохи романтизма. Таким образом, европейский медицинский дискурс демонстрирует шаткое равновесие между теорией и эмпирией, следуя за культурными тенденциями.

Противоречивые явления культуры, отразившиеся в философских концепциях XIX века, оказывают влияние на развитие медицинской науки, продвигая ее как на пути строгой рациональности, так и на пути поиска иррациональных причин заболеваний. Медицинское мышление формируется на базе патологической анатомии, сообщающей легитимность новым теориям, при этом ее «человеческий» статус, предполагающий наличие в объекте субъективных данных является обременительным для получения позитивного знания. Таким образом, медицина, изначально «гуманистичная» по своим целям, какими являются лечение и облегчение страдания, является «антигуманной» в силу требований позитивной науки, что отражает «противоречивость» европейского гуманизма в целом. В качестве маркера данных процессов выступает медицинская теория френология, утверждавшая анатомическую заданность человеческой личности, которую можно «вычислить» по своеобразию анатомического строения черепа.

Появление психоанализа в XIX и его широкое распространение в XX веке является рубежом, открывающим новое прочтение проблемы статуса человека в культуре, а также маркером явлений трансформации дискурсивных медицинских практик, занимающихся проблемами человеческой психики. Занимаясь проблемами сознания, психоанализ методологически тяготеет к критериям научности, заданным в эпоху Нового времени и Просвещения, и, согласно высказыванию своего основателя, соотносится с психиатрией так, как гистология с анатомией, то есть обеспечивает рассмотрение изучаемого предмета на клеточном уровне. Таким образом, психические процессы подвергаются «классическому» анализу, анатомическому или гистологическому препарированию, в конечном итоге - попытке *рационализации иррационального*,

то есть сохраняют связь с классической эпохой через методологию, одновременно утверждая детерминированность психических проявлений и возможность «вычисления личности».

Таким образом, появление психоанализа показывает изменение отношения к человеку в культуре конца XIX века, трактовку человеческого существа в качестве биологического индивида, лишая его специфических характеристик человеческой личности, не обусловленных биологическими причинами. Утверждая детерминированность психических процессов, психоанализ и его последователи стимулируют самопознание и конструирование личности на фоне тотального «недовольство культурой», что делает данные теории востребованными через популярную литературу. Европейская культура, склонная к саморефлексии, продолжает путь вглубь индивида, который представляется как поиск потерянной индивидуальности.

Тенденции, заявленные в XIX веке, получают развитие в XX веке. В процессе изменения культурной ситуации XX века медицине приходится решать задачи, выходящие за рамки заданных изначально, под которыми понимается лечение человека или шире – борьба с болезнью. Поиск индивидуальности приводит к обращению в медицинские клиники. Новоевропейский человек, ощущая свою недостаточность и «неукорененность» в современных условиях, становится все более уязвимым и внушаемым, и, как следствие, медицина получает дополнительные возможности для экспансии и манипуляции. В функции медицины помимо заботы о состоянии здоровья начинает входить забота о красоте и чистоте тела, среде обитания, эмоциональном состоянии по тем показателям, которые диктует современная культура. Наиболее востребованной и популярной областью медицины становится пластическая хирургия, формирующая тело, согласно эстетическим представлениям современной культуры, порождая новые проблемы психологического и этического свойства. Таким образом, медицинский дискурс современной эпохи ориентирован на новые функции медицины, вхождение ее в пространство СМИ и массовой культуры в целом и смену ценностных

ориентиров. Медицина входит в повседневную жизнь новоевропейского человека через рекламу и потоки массовой информации, становясь полноправной и значимой частью общего культурного дискурса.

Как было показано, одной из существенных черт современного медицинского дискурса является его дробление и внутренняя дифференциация узких областей, а также «сужение взгляда» врача или исследователя в медицинской лаборатории, где в качестве объекта выступает все более локальная область в ущерб целостности восприятия. Объектом исследования становится не человек, а частица органической ткани, животная клетка. Взгляд современного врача-исследователя «работает» в узкой профессиональной области, выделенной анатомией, при этом его интересы пересекаются с множественными областями медицины, которые также имеют свою структуру и содержание.

Подобное «фрагментарное» восприятие объекта сопоставимо с «конструированием реальности» человека современной культуры. Пересечения и перекрывания, наслаивания и одновременно дробление ландшафта профессиональной медицины похоже на хаотичную конструкцию, подобно тому, как работает сознание современного человека, собирая и конструируя реальность, заменяя знание на информацию. Это означает, что в результате диагностических мероприятий медики получают не знание о состоянии здоровья человека, а информацию о состоянии его органов, лишенную целостности. В таком контексте возникновение биоэтики, распространение психосоматических теорий, холистических практик и гомеопатии, предлагается рассматривать как попытки обретения утраченной целостности в рассмотрении человеческого существа и самого ландшафта медицины, включающего в себя этические, правовые и экономические аспекты. Данные явления представляются своеобразной культурной компенсацией на фоне дробления и внутренней дифференциации современного медицинского дискурса.

Трансформация в новоевропейской культуре ключевых медицинских понятий, имеющих экзистенциальное измерение, таких как боль, здоровье, болезнь, смерть, размывание границ между ними благодаря достижениям

современной научной медицины вызывает ряд вопросов этического свойства. При этом, как было отмечено, изначально представление о человеке, а также об экзистенциальных понятиях, связанных с проблемами здоровья, болезни и смерти, формировались в медицине из культурных установок, отраженных в философии и искусстве. В современной ситуации, скорее, медицина оказывает ключевое влияние на статус человека в культуре через представление и соотношении души и тела, боли, болезни и смерти, основанном на достижениях медицинской науки.

Противоречивость представлений о здоровье, болезни, боли и смерти, размывание границ между ними, соотносится с «симуляциями», о которых писали теоретики современной культуры. Сформированная на бинарных противоположностях, таких как здоровье-болезнь, жизнь-смерть, медицина расшатывает границы между ними. Благодаря достижениям медицинской науки удается значительно «отодвинуть» физическую боль, но при этом культура «получает» широкое распространение болей психогенного характера, размывая границу между физической и психической болью. Технические достижения делают доступной точную диагностику, но критериев, которые предлагает соматическая диагностика, оказывается не достаточно для определения состояния здоровья человека, что делает необходимым введение понятия «качества жизни», учитывающее экономические, социальные и психологические показатели. Продление жизни открывает проблему «третьего возраста» и неприспособленности культуры к включению его в активное функционирование. И, наконец, благодаря достижениям современной реаниматологии удается «поколебать» границу между жизнью и смертью, лишая тем самым устойчивости понятие смерти, на котором базируется классическая медицина, получая взамен «зону неопределенности», поднимающую ряд этических, философских и религиозных дискуссий. Медицина, решая проблемы смены пола, пластической хирургии, эвтаназии, трансплантологии и прочие острые вопросы, восходящие к данным базовым понятиям, выходит за рамки своего профессионального дискурса, вынося проблемы на широкое обсуждение из-за невозможности их

однозначного решения. Расширение дискурсивного пространства медицины в современной культуре с включением в него социальных, экономических, политических и др. аспектов говорит о кризисности медицины в вопросах этического и антропологического характера и, вместе с тем, о кризисных явлениях современной культуры в целом.

В пространстве медицинского дискурса пересекаются различные модусы представлений человека о себе и мире, которые предлагает эпоха на основании гуманитарного и естественнонаучного знания, сообщая им остроту ввиду основной цели своего существования – лечения и избавления от страданий. Со времени становления профессионального европейского медицинского дискурса медицина «лечит тело как машину», балансируя при этом между рацией и эмпирией, анатомией и философией, необходимостью сужения оптики медицинского взгляда в лаборатории и обретения целостности восприятия для решения возникающих проблем. Как видно из данного исследования, в исторической перспективе можно наблюдать крайние позиции медицины в вопросе статуса человека – от механистического до метафизического, а также их смешение. При этом, все же для современной медицины лечение «тела как машины» существует как наиболее актуальное, что является основным предметом критики. Подходя с механистических позиций, т. е. априори с позиции силы, медицина представляет опасность ввиду незащитности человека в страдании, интимности и глубины переживания боли, физической или психической.

Данные вопросы привлекают общественное внимание к медицине как маркирующие проблемы общекультурного свойства. При их обсуждении происходит «стягивание» в пространство медицинского дискурса проблем не медицинского характера, размывание границ предметного поля медицины, что сообщает сложность исследованию медицины как формы культуры и открывает неисчерпаемое поле для теоретического анализа современных культурных тенденций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. - М.: Издательство «ЭКСМО-Пресс», 2002. 352 с.
2. Андерсон Д., Барнс Э., Шеклтон Э. Медицина в искусстве. - М.: Арт-родник, 2012. 256 с.
3. Арендт Х. Люди в темные времена. Пер. с англ. и нем. - М.: 2003. 311 с.
4. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. Пер. с фр. - М.: «Прогресс» - Прогресс-Академия», 1992. 528 с.
5. Барт Р. Избранные работы. Семиотика. Поэтика. Избранные работы. - М.: «Прогресс», 1994. 616 с.
6. Барт Р. Мифологии. Пер. с фр. - М.: Академический проект, 2010. 351 с.
7. Барт Р. Смерть автора // Барт Р. Избранные работы: Семиотика. Поэтика. - М., 1994 С. 384-391.
8. Бинсвангер Л. Аналитика существования Хайдеггера и ее значение для психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. – М.: «КСП+ », «Ювента», СПб (при участии психологического центра «Ленато», СПб), 1999. С 182-194.
9. Бинсвангер Л. Фрейд и Конституция клинической психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. - М.: «КСП+ », «Ювента», СПб (при участии психологического центра «Ленато», СПб), 1999. С 162-181.
10. Бинсвангер Л. Фрейдовская концепция человека в свете антропологии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. - М.: «КСП+ », «Ювента», СПб (при участии психологического центра «Ленато», СПб), 1999. С 135-161.
11. Биология и медицина: философские и социальные проблемы взаимодействия. Отв. редактор А.А. Овчинников. - М.: «Наука», 1985. 319 с.
12. Богатова Л.М. Гендерная драма человека постмодерна // Перспективы философии в XXI веке. Сборник научных статей и сообщений. Казань: Изд-во КГУ. 2008. С.39-43.
13. Богатова Л.М. Гендерные коллизии постмодерна в контексте эмансипации // Проблемы государства, права, культуры и образования в современном мире.

Материалы VI международной научно-практической интернет-конференции. Издательский дом ТГУ им. Державина Р.Г. Тамбов. 2009. С. 280-286.

14. Богатова Л.М. Эмансипация как онтологическая трагедия пола // Философские науки. 2008. № 6. С. 113-133

15. Бодрийяр Ж. Система вещей. Пер. с фр. - М.: «Рудолино», 1995. 169 с.

16. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. Пер. с фр. - М.: Добросвет, 2000. 387 с.

17. Бодрийяр, Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. Пер. с фр. - М.: культурная революция; Республика, 2006. 269 с.

18. Бэкон Ф. Новый Органон. ОГИЗ-СОЦЭКГИЗ. Ленинградское отделение, 1935. 384 с.

19. Бэкон Ф. Опыты и наставления нравственные и политические // Бэкон Ф. Сочинения в 2 т. Т. 2. М: Мысль, 1972. С. 347-486.

20. Бэн А. Душа и тело. Общие законы и соотношения между ними. Пер. с англ. Изд.4-е. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012. 240 с.

21. Вебер М. Протестантская этика и «дух капитализма» // Вебер М. Избранное. Протестантская этика и дух капитализма. Пер. с нем. - М.: «Центр гуманитарных инициатив», 2013. С. 19-186.

22. Ветлесен А.Ю. Философия боли. Перевод с норв. - М.: Прогресс-Традиция, 2010. 240 с.

23. Власова О. Рональд Лейнг. Между философией и психиатрией. – М.: Издательство Института Гайдара, 2012. 464 с.

24. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. - М.: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. 221 с.

25. Власова О.А. Власть общества и автономия безумца: антипсихиатрический проект Томаса Саса. Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Философия»: 2010. №2(8) С. 87-100.

26. Ганеман С. Органон врачебного искусства или основная теория гомеопатического лечения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://mshealthy.com.ua//medik-book//gomeopati//ganeman-organon//8.htm>

27. Гегель Г. Наука логики // Философия природы. Сочинение в 2 т. Т. 1. - М.: Мысль, 1975. 695 с.
28. Гегель Г. Философия права. - М.: Мысль 1990. 524 с.
29. Гегель Г.Ф. Философия природы // Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Сочинение в 2 т. Т. 2. - М.: Мысль, 1975. 695 с.
30. Гиппократ. О природе человека. Пер. с греч. Издание 3-е. - М.: КомКнига, 2010. 344 с.
31. Гоббс Т. Сочинение в 2 т. Т.1. О человеке. - М.: Мысль, 1989. 622 с.
32. Гольбах П.А. Система природы, или о законах мира физического и мира духовного // Поль Анри Гольбах. Избранные произведения в двух томах. Том 2. Под общей редакцией Х.Н.Момджяна. Перевод с французского Т.С.Батищевой и В.О.Полонского. 1963. – М.: Мысль, 1963, 563 с.
33. Гуревич, П. С. Феномен деантропологизации человека // Вопросы философии. 2009. №3. С. 19-31.
34. Гуссерль Э. Идея феноменологии: пять лекций. Пер. с нем. СПб.: ИЦ «Гуманитарная академия», 2008. 224 с.
35. Гуссерль Э. Картезианские размышления. Пер. с нем. – СПб: "Наука", "Ювента", 1998. 316 с.
36. Дарвин Ч. Происхождение видов путем естественного отбора. Пер. с англ. - М: Издательство «Наука», 2001. 496 с.
37. Декарт Рене. Метафизические размышления // Избранные произведения. - Луцк: Вежа, 1998. С. 65-145.
38. Декарт Р. Правила для руководства ума // Декарт Р. Сочинение в 2-х томах. Т.1. М.: Мысль, 1989. С. 77-153.
39. Декарт Рене. Рассуждение о методе для хорошего направления разума и отыскания истины в науках // Избранные произведения. - Луцк: Вежа, 1998. С. 7-64.
40. Делёз Ж. Ницше и философия. Пер. с фр. - М.: Ad Marginem, 2003. 392 с.
41. Делёз Ж. Ницше. Пер. с франц., послесловие и коммент. С. Л. Фокина. - СПб.: Аксиома, Кольна, 1997. 186 с.

42. Делёз Ж. Фрэнсис Бэкон: Логика ощущения. Пер. с фр. - СПб.: Machina, 2011. 176 с.
43. Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип. Капитализм и шизофрения. Пер. с фр. - Екатеринбург: У-Фактория, 2007. 672 с.
44. Дементьева Е. В. Трансформация музыкального языка в западноевропейской культуре XX века. - СПб: Санкт-Петербургское философское общество, 2010. 160 с.
45. Деррида Ж. Письмо и различие. Пер. с фр. - М.: «Академический проект», 2007. 496 с.
46. Деррида Ж. Поля философии. Пер. с фр. - М.: «Академический проект», 2012. 384 с.
47. Деррида Ж. Страсти по Фрейду // Ж. Деррида. О почтовой открытке от Сократа до Фрейда и не только. Пер. с фр. Г. А. Михалкович. – Мн.: Современный литератор, 1999. С. 401 - 644.
48. Дьюи Д. Реконструкция в философии. Проблема человека. Пер. с англ. - М.: Республика, 2003. 496 с.
49. Дьяков А. В, Соколов Б. Г. Очки для Ницше. - СПб: Курск, СПб, 2012. 240 с.
50. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд // Пер. с фр. С сокр. - М.: Мысль, 1994. 399 с.
51. Зиммель Г. Кризис культуры // Зиммель Г. Избранное. Т. 1. Философия культуры. - М.: Юрист, 1996. С. 489-493.
52. Зиммель Г. Мода // Г.Зиммель. Избранное. Т.2. Созерцание жизни. - М.: Юристь, 1996. С.266-291.
53. Зиммель Георг. Философия культуры // Зиммель Г. Избранное. Том 1. - М.: Юрист, 1996. 671 с.
54. Использование опросника качества жизни (Версия ВОЗ) в психиатрической практике [Электронный ресурс] // Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, исследовательская группа "Качество жизни". СПб, 1998. – Режим доступа: http://www.medpsy.ru//dictionary//metod_03_001.php
55. Каннабих Ю. В. История психиатрии. - М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002. 560 с.

56. Кант И. Критика практического разума. // Соч.: В 6 тт. - Т. 4. Ч. 1 . С. 69-781.
57. Кант И. Критика способности суждения. // Соч.: В 6 тт. - Т. 5. С. 161-527.
58. Кант И. Критика чистого разума. - СПб: Наука, 2008. – 608 с.
59. Кант И. О способности духа силою только воли побеждать болезненные ощущения // Кант И. Трактаты и письма. М., «Наука». 1980. С. 298-318.
60. Кассирер Э. Феноменология познания // Философия символических форм. Т. 3. Пер. с нем. М.: Академический проект, 2011. 400 с.
61. Кассирер Э. Язык // Философия символических форм. Т. 1. Пер. с нем. М.: Академический проект, 2011. 272 с.
62. Кириленко Е.И. Бунт тела и власть традиции // Кириленко Е.И. Конструирование человека : в 2 т. Т. 1. Ч.2. - Томск: Изд-во ТГПУ, 2008. С. 21-30
63. Кириленко Е.И. Конструирование медицинского дискурса как методологическая проблема // Е.И. Кириленко Е. И. Конструирование человека. - Томск: Изд-во ТГПУ, 2009. С.125-131.
64. Кириленко Е. И. Автореферат диссертации «Медицина как феномен культуры, опыт гуманитарного исследования» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.lib.tsu.ru//mminfo//000372775//000372775>
65. Кириленко Е.И. Медицина как «точка влечения» в поле европейской культуры // Кириленко Е.И. Конструирование человека. - Томск: Изд-во ТГПУ, 2007. С. 359-364//.
66. Кириленко Е.И. Медицинский опыт в зеркале культуры // Кириленко Е.И. Современные подходы в биомедицинской, клинической, психологической и социокультурной антропологии: в 2 ч. Ч.2. - Томск : Иван Федоров, 2008. С.75-80
67. Коновалов В.В. Совсем другая медицина [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.ligis.ru//librari//2796.htm>
68. Коновалов В.В. Кризис медицины на рубеже XX–XXI веков и пути его преодоления // Коновлов В.В. Человек. 1996. N 1. С. 106–119
69. Конт О. Дух позитивной философии. Слово о положительном мышлении. Пер.с фр. - М: Издательство «Либроком», 2012. 92 с.

70. Конт О. Общий обзор позитивизма. Пер.с фр. - М: Издательство «Либроком», 2012. 296 с.
71. Крель А.А. Концепция холистической терапии (на основе опыта 45-летней врачебной практики). Холизм и здоровье. - СПб: АНО «КИО». 2009, №1. С. 4-7.
72. Кун Т. Структура научных революций. - М.: Прогресс, 1977. 302 с.
73. Курашов В.И. История и философия медицины в контексте проблем антропологии // Учебное пособие. - М.: КДУ, 2012. 368 с.
74. Лакан Ж. Инстанция буквы в бессознательном, или судьба разума после Фрейда: Пер. с франц. – М.: Русское феноменологическое общество; Логос, 1997. – 184 с.
75. Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе: Пер. с франц. – М.: Гнозис, 1995. – 192 с.
76. Лакан Ж. Я в теории Фрейда и в технике психоанализа (1954-55); Пер. с франц. – М.: Гнозис; Логос, 1999. – 520 с.
77. Ламетри Ж. О. Животные – больше, чем машины // Ламетри Ж. О. Сочинения. - М.: Мысль, 1976. С. 421-460.
78. Ламетри Ж. О. Человек-машина // Ламетри Ж. О. Сочинения. - М.: Мысль, 1976. С. 183-244.
79. Ламетри Жюльен Онофре. Трактат о душе (Естественная история души). // Ламетри Ж. О. Сочинения. - М.: Мысль, 1976. С. 245-262.
80. Ламетри Жюльен Онофре. Человек-растение // Ламетри Ж. О. Сочинения. - М.: Мысль, 1976. С. 245-262.
81. Лахмунд Йенс. Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. - СПб: Алтейя, 2008. С. 104-136.
82. Леви В. Л. Искусство быть другим. - М.: Знание, 1981. 207 с.
83. Лейбниц Г. Об искусстве открытия // Лейбниц Г. Сочинение в 4 т. Т.3 - М.: Мысль, 1984. С. 395-398.

84. Летов О.В. Биоэтика и современная медицина. - М.: РАН. ИНИОН. Центр гуманитарных научно-информационных исследований, 2009. 254 с.
85. Лисицин Ю. История медицины. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 400 с.
86. Лурия Р. Этапы пройденного пути. Научная биография. - М: Издательство МГУ, 2001. 192 с.
87. Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Пер. Е. Н. Махнычевой // Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 21–179.
88. Лэйнг Р. Политика переживания. В кн.: Лэйнг Р. Расколотое «Я». - СПб., 1995. С. 224-335.
89. Лэйнг Р.Д. Я и Другие // Перевод с англ. Е. Загородной - М.: Независимая фирма Класс, 2002. 192 с.
90. Лэйнг Р.Д., Эстерсон А. Безумие: семейные корни. Пер. с англ. А. Грузберга. - М: Издательство: ООО «КнигоМир», 2012. 212 с.
91. Маклюэн, М. Галактика Гутенберга. Становление человека печатающего - М.: Академический проект, 2005. 496 с.
92. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. Учебное и практическое пособие - М.: Издательство БЕК, 1995. 260 с.
93. Мамардашвили М. К. Классический и неклассический идеалы рациональности. - Тбилиси: „Мецниереба”, 1984. 84 с.
94. Мамардашвили М.К. Категория социального бытия и метод его анализа в экзистенциализме Сартра // Мамардашвили М. Современный экзистенциализм: критические очерки. - М.: Наука, 1996. С. 149 - 204.
95. Марков, Б.Ф. Философская антропология: Очерки истории и теории // Б.Ф. Марков. - СПб.: Издательство «Лань», 1997. 384 с.
96. Маркс К. Нищета философии - М.: Издательство «Либроком», 2010. 162 с.
97. Маркс К. Экономическо-философские рукописи 1844 года // К. Маркс и Ф. Энгельс. С. С., изд. 2, т. 42. - М.: Издательство политической литературы, 1972. С. 41-174.

98. Маркузе Г. Одномерный человек. Пер. с англ. - М: ООО Издательство «АСТ», 2009. 336 с.
99. Маслоу Абрахам Г. Мотивация и личность. Пер. с англ. Татлыбаевой А.М. - СПб.: Евразия, 1999. 478 с.
100. Мейер-Штейнег Т. Медицина XVII – XIX веков. - М.: Вузовская книга, 2007. 120 с.
101. Мещерякова, Т. В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Т. В. Мещерякова Высшее образование в России. 2009. № 10. С. 94-99.
102. Мид М. Культура и мир детства. Пер. с англ. - М.: Главная редакция восточной литературы издательства «Наука», 1988. 429 с.
103. Мид М. Мужское и женское. Исследование полового вопроса в меняющемся мире. - М.: «РОССПЭН», 2014. 416 с.
104. Милль Дж. Ст. Огюст Конт и позитивизм. Пер. с англ. - М.: Издательство «ЛКИ», 2011. 176 с.
105. Милль, Дж. С. Утилитаризм. О свободе // Дж. С. Милль. - СПб: Типография А. М. Котомина, 1882. 387 с.
106. Мосс М. Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии. Пер. с фр. - М.: КДУ, 2011. 416 с.
107. Мунье Э. Персонализм // Мунье Э. Манифест персонализма. - М.: Республика, 1999. С. 459-538.
108. Ницше Ф. Ессе Номо. Антихрист. Пер. с нем. СПб.: АЗБУКА-АТТИКУС, 2011. 224 с.
109. Ницше Ф. Воля к власти: опыт переоценки всех ценностей. Пер. с нем. - М.: Издательство: Азбука, Азбука-Аттикус, 2011. 448 с.
110. Ницше Ф. По ту сторону добра и зла. Прелюдия к философии будущего. Пер. с нем. - М.: Издательство: Азбука, Азбука-Аттикус, 2011 240 с.
111. Ницше Ф. Рождение трагедии из духа музыки. Пер. с нем. СПб.: Издательство «Азбука-классика», 2005. 208 с.

112. Ницше Ф. Так говорил Заратустра. Пер. с нем. - М.: ООО «Издательство Астрель», 2011. 384 с.
113. Нойманн И. Использование «Другого»: Образы Востока в формировании европейской идентичности. - М.: Новое издательство, 2004. 336 с.
114. Ортега-и-Гассет Х. Восстание масс // Ортега-и-Гассет Х. Восстание масс. Пер. с исп. - М.: «АСТ», «Ермак», 2005. С. 5-210.
115. Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства // Ортега-и-Гассет Х. Дегуманизация искусства. Пер. с исп. - М.: «АСТ»: АСТ МОСКВА, 2008. С. 5-70.
116. Павлович С. А., Н. В. Павлович Н. В. История биологии и медицины в лицах. Минск: Высшая школа, 2010. 336 с.
117. Поппер К. Знание и психофизическая проблема. В защиту взаимодействия. Пер. с англ. - М.: Издательство ЛКИ, 2008. 256 с.
118. Портер Рой. Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. СПб: Алтейя, 2008. С. 41-72.
119. Портер Рой. Краткая история безумия. - М: Астрель, АСТ, 2009. 224 с.
120. Пуанкаре А. Наука и гипотеза. Пер. с фр. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2011. 240 с.
121. Пуанкаре А. О науке. Пер. с франц. - М.: Наука, 1983. 560 с.
122. Радеев А.Е. Ницше и эстетика. Харьков: Издательский дом «Гуманитарный Центр», 2013. 304 с.
123. Рассел Б. История западной философии и ее связи с политическими и социальными условиями от античности до наших дней: В трех книгах. Издание 3-е, стереотипное. - М.: «Академический проект, 2000. 768 с.
124. Рассел Б. Человеческое познание: его сфера и границы. М., Издательство иностр. литературы, 1957. 555 с.
125. Реале Дж., Антисери Д. Западная философия от истоков до наших дней. От Возрождения до Канта. В переводе и под редакцией С. А. Мальцевой. СПб: «Пневма», 2002, 880 с.

126. Реале Дж., Антисери Д. Западная философия от истоков до наших дней. От романтизма до наших дней. В переводе С. А. Мальцевой. СПб: ТОО ТК«Петрополис», 1997, 826 с.
127. Рикер П. Путь признания: три очерка. - М.: РОССПЭН, 2010. 268 с.
128. Рикер П. Я - сам как другой. - М.: Издательство гуманитарной литературы, 2008. 422 с.
129. Сартр Ж.-П. Бытие и ничто. Опыт феноменологической онтологии. - М., «Республика», 2000. 639 с.
130. Сартр Ж.-П. Экзистенциализм — это гуманизм. Пер. с фр. М. Грецкого. - М.: Изд-во «Наука», 1953. 42 с.
131. Сас Т.С. Миф душевной болезни / Пер. с англ. В. Самойлова. — Москва: Академический проект, 2010. 421 с.
132. Сепир Э. Личность // Сепир Э. Избранные труды по языкознанию и культурологии. - М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 2001. С. 582-586.
133. Силуянова И. В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. 224 с.
134. Соколов Е. Г. Жизнь и текст. - СПб.: Издательство «Акрополь», 2001. 448 с.
135. Соколов Б.Г. Генезис истории. - СПб: Алтейя, СПб, 2004. 372 с.
136. Соколов Е.Г., Соколов Б.Г. Мыслить (со) временность. I Блок. СПб: Издательство РХГА, 2011. 296 с.
137. Соколов Б. Г. Монтаж современной реальности // Культура как стратегический ресурс России. Сб. статей. - СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2011. С. 287-297.
138. Сорокина Т.С. История медицины. - М.: «Академия», 2009. 560 с.
139. Спиноза Б. Этика // Спиноза. Ростов н/Д.: издательство «Феникс». С. 325-591.
140. Сурова Е. Э. Идентичность. Идентификация. Образ. – СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2011. 232 с.
141. Сурова Е.Э. Глобальная эпоха: полифония идентичности. СПб: Издательство «Осипов», 2005. 352 с.

142. Тульчинский Г. Л. Гендер и рациональность: перспективы постчеловеческой персонологии // *Онтология возможных миров в контекстах классической и неклассической рациональности. Тезисы научной конференции. Санкт-Петербург, 14-16 ноября 2001. С. 21-24.*
143. *Философия старости: геронтософия. Сборник материалов конференции Серия "Symposium", выпуск 24. - СПб: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. 115 с.*
144. Фрейд З. Скорбь и меланхолия. // Фрейд З. *Художник и фантазирование. - М.: Республика, 1995. С. 259-259.*
145. Фрейд З. *Страх. - М.: Современные проблемы, 1927. 104 с.*
146. Фрейд З. *Толкование сновидений. - СПб.: Азбука-классика, 2004. 512с*
147. Фрейд З. *Трудность на пути психоанализа. // Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа. - СПб: Алатея, 1998. С. 232-241.*
148. Фрейд З. *Введение в психоанализ. Лекции. Пер. с нем. - М: «Наука», 1991. 456 с.*
149. Фрейд З. *О психоанализе. Фрейд З. Я и Оно. - М.: ЗАО Издательство ЭКСМО-пресс; Харьков: Издательство «Фолио», 2000. С. 311-362.*
150. Фрейд З. *По ту сторону принципа удовольствия. Фрейд З. Я и Оно. - М.: ЗАО Издательство ЭКСМО-пресс; Харьков: Издательство «Фолио», 2000. С. 709-768.*
151. Фрейд З. *Психология масс и анализ человеческого «Я». СПб: Азбука-классика. 2008. 192 с.*
152. Фрейд З. *Я и Оно // Фрейд З. Я и Оно. - М.: ЗАО Издательство ЭКСМО-пресс; Харьков: Издательство «Фолио», 2000. С. 839-860.*
153. Фридман М., Вридланд Д. *Десять величайших открытий в истории медицины. – М.: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2012. 432 с.*
154. Фромм Э. *Из плена иллюзий. Как я столкнулся с Марксом и Фрейдом. // Фромм Э. Душа человека. - М.: Республика 1998. С. 299-374*
155. Фромм Э. *Иметь или быть? - М.: Прогресс, 1986. 283 с.*

156. Фромм Э. Медицина и этические проблемы современного человека. // Догмат о Христе. - М.: Олимп, 1998. С. 142-158.
157. Фромм Э. Фрейдовская модель человека и социальные детерминанты // Фромм Э. Кризис психоанализа. - СПб, 2000. С. 375
158. Фромм Э. Фрейдовская модель человека и социальные детерминанты // Фромм Э. Кризис психоанализа. - СПб, 2000. С. 375.
159. Фромм Э. Человек для себя. // Фромм Э. Бегство от свободы. Человек для себя. - Мн.: Поппури, 1998. С. 367-667.
160. Фромм Э. Человеческая ситуация — ключ к гуманистическому психоанализу. // Фромм Э. Человеческая ситуация. - М.: Смысл, 1995. С. 7-70
161. Фромм Э. Эдипов комплекс: комментарий к истории болезни маленького Ганса // Фромм Э. Кризис психоанализа. - СПб, 2000. С. 84-93.
162. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Республика, 1994.
163. Фромм Э. Психоанализ и этика. –М.: Республика, 1993.
164. Фуко М. Герменевтика субъекта. - СПб: Наука, 2007. 680 с.
165. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. Пер. с фр. - М.: АСТ, АСТ Москва, 2009. 698 с.
166. Фуко М. История сексуальности-III: Забота о себе. Пер. с франц. Киев: Дух и литература; Грунт; - М.: Рефл-бук, 1998. 288 с.
167. Фуко М. Психическая болезнь и личность. Пер с фр. - СПб, 2009. 320 с.
168. Фуко М. Рождение клиники. Пер. с фр. - М.: Академический Проект, 2010. 252 с.
169. Фуко М. Рождение социальной медицины. Мишель Фуко. Интеллектуалы и власть. Часть 3. Статьи и интервью. Пер. с фр. - М., 2006. С. 79-106.
170. Фуко М. Слова и вещи. Археология гуманитарных наук. Пер. с фр. – СПб.: А-сacд, 1994. 407 с.
171. Хабермас Ю. Гражданство и национальная идентичность // Хабермас Ю. Демократия. Разум. Нравственность. Московские лекции и интервью - М.: АО «КАМІ», Издательский центр «ACADEMIA». С. 209-245.

172. Хабермас Ю. Интерсубъективная конституция управляемого номами духа // Хабермас Ю. Между натурализмом и религией. Пер. с нем. - М.: Издательство «Весь мир», 2011. С.15-75.
173. Хабермас Ю. Натурализм и религия // Ю. Хабермас. Между натурализмом и религией. Пер. с нем. - М.: Издательство «Весь мир», 2011. С.143-233.
174. Хабермас Ю. Толерантность // Ю. Хабермас. Между натурализмом и религией. Пер. с нем. - М.: Издательство «Весь мир», 2011. С.235-331.
175. Хабермас Ю. Понятие индивидуальности // Ю. Хабермас. О человеческом в человеке. Под общ. ред. И. Т. Фролова. - М.: Политиздат, 1991. С. 195-206.
176. Хагнер М. Разум за работой. Визуальная репрезентация церебральных процессов // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка. - СПб: Алтейя, 2008. С. 137-167.
177. Хайдарова Г. Р. Феномен боли в культуре. - СПб: Издательство Русской Христианской гуманитарной академии, 2013. 320 с.
178. Хайдеггер М. Бытие и время. - СПб, Наука, 2006.
179. Хайдеггер М. Время и бытие: статьи и выступления. Пер. с нем. - М.: «Республика», 1993. С. 41-63.
180. Хайдеггер М. Слова Ницше «Бог мертв» // Хайдеггер М. Исток художественного творения. - М.: Академический проект. С. 302 -367.
181. Хайдеггер М. Что такое метафизика? - М.: «Академический проект», 2013. 298 с.
182. Хоркхаймер М., Адорно Т. Понятие просвещения // Хоркхаймер М., Адорно Т. В. Диалектика просвещения. Философские фрагменты. Пер. с англ. - М., СПб: «Медиум», «Ювента», 1997. С. 16- 60.
183. Хорни К. Наши внутренние конфликты // Хорни К. Собр. соч. В 3 т. Т. 3. - М., 1997. С. 6-235.
184. Хорни К. Невротическая личность нашего времени // Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. - М.: Прогресс, 2000. С. 7-222.

185. Хрусталеv Ю.М. От этики до биоэтики: учебник для вузов. - Ростов на Дону: Феникс, 2010. 446 с.
186. Швырев А. А. Анатомия и физиология человека с основами общей патологии. - М.: Ростов-на-Дону: «Феникс», 2012. 416 с.
187. Шелер М. Избранные произведения: Пер. с нем. - М.: Издательство "Гнозис", 1994. 490 с.
188. Шеллинг Ф. О сущности человеческой свободы и связанных с ней предметах; Бруно, или О божественном и естественном начале вещей. Разговор: Пер. с нем. - М: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. 176 с.
189. Шлюмбом Ю. «Беременные находятся здесь для нужд учебного заведения» Родовспомогательная больница Геттингенского университета в середине XVIII – начале XIX века // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. Серия переводов Европейского университета в Санкт-Петербурге и Института истории Общества Макса Планка.- СПб: Алтейя, 2008. С. 73-103.
190. Шопенгауэр А. Мир как воля и представление. Пер. с нем. Минск: Харвест, 2011. 848 с.
191. Шпенглер О. Всемирно-исторические перспективы // Шпенглер О. Закат Европы: Очерки морфологии мировой истории. Т. 2. Пер. с нем. С. Э. Борич. - Мн.: ООО «Попурри», 1999. 720 с.
192. Шпенглер О. Закат западного мира. - М., Альфа-книга, 2010.
193. Щавелев С.П. Медицина: наука? Искусство? Ремесло? (эпистемологические предпосылки врачебной дидактики // С.П. Щавелев С.П. Специализация преподавания гуманитарных дисциплин в высшей медицинской школе. ГОУ ВПО КГМУ Росздрава. - Курск, 2008. С.9-12.
194. Эвола Юлиус. Метафизика пола. Пер. с фр. - М.: Беловодье, 2013. 400 с.
195. Элиас Н. Общество индивидов. Пер. с нем. - М.: Праксис, 2001. 336 с.
196. Эриксон Э. Г. Детство и общество. - СПб: Речь, 2002. 416 с.
197. Эриксон Э. Г. Идентичность: юность и кризис. Прогресс, 1996. 344 с.
198. Эстес Кларисса Пинкола. Бегущая с волками. Женский архетип в мифах и сказаниях. - М.: ООО Издательство «София», 2007. 496 с.

199. Юдин Б. Г. Биомедицинские исследования как объект философского осмысления // Юдин Б.Г. Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Вып. 2. - М.: ИФРАН, 2008. С. 3-17.
200. Юдин Б.Г. О человеке, его природе и его будущем // Вопросы философии. – 2004. – № 2. – С. 16-28
201. Юнг К. Г. Аналитическая психология. - СПб., МЦНК и Т «Кентавр», Институт личности ИЧП «Палантир», 1994.
202. Юнг, К. Г. Либи́до, его метаморфозы и символы // К. Г. Юнг. – СПб, 1984. – 356 с.
203. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти. Пер. с англ. - М.: Эксмо, 2008. 352 с.
204. Ялом И. Дар психотерапии. Пер. с англ. - М.: Эксмо, 2008. 352 с.
205. Ясперс К. Духовная ситуация времени. - М: Издательство «АСТ», 288 с.
206. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. - М: Практика, 1997. 1056 с.
207. Ясперс К. Смысл и назначение истории: Пер. с нем. - М.: Политиздат, 1991. 527 с.
208. Ясько Б. А. Врач: психология личности. - Краснодар, 2001. 248 с.
209. Abhandlung von den Krankheiten. Christian Friedrich Himburg. 1786, 346 s.
210. Abraham Anke. Körperhandeln und Körpererleben: multidisziplinäre Perspektiven auf ein brisantes Feld // Anke Abraham . (Hg.). Bielefeld: Transcript, 2010. 390 s.
211. Adorno Th. W. Thesen über Tradition // Adorno Th. W Ohne Leitbild. Parva Aestetica. Frankfurt a. M., 1967. 134 s.
212. Habermas J. Legitimationsprobleme im Spatkapitalismus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1976. 206 s.
213. Hagner M. Der Geist bei der Arbeit. Überlegungen zur Visualisierung cerebraler Prozesse // Anatomien medizinischen Wissens // Medizin Macht Moleküle // Hg. Von Cornelius Brock – Frankfurt a. M., 1996. S. 259286.
214. Heidegger M. Die Frage nach dem Ding // Gesamtausgabe. Bd. 41. Frankfurt a. M., 1984. 256 S.

215. Jaspers K. Vernunft und Existenz. München: Piper, 1960. 155 s.
216. Jonas H. Technik, Medizin und Ethik: zur Praxis des Prinzip Verantwortung. -2-e Aufl. F.a.M.: Insel, 1987. - 324 s.
217. Jonas H. Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. - F.a.M.:Suhrkamp, 1984. - 432 s.
218. Lachmund J. Die Erfindung des artslichen Gehors. Zur Historischen Sociologie der stethoskopischen Untersuchung // Zeitschrift für Soziologie. August 1992. Jg. 21. Heft 4. S. 235 – 251 S.
219. Pickstone J.V. Medical History as a Way of Life / J.V. Pickstone // Social History of Medicine. 2005. - Vol. 18, № 2. - P. 307-323.
220. Porter R. Blood and Guts: A Short History of Medicine. Published by W. W. Norton & Company, 2004. 224 p.
221. Schlosberg S. The Doctor will hear you now / S. Schlosberg // Health. — 1995.- Vol. 9, is. 7.-P. 76.
222. Szasz T.S. (editor) The Age of Madness: A History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts. — London: Routledge & Kegan Paul Ltd, 1975 (1973). 372 p.
223. Szasz T.S. The Ethics of Psychoanalysis: The Theory and Method of Autonomous Psychotherapy. — Syracuse, New York: Syracuse University Press, 1988 (1965, 1974). 226 p.
224. Szasz T.S. The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. — Harper & Row, 1974 (1961, 1967, 1977). 297 p.