



Л. М. Медведева

БОЛЕЗНЬ
В КУЛЬТУРЕ
и
КУЛЬТУРА
БОЛЕЗНИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Л. М. МЕДВЕДЕВА

Болезнь в культуре и культура болезни

Монография



УДК 008:616

ББК 71+52

М 42

Рецензенты:

член-кор. РАМН, доктор медицинских наук, профессор,
зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
и экономики здравоохранения

Российского национального исследовательского
медицинского университета имени Н. И. Пирогова *Н. В. Полунина*;

доктор философских наук,
профессор кафедры социологии ВолГУ *О. И. Сгибнева*

М 42 Медведева Л. М.

Болезнь в культуре и культура болезни: Монография. – Волгоград:
Изд-во ВолгГМУ, 2013. – 252 с.

ISBN 978-5-9652-0303-1

В монографии рассматривается феномен болезни в истории и культуре общества. Автор прослеживает динамику социальных отношений к болезни, отражение болезни в обыденном сознании, ее художественные образы и лингвистические выражения, уделено внимание рефлексии болезни в современном обществе. Исследование выполнено с использованием философско-культурологических, историко-медицинских и искусствоведческих источников и подходов.

Монография будет полезна специалистам в области философии, культурологии, истории медицины, а также практикующим врачам, клиническим психологам, социальным работникам. Кроме того, она может представлять интерес для тех, кому небезразлично состояние собственного здоровья и проблема преодоления болезни.

УДК 008:616

ББК 71+52

ISBN ISBN 978-5-9652-0303-1

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2013
© Издательство ВолгГМУ, 2013

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. БОЛЕЗНЬ В КУЛЬТУРЕ	8
1.1. Болезнь в структуре гуманитарного дискурса	8
1.2. Болезнь в истории и нарративы болезней	42
1.3. Болезнь и война: диалектика взаимодействия	73
1.4. Художественные образы болезни	93
1.5. Метафора болезни	110
ГЛАВА 2. КУЛЬТУРА БОЛЕЗНИ	125
2.1. Интеллектуально-профессиональная рефлексия болезни	125
2.2. Представления о болезни в обыденном сознании	144
2.3. Этнокультурные паттерны здоровья и болезни	162
2.4. Опыт болезни	179
2.5. Культурные стереотипы медикализации	200
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	221
ЛИТЕРАТУРА	223

ВВЕДЕНИЕ

Медицина в современном обществе – одна из самых динамично развивающихся сфер и сравнительно новое направление в гуманитарных исследованиях. Многочисленные медицинские инновации неоднозначно воспринимаются обществом, поэтому для их реализации актуальным представляется учет историко-культурных традиций и социальных ожиданий.

Медицина имеет сложную структуру, и споры об ее определении ведутся давно. Одно из авторитетных изданий «Большая медицинская энциклопедия» дает следующую дефиницию: «Медицина – это система научных знаний и практической деятельности, целью которых является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека». Согласно этому определению, конечным результатом медицинской деятельности признается восстановление здоровья, нормальная работа организма человека, преодоление болезни, то есть не только здоровье, но и болезнь составляет главное содержание предмета медицины. Однако на первое место по значимости практически всегда ставится сохранение здоровья, затем преодоление болезни, в то время как медицина на протяжении веков развивалась в направлении борьбы с болезнями. Медицина, система организации здравоохранения строилась как своеобразная реакция на болезнь. Она – главный противник, по большому счету именно болезнь является причиной появления медицины как одной из форм познания человека и его организма.

Гиппократу принадлежит высказывание: «Искусство медицины состоит из трех элементов: болезнь, больной и врач», – болезнь указана на первом месте. Медицина исторически развивалась как медицина патологии, а собственно медицина здоровья появляется позднее как опыт преодоления болезни, осознания ценности здоровья. Профилактическое направление в медицине имеет сравнительно короткую историю, несмотря на то, что гениальные догадки об этом высказывались в разные историческиеépo-

хи. Казалось бы, в современном обществе медицина должна быть в большей степени медициной здоровья, но и сегодня, когда мы говорим об успехах медицины, чаще подразумеваем, в первую очередь, успехи в борьбе с болезнями и во вторую, скорее как следствие, сохранение здоровья.

Болезнь и здоровье – явления комплексные, понимание значимости здоровья происходит через осознание вреда болезни, и в этом есть своеобразная ценность последней. Здоровье считается нормой, часто представляется как естественное состояние, данное человеку природой, а болезнь отклонением от нее. Границы между ними достаточно подвижны, под здоровьем все чаще понимают способность и возможность адаптироваться к окружающей среде и выполнять привычные функции. Определение болезни более проблематично. Болезней много, получается, что нужно выделить признаки, характерные для них всех, что практически невозможно, поэтому болезнь часто определяют как нездоровье.

Медицина производит анализ болезни своими средствами, прежде всего, с позиции физиологической составляющей жизнедеятельности организма и посредством естественно-научного рационального подхода. Болезнь может иметь свои биологические параметры, может выступать как средство отбора наиболее сильных в физическом отношении индивидов и т. д. и т. п. Болезни представляют собой явления биологического характера, так как местом их развития является человеческий организм, они во многом зависят от окружающей среды. С другой стороны, болезни во многом зависят от условий жизнедеятельности человека и имеют социальный характер. Таким образом, сводить человека в целом и его различные состояния только к физическим или биологическим параметрам неверно – здоровье и болезнь имеют выраженную социальную и культурную составляющую.

В разные исторические периоды в различных обществах одни и те же состояния могли оцениваться противоположным образом: как здоровье или как болезнь. Часто общество определяло, здоров или болен человек, и диктовало отношение к его болезни. Болезнь играет важную роль в жизни человека, она может служить показателем качества жизни индивида и условий жизнедеятель-

ности общества. Болезнь может быть причиной, по которой человек получает помощь и заботу со стороны окружающих, этапом духовно-нравственного роста, индивидуального развития, подчеркивать ценность жизни. Болезни, эпидемии играли большую роль в судьбах отдельных людей, народов, стран и даже континентов. Этот феномен нашел отражение в искусстве, прежде всего в литературе и живописи, широко представлен в современной культуре. В отношение к болезни свой вклад вносила развивающаяся медицина, благодаря достижениям которой состояния, считавшиеся болезненными, преодолевались с помощью применения медицинских средств.

Человеческий организм обладает многочисленными способностями, в том числе болеть и выздоравливать. Здоровье и болезнь представляют главные формы жизнедеятельности человека. Эти два состояния на протяжении жизни человека могут сменять друг друга, могут в некоторой степени сосуществовать или доминировать друг над другом. Таким образом, болезнь – часть жизни человека, это экзистенциальное событие, его анализ позволит дать многостороннюю и комплексную картину бытия человека.

Изучение болезни сохраняет свою актуальность, поскольку даже при высоком уровне развития медицины человек продолжает болеть, а на смену побежденным болезням приходят новые. Ускоряющиеся процессы глобализации способствуют распространению болезней и их превращению в эпидемии и пандемии. Современный человек является потенциальным пациентом, живет в условиях расплывчатости границ между нормой и патологией, хронических болезней, чему активно способствует ситуация медикализации современного общества.

Таким образом, в настоящее время можно говорить о проблематизации феномена болезни. Болезнь в силу ее антропологической составляющей необходимо рассмотреть как социокультурную проблему в рамках философского дискурса и историко-культурного контекста с использованием культурологических методов исследования. Интегративные возможности культурологического подхода синтезируют данные естественных и гуманитарных наук, отображают механизм проникновения культурных универсалий определенной ис-

торической эпохи не только в сферу врачебной теории и практики, но и в каждодневную жизнь человека. Это позволит создать максимально многостороннюю картину болезни, как явления онтологичного по своей сути, и в какой-то мере выработать стратегию и тактику отношения к ней в современных условиях.

ГЛАВА 1. БОЛЕЗНЬ В КУЛЬТУРЕ

1.1. Болезнь в структуре гуманитарного дискурса

Болезнь не является сугубо медицинским явлением. В данной главе мы произведем краткий обзор некоторых гуманитарных наук, которые, так или иначе, рассматривают этот феномен. Не претендую на полный анализ информации, отметим общие тенденции представления болезни в рамках гуманитарного дискурса.

История в силу своей специфики как науки, рассматривающей прошлое человечества во всей его конкретности и многообразии, казалось бы, должна фиксировать вопросы, связанные с такой жизненно важной сферой, как медицина и болезнь. И действительно, мы имеем в исторических источниках и исследованиях сведения, касающиеся медицины, здоровья, болезней. Они освящены в летописях, законодательных актах, религиозной и житийной литературе, мемуарах, специальных исторических исследованиях. Однако в рамках этой науки отдельно и основательно темы медицины и тем более болезней не рассматривались. Как правило, эти сюжеты используются как вспомогательный, иллюстративный материал. Это могут быть сведения о болезнях исторических деятелей в контексте влияния их состояния здоровья на ход исторического процесса (Владимир Святой, Иван Грозный, Жанна д'Арк и др.), о показателях уровня и качества жизни, распространении болезней и эпидемий или формировании системы здравоохранения и т. д. и т. п. В принципе такое положение можно объяснить существованием как самостоятельной области знания истории медицины и передачей вопросов этой сферы в ее исследовательское поле. Однако история медицины, особенно на ранних этапах, занималась в основном строго медицинской концептуализацией болезни.

Проблема возможности рассмотрения болезни в структуре исторического знания кардинальным образом меняется в XX веке. В рамках цивилизационного (культурологического) подхода история как наука значительно расширила предмет своего исследования.

Так, Ф. Бродель, разрабатывая экономическое направление исторической науки и изучая проблемы истории повседневности, достаточно часто в своих исследованиях упоминает о «черной смерти», ее влиянии на исторические и экономические процессы. Описывая демографические колебания, он отмечает, что достигнуть равновесия порой было очень трудно: «Причин и поводов для восстановления равновесия было немало: нищета, неурожай, голод, тяжелые условия повседневного существования, войны и особенно многочисленные болезни. Они и сегодня угрожают людям, но вчера это было бедствие апокалиптического масштаба – взять ли чуму, регулярные эпидемии которой прекратились в Европе лишь в XVIII веке, или тиф, который вместе с суворой зимой сковал армию Наполеона в самом сердце России; взять ли оспу и брюшной тиф с их эндемическими вспышками; туберкулез, издавна известный в деревнях, а в XIX наливший города, где, главным образом, он и приобрел свой романтический ореол; наконец, венерические болезни, сифилис, вернувшийся после открытия Америки в Европу и буквально заполонивший ее в результате взаимодействия различных видов его возбудителя. Добавим сюда низкий уровень гигиены, плохое качество питьевой воды... Мы располагаем сотнями отчетов о вскрытиях, начиная с XVI века. Это ошеломляющие документы. Описания деформаций и повреждений тела и кожи, невообразимые колонии паразитов в легких и внутренностях изумили бы современного врача. Таким образом, до недавнего времени над историей людей неумолимо господствовала нездоровая биологическая среда. Об этом следует помнить, когда задаешься вопросами: сколько их было? Чем они страдали? Способны ли они были бороться со своими болезнями?»¹. Сегодня историческая наука, стремясь выйти за традиционные рамки только политической или экономической истории, в качестве нового ракурса выбирает повседневную жизнь человека в различных исторических эпохах, анализ особенностей менталитета, разрабатывается понятие «ментальная история», так А. Я. Гуревич считает, что ключевым в концепции ментальной истории является понятие «картины мира»².

¹Бродель Ф. Динамика капитализма. – Смоленск: «Полиграмма», 1993 – С. 16–17.

²Гуревич А. Я. От истории ментальности к историческому синтезу // Споры о главном. – М., 1993. – С. 26.

Человек всегда имел свой собственный взгляд на мир, жизненные ситуации, причем он определялся различными факторами: социальным положением, уровнем образования, культурными традициями и т. д., при общих представлениях, характерных для той или иной исторической эпохи. Именно в таком историко-культурном ракурсе, многообразном и противоречивом, продуктивно для теории и практики рассмотреть болезнь и отношение к ней.

Несмотря на фактически новую парадигму, в современных исторических исследованиях по-прежнему мало внимания уделяется вопросам медицины и болезни. Например, в авторитетном научном журнале «Российская история» имеется раздел, посвященный истории повседневности. Однако анализ публикаций относительно жизненного стиля различных категорий населения дает достаточно скудные сведения относительно медицинской культуры и отношения к болезни. Т. А. Лаптева, анализируя жизнь провинциального дворянства XVII века, приводит следующие данные о лечении болезней: «Провинциальные дворяне неоднократно отправлялись паломниками в монастыри, для того, чтобы помолиться и поклониться святым мощам. Этому придавалось большое значение во время болезней и при исцелении ран. Так, например, в 1642 г. новгородец Никита Чортов просил отпустить его помолиться в Соловецкий монастырь. Он сообщает, что во время Смоленской войны был ранен из пищали и болел 3 года, во время болезни обещал съездить помолиться соловецким чудотворцам. ... В марте 1642 г. новгородец Бежецкой пятины Гордей Дмитриев сын Маврин также просил отпустить его в Соловецкий монастырь для молитвы»³. В этом же номере журнала в статье А. С. Майоровой «Культура и повседневная жизнь дворянства Саратовской губернии в конце XVIII – первой половине XIX в.» коротко отмечается, что «дворяне прибегают к ворожеям при многих болезнях, имея даже под руками докторов»⁴. Там же в работе И. В. Масловой «Будни и праздники купечества уездных городов Вятской губернии XIX – начала XX в.» рассмотрены различные воп-

³Лаптева Т. А. Повседневная жизнь провинциальной дворянства в XVII в. // Российская история. – 2010. – № 4. – С. 110.

⁴Майорова А. С. Культура и повседневная жизнь дворянства Саратовской губернии в конце XVIII – первой половине XIX в. // Российская история. – 2010. – № 4. – С. 130.

росы повседневной жизни, однако информация о сфере медицины, представлениях о здоровье или болезнях отсутствует⁵. В оправдание ситуации можно привести слова известного историка медицины Роя Портера о том, что писать историю медицины «снизу», т. е. с точки зрения пациента, очень сложно⁶. Сведений о болезнях относительно предшествующих исторических эпох с точки зрения непрофессионалов немного, причин такого положения гораздо больше. К объективным причинам можно отнести низкий уровень развития медицины и оказания медицинской помощи в целом, влияние религии, общую трактовку болезни, пассивность больного по отношению к ней, неграмотность населения, отсутствие письменных источников по этим вопросам. Но есть и определенные наработки в этом направлении, они, хоть и представлены в историческом контексте, отличаются выраженным междисциплинарным характером⁷. Указанные работы предоставляют информацию о значимости болезней, их роли в истории, войнах, взаимодействии цивилизаций, функционировании общества в целом и взаимоотношениях отдельных людей, они устраняют, таким образом, некоторые пробелы собственно исторических исследований.

История медицины изучает возникновение, развитие и современное состояние медицины. История медицины подразделяется на две части: частную и общую. Частная изучает возникновение и развитие отдельных медицинских дисциплин (кардиология, хирургия,

⁵Маслова И. В. Будни и праздники купечества уездных городов Вятской губернии XIX – начала XX в. // Российская история. – 2010. – № 4. – С. 134–142.

⁶Портер Р. Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под общ. ред. Ю. Шлюмбома [и др.]. – СПб.: Алетейя, 2008. – С. 41–73.

⁷Арнаутова Ю. Е. Колдуны и святые: Антропология болезни в средние века. – СПб.: Алетейя, 2004 – 398 с.; Михель Д. В. Болезнь и всемирная история: учеб. пособ. для студентов и аспирантов. – Саратов: Научная книга, 2009. – 196 с.; Михель Д. В. Оспа в контексте истории // Логос. – 2007. – № 6 (63). – С. 17–40; Блок М. Короли-чудотворцы: Очерк представлений о сверхъестественном характере королевской власти, распространенной преимущественно во Франции и Англии. – М.: «Школа русской культуры», 1998. – 712 с.; Бужилова А. П. Homo sapiens: история болезни. – М.: Языки славянской культуры, 2005. – 320 с.; Бульст Н. Почитание святых во время чумы: социальные и религиозные последствия эпидемии чумы в Позднее Средневековье // Одиссей. Человек в истории. – М., 2000. – С. 152–185; Супотницкий М. В., Супотницкая Н. С. Очерки истории чумы: в 2 кн., кн. 1. – М.: Вузовская книга, 2006. – 468 с. и др.

урология и т. д.), болезнь в этих случаях рассматривается строго в рамках медицинской концептуализации. Общая история изучает вопросы развития медицины в целом, ее характерные особенности и отличительные черты в связи с развитием общества и человека. Она рассматривает формирование медицинских знаний, медицинскую мифологию, историю становления профессиональной группы врачей, эволюцию представлений о болезни и здоровье, зарождение врачебной этики, становление системы здравоохранения, параметры продолжительности и качества жизни, влияние медицинской практики на их изменение и т. п. В этот широкий фокус проблематики попадает и болезнь, причем такой подход позволяет проанализировать данный феномен максимально обстоятельно, приближенно к гуманитарному ракурсу рассмотрения проблемы.

Тем не менее, общая история медицины долгое время имела тенденцию к документированию великих открытий в медицине, побед над болезнями, сосредотачивала внимание на биографиях выдающихся врачей, представляла обобщенную картину касательно здоровья и болезни какой-либо эпохи. Одной из проблем истории медицины является то обстоятельство, что ею занимались и занимаются в большей степени медики. Безусловно, в этом есть свои положительные моменты, поскольку они являются профессионалами и экспертами в области медицины, но их исследования несколько «грешат» односторонностью, постепенное признание историчности медицинского знания и наличие ее культурной составляющей в рамках этой науки только начинается. Историко-культурологический подход позволяет по иному взглянуть на реакцию общества относительно болезни и здоровья, проследить различные уровни интерпретации этих состояний, обусловленных объективными и субъективными причинами. Без историко-культурологического анализа некоторые верования и поведение людей относительно здоровья и болезни часто кажутся нерациональными, терпит провал реформаторская политика в сфере здравоохранения или врач попадает в конфликтную ситуацию в отношениях с пациентом и т. д.

Связь истории и культуры с медициной на самом деле глубока и органична. Она важна не только для теоретических изысканий и восстановления исторической действительности, но также имеет боль-

шое значение для практической деятельности. Исторический метод, используемый практически всеми науками за счет своей универсальности, заключающийся в рассмотрении любого явления в прошлом, настоящем и будущем, активно используется в каждойдневной профессиональной деятельности врача. На приеме врач, выслушав жалобы пациента, расспрашивает его о том, что было накануне, до заболевания (прошлое – анамнез), затем производит осмотр, анализирует симптомы, проводит различные лабораторные исследования и делает заключение о состоянии организма (настоящее – диагноз). Кроме того, доктор, как правило, предупреждает пациента о возможных последствиях, дает ему рекомендации как нужно себя вести, чтобы признаки заболевания не появились вновь, предупреждает о правилах поведения, режиме питания т. п., таким образом, рассматривает варианты будущего (прогноз).

В самом названии науки «история медицины» заложена органическая связь и возможность продуктивного сотрудничества медиков и гуманитариев на благо практической медицины. Кроме того, междисциплинарное сотрудничество было бы явно на пользу истории медицины для устранения некоторых казусных ситуаций с точки зрения истории. Как положительный момент, в современной России необходимо отметить наметившуюся тенденцию преподавания истории медицины на гуманитарных кафедрах во многих медицинских вузах, за рубежом эта практика имеет более продолжительную традицию.

По всей видимости, представители медицинской общественности, занимающиеся историей своей науки, осознают потребность взаимодействия с гуманитариями. На сегодняшний день в учебнике «История медицины» Т. С. Сорокиной, рекомендованном Министерством образования Российской Федерации в качестве учебника для студентов высших медицинских заведений и выдержавшем 9 изданий, предпринимается попытка на широком историческом и культурологическом материале дать картину развития медицины, представлений о здоровье и борьбе с болезнями. В аннотации к своему циклу лекций по истории клиники внутренних болезней В. И. Бородулин отмечает, что «они построены с учетом требований культурной истории медицины», и при изложении материала придержи-

вается этой концепции⁸. Необходимо отметить, что к вопросам социально-культурной обусловленности болезни очень фрагментарно, но обращались историки медицины и в более ранние периоды⁹. В русле указанной концепции современная история медицины значительно расширяет свое исследовательское поле за счет привлечения разнообразных источников, часто не совсем медицинских по своему характеру: археологические источники, материалы этнографии, разноплановые устные и письменные источники, предметы живописи, кино и фотодокументы, компьютерные материалы и т. д. и т. п. В целом они позволяют создать картину распространения и функционирования медицинских знаний и представлений как в профессиональной среде, так и среди обычного населения.

Например, очень интересными источниками являются мемуары, записки, размышления врачей. Это большой пласт информации, созданный врачами разных эпох и народов, имеющий специфический характер, способный показать многогранный характер болезни. Они могут быть отнесены к разделу литературоведения, тем не менее, мы относим их к истории медицины. Эти источники отражают отношение к болезни как представителей медицинской профессии, так и непрофессионалов, в частности: переживания пациентов, их родственников, общественную реакцию и т. п.¹⁰. Источники такого рода ин-

⁸Бородулин В. И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX – первой половине XX века: цикл лекций. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 144 с.; Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 560 с.

⁹Конюс Э. М. Истоки русской педиатрии. – М.: Золотые страницы медицины, Библиотека классики медицинской литературы, 2007. – 350 с.

¹⁰Амосов Н. М. Мысли и сердце: Повесть. – М.: «Мол. гвардия», 1976. – 319 с.; Грачев Ф. Ф. Записки военного врача. – Л.: Лениздат, 1970. – 208 с.; Денисов И. На земской службе // Наше наследие. – 1997. – № 42. – С. 58–76; Дибольд Г. Выжить в Сталинграде. Воспоминания фронтового врача. 1943–1946. – М.: ЗАО Центрополиграф, 2013. – 220 с.; Кованов В. В. Хирургия без чудес: очерки, воспоминания. – М.: Сов. Россия, 1981. – 320 с.; Красильникова И. П. Исповедь врача и становление характера. – Волгоград: ВМА, 1996. – 252 с.; Коневский А. Г. Припомни всё и оглянись назад. Исповедь доктора. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – 340 с.; Лаун Б. Дети Гиппократа XXI века: дела сердечные. – М.: Эксмо, 2010. – 288 с.; Тарасенков А. Т. Последние дни жизни Н. В. Гоголя // Гоголь в воспоминаниях современников. – Госуд. изд-во худ. литературы, 1952. – С. 511–526; Углов Ф. Сердце хирурга: автобиографическая повесть. – Л.: Дет. лит., 1987. – 270 с.; Чиж В. Ф. Болезни Н. В. Гоголя. Записки психиатра. – М., 2009. – 512 с.; Юдин С. С. Из мемуарной повести «Захарьино» и анекдоты о знаменитом московском докторе Захарьине // Социум. – 1994. – № 4–5. – С. 41–50; Юдин С. С. Размышления хирурга. – М.: Медицина, 1968. – 368 с. и др.

формативны не только относительно медицинской трактовки болезни, но в более широком контексте, вокруг всех ее культурных сегментов. В качестве примера из последних изданий можно привести интересную работу Бернарда Лауна «Дети Гиппократа XXI века: дела сердечные». Автор – нобелевский лауреат, всемирно известный кардиолог, профессор кардиологии Гарвардского университета, один из основателей международных движений «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», «Врачи за социальную ответственность». Он, говоря о проблемах современной медицины, демонстрирует профессиональный медицинский взгляд на болезнь и медицину. И тем не менее обращает внимание на влияние различных культурных дегерминант в лечении болезней. Например, его рассуждения по поводу пациента из Индии: «Возможно, что коронарная болезнь начала у него прогрессировать, когда он вернулся в Индию. Я не знал, как лечить этого до глубины души встревоженного человека: наши культуры слишком сильно отличаются¹¹. Таким образом, врачи в своей непосредственной профессиональной деятельности могут обращать внимание не только на медицинские параметры болезни, но и на ее культурные составляющие.

История медицины испытывает на себе влияние многих гуманитарных наук. Классические работы Мишеля Фуко «Безумие и цивилизация», «Рождение клиники», «История сексуальности» заставили усомниться в истинности исторических интерпретаций болезней. В работе «Безумие и цивилизация» М. Фуко утверждает, что психиатрия, развиваясь как область медицинского знания, порождала психические заболевания тем, что на определенный тип поведения навешивала ярлык нормального, а на другие типы – ненормального, требующего лечения. Работы М. Фуко вдохновили ученых на создание радикально новых взглядов на роль медицины, отношение к болезни, человеческому телу. К работам этого ученого мы еще вернемся при анализе философии, ее вклада в понимание феномена болезни.

Кроме того, история медицины активно использует данные динамично развивающихся в настоящее время наук и научных

¹¹Лаун Б. Дети Гиппократа XXI века: дела сердечные. – М.: Эксмо, 2010. – С. 97.

дисциплин: статистика, демография, организация здравоохранения, социология медицины, медицинская антропология, этнография, фольклористика, искусствоведение и др. В свою очередь, сведения из области истории медицины важны для современных исследований в сфере социологии медицины, биоэтики, медицинского права, деонтологии и т. п., происходит активный междисциплинарный обмен.

История медицины прослеживает отношение к болезни, начиная от опыта врачей-одиночек до создания международных организаций и движений, с точки зрения медицины соответствующей эпохи. Процесс учета мнения пациентов только начинает формироваться. Несмотря на то, что история медицины все чаще признается одной из наук о человеке и истории человечества, составной частью общечеловеческой культуры, тесно связанной с естественно-научными достижениями и морально-нравственными установками общества, до настоящего времени в большинстве случаев она рассматривает болезнь все-таки под медицинским углом зрения. Новый этап в развитии этой науки только начинается.

В контексте нашей темы мы объединим *этнографию* и *фольклористику*, так как у этих наук есть значительные сферы пересечения и взаимодополнения. Этнография – наука об этносах (народах), изучающая их происхождение, расселение, быт и культуру. Фольклористика – наука о фольклоре, включающая собрание, публикацию и изучение произведений народного творчества. В фокусе их исследования среди прочих неизменно оказываются народные представления о причине болезней, важности сохранения здоровья, различные верования, обряды, суеверия в этой сфере, связанной с главными индивидуальными и общественными ценностями. Многие представления о болезни и ее лечении облекались в эмоционально-фольклорную форму, что облегчало их передачу из поколения в поколение. Этнографические источники являются достаточно информативными в контексте нашей темы.

Этнография активно развивается в XIX–XX веках, значительное влияние на нее оказали работы Л. Леви-Брюля и К. Леви-Строса, которые исследовали особенности мышления, мифоло-

гии, ритуального поведения, культурной жизни примитивных обществ. Люсьен Леви-Брюль приводит сведения о восприятие болезни как околдовании, а также различные ритуальные действия с кровью и охрой, способные избавить от недуга¹². Клод Леви-Строс уделяет внимание вопросам взаимодействия цивилизаций, проникновению болезней в примитивные племена, где не было иммунитета против них, а также последствиям этого процесса¹³.

Наша страна неизменно обладала огромной территорией и являлась многонациональной по составу страной, – эти два обстоятельства обусловили этническую и фольклорную пестроту отечественной культуры, нашедшую отражение в общих медицинских практиках. В XVIII веке появляются первые сборники фольклорного содержания: «Собрание русских песен», «Русские сказки», началась публикация русских пословиц в алфавитном порядке. В XIX веке процесс созиания этнографической и фольклорной информации был продолжен. Особая роль принадлежала И. П. Сахарову, известному русскому писателю, этнографу-фольклористу, собирателю и исследователю русского фольклора, врачу по образованию. Его этнографические произведения вызывают большой интерес и до сегодняшнего дня сохраняют свое значение. Автор намечал издание 30 книг, среди них «Сказания о русском народном врачевании», но план выполнен не был, однако намерение изучения врачевания как отдельного направления показательно. Далее эти начинания продолжил В. И. Даль – врач и сын врача (очередное любопытное совпадение). Он получил сначала военно-морское, а затем медицинское образование, но вошел в историю словесности, этнографии и фольклористики. Издал работы «Толковый словарь живого великорусского языка», «О поверьях, суевериях и предрассудках русского народа», «О русских пословицах», «Пословицы русского народа», где по ходу изложения материала уделялось внимание и народной мудрости относительно болезни. Значительный вклад в изучение указанной проблемати-

¹²Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении. – М.: Педагогика-Пресс, 1999. – С. 528.

¹³Леви-Строс К. Первобытное мышление. – М.: Республика, 1994. – С. 32–33.

ки внесли работы А. Н. Афанасьева «Народные русские сказки», «Колдовство на Руси в старину», «Ведун и ведьма», «Несколько слов о соотношении языка с народными поверьями» и др.

Во второй половине XIX века формируется мифологическое направление в этнографии. Особое внимание исследователей привлекли заговоры. Л. Н. Майков в работе «Великорусские заклинания» классифицировал заговоры, всего 376, по их назначению: любовь, брак, здоровье и болезни и пр. Вскоре были сделаны первые попытки научного исследования заговоров, но ими интересовались исключительно с фольклорной стороны. Хотя на тот момент даже систематики собранный материал и включение в него информации о медицине представлял значительную ценность.

Позднее начинают изучать отдельные регионы страны, уделяя внимание и проблемам медицины. Например, статья Г. С. Виноградова «Самоврачевание и скотолечение у русского старожилого населения Сибири», работа А. А. Макаренко «Материалы по народной медицине Ужурской волости Енисейской губернии», появляются первые работы обобщающего характера. Особый интерес представляет работа Г. И. Попова «Русская народно-бытовая медицина»: автор доктор медицины, книга написана на огромном фактическом материале, открывает огромный пласт русского народного быта, особенно сферы медицины и возврений на болезнь¹⁴.

В советский период этнография активно развивалась. В рамках проводимой национальной политики были исследованы многочисленные малые народы, их обряды, верования, бытовая культура. Таким образом, было сформировано направление этнографических исследований относительно региональных культур, включающих изучение образа жизни, отношения к здоровью, болезни. Полученные знания, содержащие опыт народа по искусству врачевания, толкованию физиологических процессов начали применять в практических целях. В 1928 году сотрудник института санитарного просвещения А. И. Нестеренко начал использовать пословицы и поговорки в целях санитарной пропаганды.

¹⁴Попов Г. И. Русская народно-бытовая медицина. – Рязань: Александрия, 2010. – 472 с.

В качестве примера современных этнографических исследований медицинской тематики по отдельным регионам можно отметить работы М. В. Семенцова, касающиеся медицинских воззрений кубанских казаков и народов Северо-Западного Кавказа¹⁵. Интересные исследования проведены относительно Волго-Донского региона¹⁶. Как отдельное направление начала развиваться этническая медицина, в изучении которой значительное место удалено этнографической информации, в ее арсенале на сегодняшний день присутствует значительное количество инициативных исследований¹⁷. Этнография и фольклористика изучает не только прошлое, но и настоящее. Второй Всероссийский конгресс фольклористов (февраль 2010 года) представил в своей программе сообщения, связанные с медициной (например, Д. И. Присяжнюк «Фольклор профессиональной группы врачей в условиях национальных реформ», И. И. Хусну-

¹⁵Семенцов М. В. Состав народных медицинских знаний кубанских казаков в XIX – начале XX веков // Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. – Краснодар, 1995. – С. 5–36; Семенцов М. В. Очерки по традиционной медицине этносов и этнических групп Северо-Западного Кавказа. – Краснодар: Издательство «Крайбиколлектор», 2002. – 115 с.; Семенцов М. В. «Дьявольское творение» (домашние насекомые в народной медицине кубанских казаков) // Дикаревские чтения (5): материалы региональной научно-практической конференции. – Краснодар, 1999. – С. 118–128; Семенцов М. В. Врачевальные средства «человеческого происхождения» в народной медицине кубанских казаков // Дикаревские чтения (9): материалы региональной научной конференции. – Краснодар: Издательство «Крайбиколлектор», 2003. – С. 133–139.

¹⁶Смусева Т. В. Из истории Сарептской медицины к. XVIII – н. XX вв. // Историческая и современная регионалистика Верхнего Дона и Нижнего Поволжья: сборник научных статей по материалам научной конференции «Историческое и этнокультурное развитие Нижнего Поволжья». 2004. – Волгоград, 2005. – С. 177–190; Андронова С. В. Быт и лечение на сарептском курорте «Екатерининские воды» в конце XVIII в. // Сарепта: Историко-этнографический вестник. Вып. 1. – Волгоград, 2006. – С. 56–70; Кабанов А. Г. Эпидемии холеры в Области Войска Донского (XIX – начало XX веков) // Сарепта: Историко-этнографический вестник. Вып. 3. – Волгоград: ООО «МИРИА», 2007. – С. 217–226; Кабанов А. Г. Из истории оспопрививания в Области Войска Донского (конец XVIII – начало XX веков) // Сарепта: Историко-этнографический вестник. Вып. 4, ч. 1. – Волгоград: ООО «МИРИА», 2011. – С. 78–83 и др.

¹⁷Власов Вл. Г. Этническая медицина: вчера – сегодня – завтра. – М.: «Оргсервис – 2000», 2006. – 239 с.; Виноградова С. В. Этнические проблемы здоровья и болезни как предмет исследований в социологии медицины: автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. социал. наук. – Волгоград, 2007. – 24 с.; Джерештиева М. Р. Социологический анализ этнического фактора в медицине (На материале стоматологической практики): автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 24 с. и др.

лина «Число „три” в заговорно-лечебной традиции»)¹⁸. Как видим, в этой научной сфере интерес к медицинской тематике сохраняется.

Первое, на что обращает внимание анализ разновременных данных этнографии и фольклористики, – это стремление человека к деятельной здоровой жизни, работоспособности. За многие годы накоплен огромный запас пословиц, поговорок, обрядов, ритуалов, отражающих житейский опыт о здоровье и болезни¹⁹. В них отражены забота о правильном образе жизни, убежденность в оздоровительной роли труда, важность внедрения в сознание людей понимания пагубности пороков. Эти знания являются сокровищницей глубоких, общезначимых мыслей и опыта, оказывающей влияние на мышление человека, в том числе, современного.

Этномедицинская информация передавалась из поколения в поколение преимущественно устно-зрительным путем, ее сохранение осуществлялось лишь памятью, часто не было полным, она могла подвергаться значительномуискажению. Регламентация такого рода информации в значительной мере обеспечивалась культурными механизмами, которые выступали в виде традиций, обрядов, культов и ритуалов. Это своего рода «фольклорная» медицина – многовековой опыт преодоления болезней и сохранения здоровья; ее основы до настоящего времени функционируют в обществе. Обобщающих научных исследований по теме медицины и болезней в этнографии и фольклористике не создано. Изучение средств и методов медицины в рамках этих наук должно носить комплексный характер, включающий этнографический, медицинский и культурологический анализ.

Лингвистика и литературоведение вносят свой вклад в изучение феномена болезни. Особенno стоит отметить появление так называемого «лингвистического угла зрения», в контексте которого большее внимание уделяется соответствующему дискурсу в субъективном вос-

¹⁸Материалы Второго Всероссийского конгресса фольклористов (февраль 2010 года). – Режим доступа http://fored.3dn.ru/news/chernovoj_variant_programmy_vtorogo_vserossijskogo_kongressa_folkloristov_na_2/2010-04-12-55; Добровольская Е. В. Второй Всероссийский конгресс фольклористов // Вестник Московского университета. – Сер. 9, Филология. – 2010. – № 5. – С. 202–211.

¹⁹Мудрость здоровой жизни (Афоризмы, пословицы, поговорки). – М.: Медицина. 1986. – 112 с.

приятии мира, а это, в свою очередь, способствует всестороннему изучению какого-либо явления, в нашем случае болезни.

Практически все гуманитарные науки испытывают в последнее время повышенный интерес к языку и дискурсу. Считается, что существует неразрывная связь между дискурсами (тем, как мы говорим или визуально представляем явления) и деятельностью (все, что происходит в связи с этими явлениями). Любая вербальная коммуникация рассматривается как текст, исследователи медицинских дискурсов могут изучать учебники, истории болезней, бланки и формы, используемые в больнице, популярные самоучители, романы, телепрограммы о здоровье, статьи в медицинских журналах и популярных средствах массовой информации, а также записи разговоров врачей с пациентами. Дискурс позволяет проследить социально-культурное построение болезни, а также механизмы, при помощи которых культура использует болезнь для определения социально-этических отношений к ней. Это так называемый «linguistic turn» (лингвистический поворот), за которым последовали practical turn, experimental, discursive, relativistic, representational, body, iconic и cultural turn.²⁰

В рамках лингвистики и литературоведения сформировалось несколько направлений, которые в разной степени, часто опосредовано, касаются изучения болезней. Имеются примеры изучения патографического дискурса, в рамках которого проанализированы литературные контексты русской культуры, демонстрирующие взаимосвязь общественных представлений о медицине, болезнях, смерти, формирование социальной медицинской мифологии, складывание медицинских метафор и т. д.²¹. Использование такого анализа в медицинской сфере способствует выявлению закономерностей продуцирования устного медицинского дискурса врачом и пациентом, позволяет сконструировать научную медицинскую картину врачей и наивную медицинскую картину мира пациентов²².

²⁰ Михаэль Хагнер История науки. Введение // Наука и научность в исторической перспективе / под общ. ред. Д. Александрова, М. Хагнера. – СПб.: Алетейя, 2007. – С. 21.

²¹ Богданов К. А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVII–XIX веков. – М.: ОГИ, 2005. – 504 с.

²² Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. на соиск. уч. ст. д. филолог. н. – Волгоград, 2008. – 40 с.; Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. – 376 с.

Языкоzнание исследует медицинский термин и его генезис. Под терминогенезом понимается своеобразная летопись медицины, свидетельствующая о смысловой неразделенности слова с обозначаемым им предметом, с учетом всей полноты значений, отражающих процесс познания человека и болезни, результаты которого закреплены в терминах. Посредством анализа терминогенеза возможно зафиксировать процесс изучения и поиска средств против болезни, исследовать множество культурных явлений, имеющих отношение к сфере медицины и болезни. Например, в деятельности врача на первое место еще Авиценна ставил слово, как основной инструмент лечения, и только затем шли нож и лекарство, т. е. в процессе взаимоотношений врача и пациента вербальный контакт всегда имел большое значение. Термин представляет собой плод многовековых усилий в медицинском познании, даже, если термины и перестают использоваться, они несут значимую информацию²³.

Еще одно активно развивающееся направление – это исследование эпонимов в медицине. Эпоним (от греч. *ερωτυμος, опута – имя*) – дающий кому-либо или чему-либо свое имя, название болезни, структуры или метода по имени человека, впервые обнаружившего или описавшего их. В эпонимах в концентрированной форме отразились основные этапы развития науки, изучения органов человеческого тела, борьбы научных мнений и взглядов по поводу болезни. Изучение эпонимов повышает интерес к историческим личностям, внесшим вклад в развитие медицинской науки, причем достаточно часто эпонимы связаны с деятелями не только медицины, но и культуры. Леонардо да Винчи внес огромный вклад в развитие анатомии, он лично вскрывал трупы, делал рисунки, в которых правильно показал органы человеческого тела и животных. В морфологии до настоящего времени используются эпонимы, связанные с его именем: Леонардо да Винчи предсердно-желудочковая перегородка – мышечная перегородка, разделяющая венозный отдел сердца и правый артериальный конус, предсердия от желудочеков сердца, а также

²³Бекишева Е. В. Категориальные основы номинации болезней и причин, связанных со здоровьем: монография. – Самара: «Содружество», 2007. – 250 с.; Мусохранова М. Б. Терминогенез как основа речевой компетентности врача // Личность. Культура. Общество. – 2010. – Том XII, Вып. 1(№№ 53–54). – С. 303–308.

Леонардо да Винчи трабекула – наиболее выраженная мясистая трабекула на межжелудочковой перегородке полости правого желудочка. Иоганн Вольфганг Гете занимался изучением остеологии и сравнительной анатомии. Существуют эпонимы, отражающие его вклад в медицину: Гете закон корреляции – взаимозависимость строения и (или) функции отдельных клеток, тканей, органов и систем организма, проявляющаяся в процессе его развития и жизнедеятельности; Гете кость (1) – резцовая кость; Гете кость (2) – добавочная кость черепа, представляющая собой обособленный верхний отдел затылочной чешуи; Гете теория строения черепа – позвоночная теория строения черепа, согласно которой в процессе эволюции череп сформировался из соответствующих позвонков шейного отдела параллельно развитию головного мозга²⁴.

Значительное количество эпонимов связано с именами врачей, которые изучали болезни, их симптоматику, предлагали лекарственные средства, описывали клинические феномены. Например, по имени выдающегося российского врача С. П. Боткина, названы Боткина болезнь, Боткина коронарно-билиарный синдром, Боткина признак, Боткина ритм перепела, Боткина симптом (1), Боткина симптом (2), Боткина синдром, Боткина точка, Боткина феномен, Боткина шум, Боткина шум куницы и др.²⁵.

В медицине активно используются метафоры. Существует огромное количество болезней, которые описывают и диагностируют через метафоры, они зафиксированы в медицинских справочниках, используются в психотерапии и других медицинских специальностях²⁶. Значительный вклад в разработку этой темы внесла С. Сонтаг²⁷. Она анализировала метафоры туберкулеза и рака и своими исследованиями задала направление относительно изучения мета-

²⁴Гончаров Н. И. Иллюстрированный словарь эпонимов в морфологии. – Волгоград: Издатель, 2009. – С. 213, 115–116.

²⁵Будко А. А., Шабунин А. В. Великий Боткин. Сердце, отданное людям. – СПб.: ВММ МО РФ, 2006. – С. 294–296.

²⁶Метафоры и терминологически устойчивые выражения в медицине: Словарь-справочник / Авт. – сост. А. П. Дьяченко. – Минск: Новое знание, 2003. – 428 с.; Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.

²⁷Сонтаг С. Болезнь как метафора // Иностранный литература. – 2004. – № 8. – С. 224–257.

фор многих других болезней. Метафоры болезни являются ярким примером взаимодействия медицинского и гуманитарного дискурса.

Что касается *литературы и литературоведения*, то в литературе любого жанра и любой исторической эпохи присутствуют изображения медицинских тем, как в главной сюжетной линии, так и во второстепенной или фрагментарной. Литература является специфической формой отражения действительности, поэтому, безусловно, все, что зафиксировано в литературе относительно темы болезни, представляет интерес. В центре внимания особенно часто оказываются произведения писателей-врачей, в отечественном литературоведении стали классическими примеры, касающиеся творчества А. П. Чехова, М. В. Булгакова, В. В. Вересаева. Одно из последних исследований М. Я. Кагана-Пономарева «Литераторы-врачи: Очерки и подходы с приложением Библиографического словаря» (автор сам врач и писатель) предлагает список 500 врачей-писателей, выявленных с помощью компьютерных технологий²⁸. В количественном отношении врачи-писатели получают безусловное первенство по отношению к писателям-юристам или писателям-инженерам. Автор прослеживает отображение медицинских тем в их творчестве, но обращает внимание, что и писатели без медицинского образования активно используют в своих произведениях эти сюжеты. Болезнь является ключевым моментом бытия и представляет благодатное поле для писателя, чтобы проследить в наиболее напряженных ситуациях характер героев.

За рубежом с конца XX века активно развивается дисциплина *literature and medicine* (LM) – литература и медицина, появившаяся как практическая отрасль медицины и медицинского образования. Ее представители заявляют, что медикам литература необходима для понимания типических человеческих реакций, не сводимых исключительно к физиологическим эмоциям, для рассмотрения индивидуальной человеческой жизни, для обогащения языка и мышления. Эта новая учебная дисциплина имеет истоки в эпохе античности, где была заложена традиция объединения искусства и медицины,

²⁸Каган-Пономарев М. Я. Литераторы-врачи: Очерки и подходы с приложением Библиографического словаря. – М.: «Дашков и К», – 2007. – 438 с.

а символом этого объединения был бог Аполлон – бог поэзии и медицины²⁹. В нашей стране художественную литературу активно использовали и используют как иллюстративный материал при изучении истории медицины, при чтении лекций по медицинским специальностям в качестве примеров. Это, действительно, богатейший материал, способный и в отечественной традиции создать целое научное направление, такое как медицинское литературоведение. Опыт болезни людей в различные исторические эпохи, отраженный в художественной литературе, может быть полезным для разных категорий людей.

Таким образом, можно выделить несколько продуктивных направлений в лингвистике и литературоведении относительно изучения болезни. Это: история медицинских терминов, эпонимы в медицине, медицинский дискурс в общении врач – пациент, изучение метафор, анализ произведений художественной литературы с точки зрения презентации медицинского знания и опыта переживания болезни и т. п. Лингвистический угол зрения на медицину в целом и болезнь в частности оказывается достаточно информативным.

Междисциплинарный характер имеет *социология медицины*, сравнительно молодая, но динамично развивающаяся отрасль знаний, использующая в своих исследованиях как социологические методы, так и клинические данные. Болезнь является одним из предметов научного интереса социологии медицины, под которой понимают «отрасль социологии, изучающую социальные проблемы, связанные со здоровьем, болезнями и медицинским обслуживанием, с ролью здоровья и трудоспособности населения в социальном развитии, а также отрасль здравоохранения, занимающуюся социологическими аспектами профилактики, лечения и социально-трудовой реабилитации больных, особенностями взаимоотношения больного с врачами, медсестрами, влиянием социальных факторов на здоровье и другими проблемами»³⁰.

²⁹Неклюдова Е. «Воскрешение Аполлона»: literature and medicine – генезис, история, методология // Русская литература и медицина: Тело, предписания, социальная практика: сб. статей / под ред. К. Богданова, Ю. Мурашова, Р. Николози. – М.: Новое издательство, 2006. – 304 с.

³⁰Репетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – С. 147.

Для социологии медицины междисциплинарность является одной из важнейших характеристик, позволяющей рассматривать взаимодействие общества и медицины, что продуктивно для многостороннего анализа феномена болезни. Методология социологии медицины позволяет рассматривать широкий спектр вопросов социального взаимодействия в области медицины, что отражено в паспорте специальности этой научной дисциплины. Приведем те положения, которые касаются непосредственно изучения болезни: «...научное обоснование по вопросам социологии ... здоровья и болезни; исследование мнения и анализ оценок отношения различных групп населения к социально-экономическим факторам здоровья и болезни, исследования социальных взаимоотношений в здравоохранении – влияния социального поведения на физическое, душевное и социальное благополучие пациента; ... самовосприятие и механизмы защиты личности; динамика отношений: ...врач – пациент и другие виды; тенденции в деятельности по социальной профилактике болезней, изучение закономерностей активного, целенаправленного формирования здорового образа жизни людей в условиях современного общества, структуры связей, механизмов функционирования и эффективность различных мероприятий общественных организаций по охране здоровья людей; изучение с использованием социологических подходов качества жизни...»³¹. Таким образом, социология медицины вполне может выступить в качестве системообразующей научной дисциплины, которая за счет своей социологической составляющей может объединить все области и отрасли клинической медицины, способствуя, таким образом, не только установлению междисциплинарных связей, но гармонизации изучения болезни с точки зрения медицинского и гуманитарного ракурсов. В этом плане у социологии медицины имеются большие перспективы.

Наиболее активно социология медицины развивалась за рубежом, где уже были подведены некоторые итоги относительно исследуемых тем и методологии. Так, D. Lupton выделяет несколько основных теоретических направлений в социологии медицины: функци-

³¹Паспорт специальности научных работников. Шифр специальности: 14.00.52 – социология медицины // Социология медицины. – 2004. – № 1. – С. 65.

онализм, политэкономический подход и социальный конструктивизм³². Классическая позиция функционализма – рассматривать болезнь как потенциальный источник социальной девиации, т. е. неспособность соответствовать социальным ожиданиям. Болезнь считается неестественным состоянием человеческого тела, она должна быть устранена как можно быстрее. Приверженцы функционализма считают, что многим болезням сопутствуют ощущения стыда и уязвимости. Следовательно, роль медицинской профессии – действовать как институт социального контроля, морали, который умеет отличать нормальное от девиантного. Американский социолог Т. Парсонс сыграл важнейшую роль в приложении функционализма к медицине³³. Его понимание «роли больного» для диады «врач – больной», объяснение социальных аспектов медицины как профессии во многом определили развитие социологии медицины. Т. Парсонс описал основные компоненты роли больного: больной освобождается от обязанностей своей социальной роли, с него снимается ответственность за его состояние, он не должен чувствовать себя виноватым за невыполнение своих обязанностей, должен стремиться к выздоровлению, а если он этого не делает, его могут обвинить в симуляции. Представители этого подхода считают, что состояние болезни таково, что многие пациенты имеют физиологическую потребность передать процесс принятия решений доктору с тем, чтобы отстранить себя от какой-либо ответственности за управление болезнью. Это связано с тем, что медицина изначально произошла из магии и религии и своеобразная преемственность между доктором, священником, магом, родителем остается в подсознании пациента на протяжении веков и тысячелетий. Таким образом, для функционалистов характерно сосредоточение на микрохарактеристиках взаимодействия «доктор – пациент» без анализа какого-либо социального, экономического или политического контекста. Эти аспекты присутствуют в политэкономическом подходе.

Политэкономический подход определяет здоровье в политических терминах не просто как состояние физического или эмоциональ-

³²Lupton D. Medicine as Culture. – London; NewDehli: SAGEPublication, 1994. – 194 p.

³³Парсонс Т. Система современных обществ. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.

ного благополучия, но также как возможность доступа и контроль над основными материальными ресурсами, которые сохраняют и поддерживают жизнь на высоком уровне. Больные, стареющие люди, инвалиды, безработные подвергаются маргинализации со стороны общества, потому что они не вносят вклад в производство. В результате расширения юрисдикции медиков больше социальных ресурсов стало направляться больным, и в двадцатом веке резко повысился авторитет и власть медицинской профессии. Причем у общества практически нет возможностей контролировать действия медиков, а их влияние увеличивается, принимая характер социального контроля. Этот процесс был назван «медицинализацией». Представители политэкономического подхода выделяют политические, экономические и исторические факторы, определяющие здоровье, болезнь, лечение, считают, что причины незддоровья разнообразны и связаны с социальными и экономическими факторами. Они являются результатом капиталистического производства: чрезмерно термически обработанная пища, содержащая химикаты, загрязнение окружающей среды, стресс, вредности производства и т. п. Роль медицины заключается в скрытии социальных и политических детерминант плохого здоровья; описывая болезнь как индивидуальную, медики могут скрыть причины, ведущие к ухудшению здоровья. Кроме того, сторонники политэкономического подхода утверждают, что разница в компетенции, поддерживаемая медицинской монополией на знания, поддерживает позицию силы медицинской профессии и зависимость пациента. Доктора в западных обществах неизменно происходят из привилегированных классов, даже их происхождение и жизненный опыт имеют тенденцию скрывать необходимую информацию о социально-структурных корнях незддоровья своих пациентов. Политэкономический подход сохраняет свое значение, особенно при изучении политических и экономических составляющих здоровья и болезни.

Социальный конструктивизм появился в социологии медицины в XX веке и активно представлен в современной науке. Этот подход подвергает сомнению претензии на обладание объективной истиной, его представители считают, что любое знание есть продукт общественных отношений, оно не является фиксированным и подвержено изменениям. Знание представляется не как универсаль-

ная, независимая реальность, но как аспект построения реальности. Социальный конструктивизм частично инкорпорировал проблематику политэкономического подхода. Он изучает социальные аспекты медицины, развитие научно-медицинского и бытового медицинского знания и практики. Социальный конструктивизм, не подвергая сомнению реальность болезни, болезненных состояний, подчеркивает, что эти состояния и опыт осознаются и интерпретируются через социальную деятельность, и, значит, должны рассматриваться с использованием социального и культурного анализа. Большинство социальных конструктивистов признает, что такие переживания как болезнь, нездоровье и боль существуют как биологическая реальность, но этим переживаниям неизбежно придается какое-то значение, и таким образом они понимаются через призму культурных и социальных процессов. Этот подход позволяет по-разному рассматривать претензии медицины на истинность, ее знания в такой же степени социальный продукт, как и непрофессиональные медицинские воззрения. Представление, что медицина действует, как важный институт социального контроля у социальных конструктивистов осталось, но интерес исследователей перешел от рассмотрения медицины как закрытой системы, привлекающей пристальное внимание общественности, к концептуализации медицины как производящей знание, меняющееся во времени и пространстве. Таким образом, социология медицины во многом способствует работе по изучению феномена болезни, определяя значительный круг проблем, связанных с историческим, социальным, экономическим и культурным развитием общества.

Медицинская тематика широко представлена в *истории искусства*, однако некоторые его виды только опосредовано связаны с интересующим нас явлением. Так, например, архитектура о болезнях напрямую информацию не предоставляет, но сохранились римские термы, первые общественные туалеты, водопроводы, здания университетов, медицинских школ, библиотек, где учились или работали известные врачи и т. п. На основании этих свидетельств, мы можем гораздо ярче представить образ жизни какого-либо народа, получить информацию об уровне развития медицины и санитарии, о том, какое внимание уделялось профилактике болезней и т. п.

Скульптура в большей степени, чем архитектура располагает информацией о болезнях. Сохранились произведения, запечатлевшие представления об их происхождении, например изображение духа, «насылающего» сибирскую язву в виде деревянной фигуры женщины с маской из металла (российская находка, датируемая первой четвертью XX века). Есть более ранние свидетельства, которые относятся ко времени древнейших цивилизаций, например демон бури Пазузу, «насылающий» головную боль и амулет против него. Имеется значительное количество изображений богов и богинь врачевания (ассирийский оттиск цилиндрической печати с изображением богини врачевания Гулы и ее культового животного – собаки, скульптура греческого бога врачевания Асклепия и др.). В скульптуре могут отражаться способы лечения болезней или оказания медицинской помощи, как например, на рельефе с изображением врачевателя, подносящего заболевшему вельможе лекарства, приготовленные на пиве; на рельефе из Бхархута гиганту удаляют зуб с помощью слона. На колонне императора Траяна выделен сюжет, где хирурги римской армии оказывают помощь раненым воинам. Встречаются скульптуры, предназначенные для целей обучения (полая бронзовая фигура человека с каналами и точками для иглоукалывания). Сохранилось значительное количество скульптурных портретов врачей, начиная от бронзового изображения египетского врачевателя Имхотепа, скульптур Гиппократа до памятника Н. И. Пирогову на территории Клинического городка Московского университета и Анри Дюнану в Женеве. Уникальным памятником является памятник собакам, принимавшим участие в многочисленных опытах И. П. Павлова и внесших свой вклад в борьбу с болезнями.

Что касается изображения непосредственно болезней, то здесь ситуация с находками более скромная. Пожалуй, самыми известными являются рельеф с изображением фараона, возможно страдающего полиомиелитом и древнегреческий мотив в виде мраморной жертвенной плиты, изображающей флегбит. Как правило, скульптуры изготавливались в честь богов или очень влиятельных исторических деятелей – изображать их с признаками болезни было не принято.

Болезнь находит отражение в сфере музыки по нескольким направлениям. Так, по мнению А. Ноймайра, «...врачи в силу своего

постоянного соприкосновения с болезнью, страданиями и смертью больше, чем представители многих других профессий, нуждаются в умиротворяющем, гармонизирующем влиянии музыки... Но ближе всего нам представляется, конечно, попытка врача исследовать внутренние болезни и психические расстройства знаменитых композиторов, описать их патологические изменения и, где это возможно, попытаться установить эвентуальную связь с определенным физическим и, прежде всего, психическим состоянием»³⁴. То есть, согласно А. Ноймайру, болезнь и музыка связаны через интересы и потребности врача, который после своей профессиональной деятельности ищет в музыке отдыха, спокойствия, умиротворения. С этим можно согласиться, более того, врачи часто выступают не просто в качестве пассивных слушателей, но и сами занимаются музыкой. Например, С. П. Боткин, каким бы активным не был его рабочий день, всегда находил время для игры на виолончели³⁵. Еще одно направление – это влияние болезней композиторов на их творчество. Именно оно оказывается в фокусе интереса как со стороны искусствоведов, так и врачей. Причем и те и другие находят в анализе этой ситуации предмет своей профессиональной деятельности³⁶.

По мнению М. Хагнера, «наибольшее развитие получили в последние годы исследования, посвященные роли визуализации в науках. При этом подавляющая часть исследователей исходит из того, что изображения суть нечто большее, чем источники, знаки или просто иллюстрации. Ряд эмпирических работ посвящен особым функциям изображений в науке и технике, другие сосредоточивают свое внимание на взаимосвязи науки и искусства. До сих пор, однако, появилось всего несколько работ, в которых исследуется эпистемический статус научно-технических изображений, т. е. их специфические фун-

³⁴Ноймайр А. Музыка и медицина. Т. 1. На примере классической школы. – Ростов-н/Д.: Изд-во «Феникс», 1997. – С.3–4.

³⁵Будко А. А., Шабунин А. В. Великий Боткин. Сердце, отданное людям. – СПб.: ВММ МО РФ, 2006. – С. 44.

³⁶Дворецкий Л. Легочный туберкулез или... (о болезни Ф. Шопена) // Врач. – 2010. – № 10. – С. 76–80; Ноймайр А. Указ. соч. – 448 с.; Циттлау Й. От чего умер Вольфганг Амадей Моцарт? // Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их гореврачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 21–33; Чумаков Ф., Чкаников А. Болезни Бетховена // Врач, 1997. – № 1. – С. 44–45 и др.

кции и возможности в процессе познания»³⁷. Это точка зрения в последнее время находит все больше своих последователей³⁸. В нашем случае визуализацию болезни особенно наглядно можно проследить в произведениях живописи. Художники, как правило, (за исключением случаев, когда им нужно было делать рисунки для врачей, например, во время анатомических вскрытий) не задавались целью изобразить именно болезнь, они отражали исторические события или сцены частной жизни, но в это поле с неизменным постоянством попадали и болезни. Прослеживая историю живописи в медицинском контексте, можно обратить внимание, что художники представили историю развития медицины через выстроенный ряд произведений своего искусства. В настоящее время они являются востребованными, представляют интерес для профессионалов разного профиля и широкого круга зрителей.

Произведения живописи могут быть посвящены конкретному врачу, взаимоотношениям между врачом и пациентом, освещать важнейшие открытия в истории медицины, изображать оказание медицинской помощи во время военных действий или в мирное время и т. п. Они могут сопровождаться комментариями о судьбе художника, о персонажах его произведений, о содержании художественных полотен и смысловом значении отдельных деталей и сюжетных линий. Среди последних работ в этом направлении особого внимания заслуживают исследования А. А. Воробьева и И. А. Петровой, А. Эмери и М. Эмери, Хорды Веги и Мелиссы Риккетс и др.³⁹. Современные врачи часто обращаются к живописным произведениям, используя их как иллюстрации болезни, ее симптомов. Интересны исследования С. А. Монахова (врача по образованию), которые прослеживают болезнь в изобразительном искусстве с древнейших времен до на-

³⁷Хагнер М. История науки. Введение // Наука и научность в исторической перспективе / под общ. ред. Д. Александрова. – СПб.: Алетейя, 2007. – С. 23.

³⁸Kemp M. Visualizations: The NatureBook of Artand Science. – Oxford, 2000. – 220 p.

³⁹Воробьев А. А., Петрова И. А. Хирургия в изобразительном искусстве. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 368 с.; Эмери А., Эмери М. Медицина в искусстве. – М.: Центр развития межрегиональных программ, 2009. – Кн. 1. – 124 с., Кн. 2 – 152 с.; Хорда Вега, Мелисса Риккетс «Медицина в искусстве от античности до наших дней»; пер. с испанского Е. Е. Бергер. – М.: «МЕДпресс-информ», 2009. – 224 с.

ших дней.⁴⁰ Уже упоминаемая работа «Хирургия в изобразительном искусстве» имеет особое значение еще и потому, что подготовлена врачом-хирургом А. А. Воробьевым и представителем гуманитарных наук И. А. Петровой. Это исследование – осуществления своеобразного синтеза естественных и гуманитарных наук, рассмотрения с этой точки зрения отображение медицинской тематики и болезней в живописи.

Кроме того, так же как в случае с музыкой, сами врачи часто занимаются живописью или коллекционированием картин, причем этот вид деятельности, являясь их хобби, часто помогает в практической деятельности. Классическим примером является увлечение живописью известного хирурга С. С. Юдина, он мог различать малейшие оттенки цветовой гаммы, тонов болезненных тканей. В настоящее время масштабы визуализации болезни резко увеличились за счет фотографии, используемой в научных и бытовых целях, широчайших возможностей Интернета и других новейших технических изобретений.

В последнее время наметилось еще одно любопытное направление исследований – рассмотрение органов человеческого тела, их состояний в ракурсе культуры. Одна из таких работ посвящена сердцу – древнему и глубокому по значению символу, центральному образу литературы и философии на протяжении истории. М. Хейстад Уле анализирует вопросы влияния открытий в медицине на восприятие сердца в культуре. Несмотря на то, что работа написана в подавляющем большинстве на культурологическом материале, объективно намечается междисциплинарный подход⁴¹. В 2009 году в г. Таганроге (на родине А. П. Чехова) была проведена весьма любопытная Всероссийская конференция «Сердце: кардиология и кардиохирургия как тема и предмет искусства». Тематика докладов была

⁴⁰Монахов С. А. Изобразительное искусство глазами дерматовенеролога. – М. Изд-во «Сервис-графика», 2005 – 176 с.; Монахов С. А. Ревматические болезни сквозь призму изобразительного искусства // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 4. – С. 94–96; Монахов С. А. ХХ: итinerарий по изящным искусствам. – М.: «Ритм», 2011. – 160 с.

⁴¹Хейстад Уле М. История сердца в мировой культуре от Античности до современности / Пер. с норвеж. С. Карпушиной, А. Наумовой. – М.: Текст, 2009. – 317 с.

очень широкой: «Кардиохирурги России в живописи, скульптуре и художественной фотографии», «Метаморфозы сердца: образ сердца в истории, культуре и искусстве», «Мелодии аритмий в искусстве», «Рентгенохирургия – импрессионизм в кардиохирургии и кардиологии», «Изображение сердца в сокровищницах Эрмитажа» и др., – авторы докладов и сообщений были представителями как медицинских, так и гуманитарных наук. В продолжение ряда примеров можно привести работу Р. Таллиса «Краткая история головы: Инструкция по применению», представленную в рассматриваемом направлении⁴². Таким образом, в результате краткого экскурса в историю искусств можно сделать вывод о больших потенциальных возможностях исследования медицинской тематики и болезни на этом материале. Такой анализ может быть наиболее продуктивным в случае объединения фокусов медицинских и гуманитарных исследований.

И наконец, *философия* как мировоззрение, система идей и взглядов на мир и на место в нем человека, исследуя познавательное, социально-политическое, ценностное, этическое и эстетическое отношение к миру, не могла оставить без внимания такой феномен как болезнь. Изначально медицина и философия были тесно связаны. Уже на этапе формирования медицины учитывались ее философские основы, особенно это показательно относительно традиционной медицины. Название глав в современных учебниках по истории медицины отражает ситуацию, например «Философские основы китайской медицины», «Философские основы древнегреческой медицины» и т. п. Важность философии для сферы медицины подтверждают слова Гиппократа: «Врач, который является поклонником мудрости, равен богам». На самом деле, и философы, и врачи обращали пристальное внимание на анализ таких центральных понятий жизнедеятельности человека, как здоровье, болезнь, норма, патология и т. п. Отметим, что собственно философских работ, посвященных только болезни не так много; как правило, эта тема существует в различных исследованиях как второстепенная, но важная. Мы обратимся к анализу ключевых концепций и персоналий философов относительно нашей проблемы, так как она достаточно объемна.

⁴²Таллис Р. Краткая история головы: Инструкция по применению / Пер. с англ. Л. Речной и З. Замчук. – СПб.: Амфора, 2010. – 351 с.

В философской традиции Древнего мира человек считался подобием космоса, как часть микрокосмоса состоял из тех же частиц, что и макрокосмос. Исходя из этих представлений, здоровье и болезнь определяли как правильное или неправильное соотношение космических по своей сути частиц. Гуморальная теория Гиппократа является яркой иллюстрацией воздействия философских воззрений на понимание природы болезней. Философия Демокрита оказала огромное влияние на формирование солидарной теории в объяснении этого феномена. В эпоху Античности сформировалось мнение о влиянии собственно человеческих факторов (характер, поведение, традиции, привычки, образ жизни в целом) на природу здоровья и болезни.

Средневековье за счет общего теологического характера культуры было менее плодовито на философские концепции объяснения болезней. Состояние здоровья человека полностью определялось волей Бога, а, учитывая степень развития науки и влияния религии, другого подхода ожидать и не приходилось.

В эпоху Возрождения и Нового времени на фоне активного развития наук, в том числе многих медицинских специальностей, начинается философское осмысление медицины в целом и болезней в частности. Так, Ф. Бэкон, занимаясь вопросами науки и научного познания, в работе «Новый Органон» сформулировал три основные цели медицины, которые до сегодняшнего дня не потеряли своей актуальности: сохранение здоровья, излечение болезней, продление жизни. Наука рассматривалась им как средство решения многих социальных проблем. В области медицины он выдвинул ряд пионерских идей: изучение анатомии не только здорового организма, но и больного, изобретение методов обезболивания, широкое использование при лечении природных средств, развитие бальнеологии⁴³. Все эти меры, по большому счету, были направлены против огромного социального зла – болезни. Научные положения Ф. Бэкона на многие годы и даже века определили главное содержание и цели медицины. Р. Декарт, являясь представителем метафизического направления в философии, наиболее прогрессивным по сравнению со средневековой холасти-

⁴³Бэкон Ф. Новый Органон. -- ОГИЗ.СОЦЭКГИЗ Ленинградское отделение, 1935. – 582 с.

кой, был основоположником прогрессивных концепций для медицины и изучения болезней в русле ятроматематики и ятрафизики. Его взгляды в целом оказали положительное влияние на развитие естествознания. Р. Декарт разработал схему рефлекторной дуги, изучил анатомию человеческого глаза и т. д.⁴⁴.

При общем культе разума и знаний практически во всех областях жизнедеятельности общества эпоха Просвещения внесла свой вклад в анализ природы болезни. Есть некоторые исследования, хоть и рассматривающие человека как высшую ценность, но проникнутые своеобразным скептическим гуманизмом, который затрагивает и сферу медицины. М. Монтень в трех книгах «Опытов» большое внимание уделяет рассмотрению феноменов боли, болезни, роли врача и медицины в обществе. Относительно болезни М. Монтень отмечает большую роль психики, при этом сила воображения в большей степени срабатывает у представителей высшего общества по сравнению с простым населением. Одна из глав его второй книги имеет название «О том, что не следует прикидываться больным», по мнению автора, такое поведение помогает стать больным в действительности. Сам философ страдал от камней в почках, собственное ощущение боли/болезни описывает очень ярко. К медицине и врачам относится резко критично, сознавая при этом ценность здоровья: «Здоровье – это драгоценность, и притом единственная, ради которой действительно стоит не только не жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, но и жертвовать ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унизительной»⁴⁵. Отношение к лечению у М. Монтеня своеобразное, в третьей книге он отмечает: «Пусть болезни проходят сами собой, и я нахожу, что они меньше делятся у меня, не вмешивающегося в их течение. Даже от самых упорных и стойких недугов я избавлялся благодаря их естественному прекращению, без помощи врачевания и вопреки правилам медицины»⁴⁶. Конечно, такие взгляды вполне объяснимы, как

⁴⁴Декарт Р. Рассуждение о методе, чтобы верно направлять свой разум и отыскивать истину в науках и другие философские работы / Пер. с лат. – М.: Академический проект, 2011. – 335 с.

⁴⁵Монтень М. Опыты в 3 книгах. Кн. 2. – М.: «Терра», 1991. – 710 с.

⁴⁶Монтень М. Опыты в 3 книгах. Кн. 3. – М.: «Терра», 1991. – 500 с.

личностными характеристиками автора, так и уровнем развития медицины, только начавшей набирать свой авторитет.

В XIX веке одной из влиятельных в Европе и других странах мира была теоретическая концепция К. Маркса и Ф. Энгельса, которая оказала большое воздействие на социальную мысль и историю общества. Карл Маркс дал характеристику болезни как стесненной в своей свободе жизни человека, чем внес значительный вклад в определение понятия «болезнь». Его понимание болезни шире понятия «снижение трудоспособности», оно может быть применено к болезни в любом возрасте и при любом заболевании. Это ограничение свободы, стеснение жизнедеятельности человека, его функциональная неполноценность не всегда касается всех возможных видов его деятельности, так, например, ограничивая свободу жизни, болезнь может не снижать профессиональную деятельность человека. Поэтому понятие, данное К. Марксом, до сегодняшнего дня считают оптимальным многие исследователи.

Впервые предметом специального анализа медицина и, как следствие, болезнь становится в рамках неклассической философии, причем в этом направлении были сделаны попытки рассмотреть ее в широком историко-культурном контексте. Особенно активно медицина анализируется в трех ведущих направлениях: структуралистском/постструктураллистском, психоаналитическом и феноменологическом.

Наибольшее внимание и одним из первых исследованию феномена медицины и болезни уделяет М. Фуко. Специальным предметом его анализа выступает тема медицинского дискурса в поле культуры. Медицина может выходить в открытую сферу общественной жизни как элемент идеологии, способна приобретать статус универсального инструмента организации жизни сознания и определять особенности культурной ситуации. История познания, сознания и знания занимает в концепции М. Фуко центральное место. Он реконструирует социально-исторические формы существования, организации и распространения знаний, рассматривая, прежде всего, Европу позднего средневековья и Нового времени. Исследования «Безумие и неразумие. История безумия в классический век» и «Рождение клиники» имеют в большей степени медицинскую направленность, но, в первую очередь, являются философскими, социально-историческими по

своему характеру. М. Фуко прослеживает, как на протяжении истории менялось отношение к психическим болезням и к психически больным людям. Выражалось и закреплялось это изменение самыми разными способами: через литературу, искусство, религию, деятельность особых социальных институтов, через применение юридических законов и нравственных норм, через теологию и философию. Главный вывод М. Фуко: система знаний о человеке и формы практики играют решающую роль в развитии структур интернирования и господства, присущих человеческой цивилизации.

В работе «Рождение клиники» М. Фуко отмечает, что предмет его исследования касательно медицины связан с выяснением вопроса: как особое познание больного индивидуума структурируется на протяжении того или иного времени. И как этот процесс приводит к реорганизации больничного дела, к новому пониманию положения больного в обществе. Мишель Фуко анализирует, каким образом складываются исторические условия развития медицины как области знания и практики. Придание клиническому опыту научного статуса, рождение клиники в конце XVIII – начале XIX веков сопряжено с оформлением ее важнейших особенностей. К ним относят переход от симптоматического к рациональному, основанному на понимании внутренних причин, и одновременно серийному подходу в отношении болезни, медикализации смерти, рождения клиники как особого типа лечебных учреждений, актуализации этической проблематики в медицине. Мишель Фуко исследует источники, благодаря которым становятся возможными познание и опыт в медицине, появляются идеи, формируются науки, опытные знания получают философскую рефлексию. Автор уделяет особое внимание властным отношениям в сфере медицины, начиная с того, что врач имеет особые полномочия отличать патологию от нормы. Медицина способствует распространению знаний о здоровом человеке, превращается в своеобразную национальную задачу; на материале французской истории представлены многочисленные интереснейшие проекты организации медицинской помощи населению и истории становления системы здравоохранения. Кроме того, вопросы нормы и патологии, знака и симптома, здоровья и болезни, смерти в центре внимания М. Фуко, что в результате сделало его труды чрезвычайно востребованными среди

представителей медицинских и гуманитарных наук. Ссылаясь на Moscati, М. Фуко отмечает, что после того как Гиппократ свел медицину к системе, наблюдение было оставлено, а философия была в нее введена. И сам позже продолжает эту мысль: «Значение Биша, Джексона, Фрейда для европейской культуры доказывает не то, что они были в той же мере философами, как и врачами, но, то, что в этой культуре медицинская мысль по полному праву заняла статус философии человека»⁴⁷. По большому счету он разработал методологическую основу для рассмотрения медицины в философском аспекте.

«История сексуальности» не была закончена М. Фуко, в этой работе обращено внимание на проблему пола, причины контроля над рождаемостью, продолжительностью жизни и т. д. Кроме того, автор исследует историю, философию, культуру с точки зрения взаимоотношения полов, эротики. Практически каждая работа М. Фуко имеет в большей или меньшей степени отношение к медицине, его исследования оказали огромное влияние на дальнейшие изыскания в этой сфере. Медицина эпохи выступает, говоря словами М. Фуко, как «сфера практической философии», то есть в сфере медицинской практики опосредованно реализуются основные философские универсалии времени.

Психоаналитическое направление в неклассической философии представлено исследованиями Г. Башляра. Для психоаналитической мысли в целом характерно освоение культурного мира. Г. Башляр рассматривает тему терапии в контексте культуры, которая представляет собой синтез философского, культурно-символического и медицинского подходов, предлагает психокультурную классификацию типов личности, анализирует терапевтические возможности культурного опыта, отмечает присутствие в культурном сознании архетипических структур, которые сохраняют значение в практике научной медицины и борьбе с болезнями⁴⁸.

На феноменологическом подходе остановимся подробнее. Э. Гуссерлем в работе «Кризис европейских наук и трансценденталь-

⁴⁷Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл. 1998. – С. 295.

⁴⁸Башляр Г. Вода и грёзы. – М.: Изд-во гуманитарной литературы, 1998. – 270 с.; Башляр Г. Новый рационализм. – М.: Прогресс, 1987. – 376 с.

ная философия» была разработана идея «жизненного мира» как изначального социально-культурного опыта⁴⁹. В рамках этой концепции становится возможным проследить связь абстрактных научных понятий с миром повседневного знания и деятельности при изучении феномена болезни.

Феноменологическое направление также представлено исследованиями М. Мерло-Понти. Его вкладом для сферы медицины являются следующие выводы: внимание к проблеме телесности, важной для медицинского дискурса, исследования роли субъекта в медицине, изучение подходов исследования⁵⁰. Феноменологический подход в исследовании телесного опыта утверждает его целостность, подчеркивает значение опыта тела, например, у М. Мерло-Понти эти феномены открывается на стыке индивидуального, интерсубъективного и культурного смыслов, исследуются пути обнаружения культурно-исторического компонента в пространстве жизненного мира личности. В исследовании медицины феноменологический метод в целом показывает ее в соотношении со сферой культурных смыслов. Феноменологический метод позволяет увидеть мифологические структуры в поле медицинского дискурса. Практические возможности феноменологического метода исследования демонстрируются на примере описания опыта бессонницы. В этом состоянии обнаруживают структурные признаки болезненного состояния: нарушение отношений с миром, первичные признаки болезни, переживание опыта какого-либо неблагополучия – иллюстрирует возможность анализа болезненного состояния в культурном контексте и т. д.

Для понимания значения болезни феноменология вносит значительный вклад. Исследователи, работающие в этом направлении, сосредоточили свое внимание на детальном изучении непрофессиональных знаний и опыта и их значении для понимания состояния здоровья или болезни. Феноменологический подход подчеркивает важность повседневной непрофессиональной дея-

⁴⁹Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная философия. – СПб.: Владимир Даль, 2004. – 212 с.

⁵⁰Мерло-Понти М. Феноменология восприятия / Пер. с франц.; под ред. И. С. Вдовиной, С. Л. Фокина. – М: «Ювента», «Наука», 1999. – 608 с.

тельности относительно болезни, которой занимается человек, и смысл, который он в ней находит. Феноменология использует технику этнотеодологии, опрос участников, подробное интервьюирование и анализ различных случаев заболеваний для понимания опыта, пережитого человеком. Герменевтика, как интерпретация значения человеческого опыта, является частью метода исследования в феноменологии. Исследование медицины, здоровья и болезни с точки зрения пациента до сих пор часто не учитывалось и широко не исследовалось, хотя опыт болезни в различных исторических эпохах, включая современное исследование болезни, представляет безусловный интерес.

С развитием медицины и усложнением жизни общества появляется все большее и большее количество научных дисциплин и направлений, связанных с медициной. Медицинская психология рассматривает такие важные вопросы как: здоровье и болезнь, причина и болезнь, болезнь и пациент, болезнь и лекарство, болезнь и врач, пациент и лекарство, пациент и способ лечения. Медицинская педагогика уделяет внимание воспитанию и формированию здоровьесберегающих навыков поведения. Особенно активно развивается медицинская антропология – комплекс знаний о медицинских системах, существовавших и существующих в разных обществах, о формах и традициях врачевания и способах оказания помощи больным, о культурном контексте медицинских практик, о разнообразных социокультурных аспектах производства медицинских знаний и т. д.⁵¹. Этот список можно продолжить. Перечисленные научные направления являются междисциплинарными областями знаний. Показательно, что все они так или иначе связаны с болезнью, она и ее производные стали главными предметами исследования. Это обстоятельство, на наш взгляд, актуализирует проблему изучения феномена болезни в комплексном гуманитарном ракурсе.

Фундаментальная медицинская наука основана на биологическом представлении о человеческом организме, данные получают с

⁵¹Михель Д. В. Медицинская антропология: что это такое? // Культурология: теория, школы, история, практика. – Режим доступа: <http://www.countries.ru/library/antropology/medant.htm>.

помощью прикладных и фундаментальных медицинских исследований, клинической практики. Однако человек это не просто физическое тело, а личность во всем многообразии ее проявлений. Современные медико-социальные проблемы здравоохранения невозмож но решать только на монодисциплинарном медицинском уровне. Существуют серьезные различия в том, как разные науки и научные дисциплины подходят к анализу медицины и ее сущностных компонентов. Их объединяет признание, что в современных обществах институт медицины играет важную социальную роль, регулирующую человеческую деятельность, поведение человека и конструирование субъективного мира. В этом качестве болезнь представляет огромный интерес для исследователей в сфере социально-гуманитарных наук. Можно ожидать плодотворных результатов, когда к одной исследовательской проблеме подходят с разных точек зрения и с разными методологиями, сохраняя представление о междисциплинарных традициях и о логике различных подходов. К анализу медицинских явлений можно и нужно подходить с позиций различных теоретических подходов и исследовательских методологий, которые могут инкорпорировать элементы друг друга, стирать границы, искусственно их разделяющие.

Разработка единого, научно обоснованного подхода к исследованию болезни может быть осуществлена в рамках культурологического подхода, который изучает человека и культуру комплексно и в общей связи с другими культурными феноменами. Очевидно, что болезнь представляет собой явление культурного плана, и в этом качестве вполне подходит как предмет изучения для культурологов, а методологический инструментарий культурологии может быть использован для изучения такого многогранного и многоаспектного феномена, как болезнь.

1.2. Болезнь в истории и нарративы болезней

Человек на всех этапах своего развития был связан с болезнью: он болел, болеет и, вероятно, будет болеть. Болезни стимулировали возникновение медицины как осознанных действий в его борьбе с недугом. По мнению известного историка медицины С. Г. Ковнера, «...первые проблески и зачатки медицины совпадают чуть ли не с

началом человеческого рода...»⁵². Животные обладают естественным инстинктом выживания, очень многие из них могут находить и использовать простейшие средства самоизлечения. Раненые звери зализывают раны, кошки и собаки находят траву, которая очищает желудок и т. п. Нет ничего удивительного в том, что человек обладал такими же способностями на самых ранних этапах своего развития.

Все, что имеет отношение к истории и культуре первобытного общества во многом имеет гипотетический характер. Представление об этом периоде как о «золотом веке» человечества уходят в прошлое, сегодня никто не сомневается в существовании многочисленных проблем у первобытного человека. Среди них были и проблемы, связанные с болезнями. На основе немногочисленных данных мы можем восстановить картину болезней и средства борьбы с ними в первобытном обществе: археологические источники, данные палеопатологии, этнографическая информация, наскальная живопись. Первые люди частично унаследовали заболевания от своих предшественников, частично получали их с пищей, окружающая среда не всегда была благоприятна для поддержания и сохранения здоровья. Сам образ жизни первобытного человека приводил к большому количеству травм, и люди были вынуждены справляться с ними. Лечение ран, ушибов, переломов было той практической необходимостью, из которой рождалась хирургия. Древние люди разработали основы лечения переломов, начали применять шины, вправляли вывихи. Трепанация черепа вызывала и вызывает дискуссии, но данные археологии доказывают, что эти операции успешно проводили на живых людях, так как находят черепа со следами трепанации и последующим заживлением раны. Небольшие гнойные образования всасывали, применяли кровопускание, для чего на коже делали насечки и надрезы, отверстие закрывали плотным материалом (чаще воском). Раны ушивали иглами, изготовленными из костей, а в качестве шовного материала использовали сухожилия животных.

По костным останкам человека достоверно восстановлена информация о распространении болезней позвоночника как расплата за пря-

⁵²История медицины. Ч. 1, вып. 1: а) Медицина Востока; б) Медицина в древней Греции / сост. С. Ковнер; репринтная копия. – Киев: Унив. тип. (И. Завадского), 1878. – С. 183.

мохождение, стертости зубов от употребления преимущественно грубой пищи, многочисленных травм и т. п. По понятным причинам мы не имеем доказательной информации относительно болезней мягких тканей человеческого организма, например, желудка и всей системы пищеварения, отравлений, ушибов, разнообразных инфекций и т. п. Однако можем предположить их наличие, чему способствуют находки лекарственных растений определенного лечебного воздействия, найденные в захоронениях. Постепенно человек начал осваивать территории с более суровым климатом, некоторые болезни исчезали, но появлялись новые. Интересно, что в большинстве случаев, объясняя причины болезней сверхъестественными силами, для избавления от недугов использовали различные примитивные лекарства на растительных, животных, минеральных основах⁵³. Ведя кочевой образ жизни в поисках пищи, охотясь на крупных животных, не имея защиты от стихийных сил природы, люди учились у природы науке выживания.

Учитывая специфику передачи информации в ситуации отсутствия письменности, знания о болезнях, их предупреждении и лечении, опасных ядовитых растениях передавались преимущественно устным путем. Нужные сведения могли быть забытыми или утерянными, и тогда жизненно важную информацию надо было «открывать» вновь. Развивая мышление, навыки и умения наши предшественники постепенно создавали культуру. Сегодня мы называем ее синкретической культурой, для которой характерно не просто единство мифа, ритуала, музыки, танца, рисунка, обряда, а их неразделенность, тесное переплетение и взаимообусловленность. Совершенно очевидно, что зачаточные медицинские знания и медицинская практика являлись существенными составляющими этой культуры.

На ранних этапах истории человечества первую помощь могли оказывать все члены сообщества, себе или друг другу. Затем, вероятно, функции врачевателей взяли на себя женщины, которые, ведя более или менее стационарно нехитрое первобытное хозяйство, имели опыт наблюдения за болезнями детей, стариков, ухода за соплеменниками, получившими травмы. Вполне возможно, что эта соци-

⁵³Леви-Брюль Л. Указ. соч. – С. 484–505.

альная роль женщин добавляла веса в копилку господствующего матриархата. Постепенно функция врачевания выделялась в отдельное важное направление, и ее воплощением становились шаманы.

В результате неолитической революции, зарождения земледелия и скотоводства, перехода к оседлому образу жизни, появления первых городов и государств, происходят колоссальные изменения в жизни человеческого общества, меняется ситуация с болезнями и их лечением. Появление городов, прогрессивное по своей сути событие, значительно осложнило эпидемическую ситуацию, городская среда с большим количеством населения была и большим скоплением болезней. Древнейшие цивилизации образовались в речных долинах, имели некоторые сходства и отличия в разных сферах жизнедеятельности общества, медицины в том числе. Появляется письменность и первые медицинские источники – по ним можно восстановить, от каких болезней страдало население, насколько успешным было их лечение. Некоторые из болезней древнейших цивилизаций хорошо знакомы и сегодня, а некоторые заболевания, их симптомы и последствия можно восстановить только приблизительно.

В Древней Месопотамии на глиняных табличках обнаружены одни из самых первых прописей лекарств, но без указаний при каких болезнях их нужно применять; вероятно, это были известные для всех сведения. В связи с жарким климатом, в этом регионе был особенно распространен педикулез, что вылилось в культурную практику специального обряда для жрецов тщательного омовения и удаления с тела волос. В письменных источниках находим упоминания о головной боли, тошноте, детской лихорадке, жаре, желтухе, часто болезни определяют в общих названиях, например «болезни горла».

Развитие медицины в Древнем Египте тесно связано с заупокойным культом и обрядом мумификации. Значительную информацию о болезнях и способах их лечения передают медицинские тексты папирусов, описывающие не только болезни человека, но и домашних животных. Например, медицинский папирус Г. Эберса содержит обширные сведения о внутренних болезнях, он содержит 900 прописей лекарственных средств почти для всех органов человеческого тела. Египтянам были известны инфекционные болезни, предположительно оспа, малярия, чума, а также паразитарные забо-

левания. Об оспе свидетельствуют характерные пустулы на коже лица Рамсеса II, а при обследовании мумий в них были обнаружены палочки чумы. Кроме того, обнаружили паразитов, вызывающих шистосомоз, который был настоящим бедствием для египтян и расплатой за проживание на берегу реки. Египтяне щедро поделились шистосомозом с другими государствами Африки и Азии (особенно пострадала Древняя Месопотамия), позднее с американским континентом.

В Древней Индии в одном из самых ранних письменных источников «Ригведе» упоминается проказа, чахотка, кровотечение. Два легендарных врачевателя Чарака и Сушрута описали лечение многих известных им болезней. Их причины видели в соотношении стихий, субстанций, жидкостей, среди них выделяли естественные и неестественные. Болезни также подразделялись на болезни головы, лечение ран, психические болезни, детские болезни, глазные болезни и т. д. Древняя Индия известна своими достижениями в области хирургии, а также первыми попытками предупреждения заразных болезней. Задолго до открытия Э. Дженером вакцины против оспы, индийцы использовали метод вариоляции.

Медицина Древнего Китая – одна из самых самобытных стран в истории медицины этого периода и последующих веков. В ситуации запрета по религиозным причинам вскрытия трупов и, как следствие, слабого представления о строении человеческого тела, тем не менее удалось создать стройную философскую концепцию относительно причин болезней и их лечения. Вершиной достижений древнекитайского искусства врачевания является диагностика по пульсу, иглоукалывание, прижигание, гимнастика, использование метода вариоляции. Уже на примере древнейших цивилизаций прослеживаются пути распространения болезней, сначала обмен шел внутри государства, а затем с расширением торговых, культурных контактов между цивилизациями начался и обмен болезнями.

Эпоха античности принесла свои болезни и достижения в борьбе с ними. Относительно самого раннего периода истории Древней Греции прямых сведений о болезнях и врачевании нет, только по косвенным свидетельствам (каналы для стока грязных вод, бани, вентиляция и т. п.) можно сделать вывод о состоянии санитарии и гигиены. Следующий период имеет свидетельства о болезнях, которые

содержатся, прежде всего, в произведениях Гомера. Он описывал или упоминал многочисленные повреждения человеческого организма в ходе военных действий, сообщал об эпидемии чумы, психических заболеваниях, проблемах деторождения и т. п. В Древней Греции появляются специальные святыни – асклепеионы, прообразы современных санаториев, где лечили болезни. Пик развития греческая медицина достигает в период наивысшего подъема культуры, в классический период. Демокрит, чьё атомистическое учение оказало огромное влияние на понимание природы болезней, рассуждал о лекарствах, некоторых конкретных болезнях, эмбриологии, диете. Одним из главных итогов этого периода было создание теорий болезней: «Характерная для античных философских систем тенденция к систематизации знаний способствовала развитию *системных представлений* и в медицине, вела к созданию теорий болезней и зарождению самостоятельных направлений (анатомия и хирургия периода эллинизма)»⁵⁴. Для древнегреческого понимания болезней характерен постепенный отказ от признания их сверхъестественных причин и тесная связь с философией. Эти тенденции особенно усиливаются к моменту формирования врачебных школ и создания «Гиппократова сборника». В нем содержатся описания многочисленных болезней: болотные лихорадки, чахотки, параличи, простудные, кожные, глазные, заболевания зубов и десен, а также заложены основы врачебной этики. Достойно завершают блестящую историю борьбы с болезнями многочисленные открытия, сделанные в Александрийском мусейоне.

Древняя Греция была знакома с эпидемиями, хотя их понимание у греков было своеобразное: к их числу относились болезни, от которых страдало большинство населения. Гиппократ пишет о заболеваниях, которые охватывали большое количество людей, чаще без смертельного исхода, например, эпидемия на Фасосе, в ней современные врачи предполагают свинку⁵⁵. Также известна Афинская эпидемия, это неизвестная болезнь привела к сокращению населения Афин и ослаблению военной мощи города. Она оказала огромное воздей-

⁵⁴Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – С. 128.

⁵⁵Гиппократ. Избранные книги. – М.: Сварог, 1994. – С. 332–335.

ствие на общество, усилились радикальные тенденции в политической жизни, начала развиваться храмовая медицина, гражданам рекомендовали заниматься укрепляющими упражнениями и т. п. Кроме того, Древняя Греция как морское государство имела многочисленные контакты с другими странами и другими культурами, что подразумевало достаточно активный обмен болезнями. В целом, в Древней Греции был настоящий культ здорового, сильного и красивого тела, заботы о собственном здоровье; древние эллины активно занимались физическими упражнениями, популярными были спортивные соревнования, особенно Олимпийские игры.

Уникальное отношение к болезни складывается в Древнем Риме: она воспринималась как слабость, недостойная воина и патриота Рима, поэтому лечение больных, как правило, не предусматривалось. Почти вся медицинская практика позже, после завоевания Греции, была перенята у греков. Римляне позаимствовали и врачей, знаменитый римский врач Гален – грек по национальности. Тем не менее, уже начиная с царского периода, Рим мог считаться образцом гигиены и санитарии.

Относительно болезней римляне сделали свои собственные открытия, особенно осознав и оценив с практической точки зрения важность и возможности медицины для военных целей. Как и в Древней Греции, на понимание природы болезней большое влияние оказала философия. Тит Лукреций Кар не просто дал описание и характеристику некоторых заболеваний, но сформулировал представление о заразных болезнях, разработал миазматическую концепцию их возникновения. Была разработана солидарная теория болезней, согласно которой болезнь является результатом соотношения твердых частиц в организме человека. Теории болезней представлены в письменных медицинских трудах известных римских врачей Галена, Цельса, Сорана и многих других.

Как следствие зарождения и распространения христианского учения на территории Древнего Рима появились первые госпитали, прообразы будущих больниц. На отношение к болезни значительно повлияла новая религия, но исследователи отмечают и обратную связь – в частности, болезни способствовали укреплению христианства: «Эпидемии III в. на территории Римской империи способствовали усилению

христианства. Причиной этого была не только твердость веры в условиях погибающего социального мира, но невиданная прежде готовность христиан оказывать помощь тем больным и несчастным, которым отказывались помогать даже родственники. Милосердие приводило верующих к постели умирающих и давало им силы заботиться о них. Спустя столетие в некоторых городах на востоке Римской империи на фундаменте этого религиозного чувства возникла новая культурная практика – забота о страдающих в условиях больниц. Тем самым, незабываемый пример Христа, которому новое ве-роучение приписывало удивительную способность спасать немощных и страдающих, сделал христианство наиболее привлекательной для многих формой религиозного ответа на вызов новой болезни⁵⁶.

Древний Рим представлял собой воинствующую цивилизацию, помимо ранений и травм, получаемых на поле боя и возможности иметь болезни, распространенные в собственном социуме, всегда был риск получить новое заболевание, характерное для завоеванной территории и народа, на ней проживающего. После военных действий, как правило, устанавливались мирные отношения и более тесные контакты, способствующие обмену болезнями. Предполагают, что в 165 г. на территорию Римской империи из Месопотамии была занесена болезнь, которая вошла в историю под названием «чумы Антонинов» (хотя была ли это чума, точно не установлено), она привела к демографическому упадку, повлекшему экономический и политический кризисы. В 51–266 гг. зафиксирована «чума Киприана», но, может быть, как и в предыдущем случае, это была другая болезнь, например, оспа или корь, что определить трудно. По описаниям симптомов болезней тысячелетней давности диагноз поставить очень сложно, но то, что эти болезни принесли массу негативных последствий, – факт неоспоримый. Древний Рим установил контакты с Персидским миром, Индией, Китаем, создав, таким образом, возможности для межконтинентального обмена болезнями.

Средневековая Европа была «вселенной болезней». Смертность была высокой, продолжительность жизни небольшой, огромное ко-

⁵⁶Михель Д. В. Болезнь и всемирная история: учеб. пособ. для студентов и аспирантов. – Саратов: Научная книга, 2009. – С. 35.

личество новорожденных умирало в возрасте до 1 года. В раннее средневековье распространенность инфекционных болезней не была значительной, в городах проживало небольшое количество населения, хотя санитарная обстановка уже желала быть лучшей. Позднее болезни легко распространялись из-за увеличения числа городских жителей, низкого уровня общественной и личной гигиены. Хроническое недоедание было обычным делом. Несмотря на то, что первые европейские города были окружены огородами и горожане выращивали сельскохозяйственные культуры, в неурожайные годы голод был частым явлением. Были распространены цинга (недостаток витамина С), рахит (недостаток витамина Д, проблемы развития костной ткани) и другие заболевания. На уровне повседневной жизни полуголодные и активно подвергающиеся религиозному воздействию люди, были предрасположены к различным расстройствам разума. Многие болезни не являлись смертельными, но делали жизнь очень неудобной (простудные заболевания, кожные болезни, заболевания глаз, зубов и многие другие). В средневековой Европе было огромное количество слепцов с бельмами или дырами вместо глаз, которые чуть позже будут представлены на картинах Брейгеля, Босха; калек, горбунов, больных базедовой болезнью, хромых, – всех тех, кто составит общий портрет распространения болезней в этот период.

Врачей, выпускников медицинских факультетов университетов, не хватало, в основном была распространена народная медицина. Согласно средневековым представлениям, избавлялись от хронических болезней средствами «божественной» медицины, предлагавшей исцеление с помощью силы и могущества Христа, посредством святынь и святых. Например, детские болезни могли облегчить разные святые в соответствии с болезненными проявлениями. Зубную боль успокаивал св. Агапий, конвульсии лечил св. Корнелий и св. Жиль, от рахита помогали св. Обен, св. Фиакр, св. Фирмин, св. Маку, колики лечил св. Агапий и др. Часто для избавления от болезней требовалось непосредственное соприкосновение с останками святых, поэтому как особая культурная практика развивалось паломничество. Однако из многочисленных болезней средневековья наибольшую память о себе остались чума и проказа. Поскольку эти болезни в

современном мире практически не представлены, дадим краткую характеристику их симптомов и особенностей течения, чтобы понять, почему они вселяли такой невероятный страх, а память о них сохранялась в веках.

Чума – острое инфекционное заболевание, выражающееся в явлениях общей интоксикации и характерных воспалительных процессах в лимфатических узлах, легких и других органах. Слово «чума» происходит от древнеарабского слова «джумма», что в переводе означает «боб», т. к. для болезни характерны припухшие лимфатические узлы, (бубоны) внешне напоминающие боб. Это одно из древнейших заболеваний, о нем упоминается в Библии и древних индусских книгах. Известна эпидемия чумы VI века, бушевавшая в правление императора Юстиниана и унесшая половину населения Византии. Эпидемии чумы неоднократно отмечались на территории Европы и Древней Руси в средние века. В XVIII веке Россия пережила чуму с большим количеством жертв.

В настоящее время в мире существует ряд эндемичных по чуме очагов. Переносят чуму дикие грызуны. Заболевание начинается внезапно, ознобом и быстрым подъемом температуры. Отмечается сильная головная боль, чувство разбитости, иногда рвота, беспокойство, суетливость, тахикардия, бред. Язык покрывается характерным белым налетом, начинается гиперемия лица, оно приобретает заостренные черты со страдальческим оттенком и выражением ужаса. При кожной форме появляются пустулы либо язвы, при бубонной форме бубоны, которые рассасываются, нагнаиваются, очень болезнены. При легочной форме бубоны образуются на легких, отмечается кровавая мокрота, режущие боли в груди, пространия, кома. Смерть наступает в течение 2–4 дней.

Стремительно распространявшуюся в Европе болезнь встречали с неподражаемым ужасом. «Черная смерть», «Божий бич», «погибель», «мор» – далеко неполный перечень эпитетов, которыми современники определяли чуму. Память о ней пережила века, СПИД был назван «чумой XX века», «синей чумой» называли холеру, «белой чумой» туберкулез. Часть исследователей считает, что чума была завезена, другие, что она являлась производной местных очагов инфекции. Независимо от источника ее появления, жизнь Европы оказалась перед смертельной угрозой.

Чума принесла колоссальную смертность, считают, что в Европе всего за три года от чумы умер каждый третий житель.

В странах ислама особенно пострадал Египет, погибла одна треть населения страны. Чума отступала и наступала, население переживало настояще психологическое потрясение. Обращение к Богу не помогало, люди считали, что они прогневили его, и он от них отвернулся. Больных несли в храмы, чем еще больше распространяли инфекцию, священники умирали после контактов с больными, начали говорить о конце света.

William McNeil в известной работе о чуме «Чума и народы» особо отметил, что чума была не только на Западе, но и на Востоке, в частности в Китае, указал, что очаг чумы образовался в монгольских степях. Он разработал концепцию об обмене болезнями между цивилизациями⁵⁷. К XVII веку чума начала стихать, причинами ее ухода называют самые разнообразные факторы: возможную мутацию возбудителя чумы, изменение экологической обстановки (исчезновение популяции черных крыс и строительство каменных домов, что способствовало уменьшению контактов между крысами и человеком), общий рост материального благополучия, уровня санитарии, роль карантинов. В Османской империи чума не утихала дольше, до XIX века она появлялась на Балканах и в Египте.

Чума имела многочисленные социально-политические и культурные последствия. Пытаясь понять причины болезни, начали искать виноватых в ее распространении, ими, как правило, оказывались иноверцы, это создавало дополнительное напряжение в обществе. Серьезным последствием стала нехватка рабочих рук, крестьяне требовали более высокой оплаты труда, а феодалы хотели нагрузить их дополнительной работой без доплат. Одним из исторических последствий разорительной эпидемии многие историки считают ослабление Византии и Персии и быстрое укрепление на этих территориях арабов. С чумой были связаны различные предрассудки, например, народ перестал посещать бани, думая, что болезнь передается с водой, стали носить одежду из более плотной ткани, на окна обязательно вешать занавеси. Европа переболела чумой, смогла себя защитить, в том числе культурными средствами. Историческая миссия чумы велика, она во

⁵⁷McNeill W. Plagues and Peoples. – New York: AnchorBooks; Doubleday, 1976. – 369 p.

многом изменила мир, выявила многие проблемы в жизни общества, преодоление которых позволило в результате одержать победу и над ней самой.

Период с XI по XIV века в истории Западной цивилизации был отмечен распространением проказы.

Проказа (устаревшее название), лепра (болезнь Хансена, финикийская болезнь, скорбная болезнь, крымка, ленивая смерть, болезнь Святого Лазаря и др.) — хронический гранулематоз (хроническое инфекционное заболевание), протекающий с преимущественным поражением кожи, периферической нервной системы, иногда передней камеры глаза, верхних дыхательных путей выше гортани, яичек, а также кистей и стоп. Проказа — одно из древнейших заболеваний, о ней упоминается в Ветхом Завете, но большинство современных исследователей полагают, что в библейские времена проказой называли целый ряд кожных болезней, делавших больного «нечистым». С XII по XIV века заболеваемость проказой достигла в Европе своего пика, затем начала быстро падать и к концу XVI века исчезла в большинстве европейских стран, за исключением средиземноморского побережья, ряда регионов России и Скандинавии. В Америку проказу принесли первые колонисты из Испании, Португалии и Франции. Новый подъём заболеваемости был вызван афро-американской работоголовлей, приведшей к появлению проказы в некоторых районах западного полушария. Возбудитель лепры был открыт в 1873 году в Норвегии Г. Хансеном. В основном лепра распространена в тропических странах. В 2000 году ВОЗ перечислила 91 страну с эндемичными очагами лепры. Индия, Бирма, Непал составили вместе долю в 70 % случаев заболеваемости. Инкубационный период от заражения до проявлений заболевания может длиться от 2 до 20 лет, но в большинстве случаев первые симптомы появляются через 3–10 лет. В основном при проказе поражаются охлаждаемые воздухом ткани организма: кожа, слизистая оболочка верхних дыхательных путей и поверхностно расположенные нервы. Инфильтрация кожи и деструкция нервов могут приводить к выраженной деформации облика и уродству. К утрате частей тела в результате некроза тканей приводит вторичная бактериальная инфекция в тех случаях, когда лишенные чувствительности ткани подвергаются травмам. Характерным признаком является выпадение наружной трети бровей, для поздних стадий болезни характерны «львиное лицо» (искажение черт лица и нарушение мимики из-за утолщения кожи), разрастание мочек ушей. Прогноз заболевания условно неблагоприятный, заболевание плохо поддается лечению, приводит к стойким морфологическим изменениям и инвалидности.

Точная диагностика проказы отсутствовала, болезнь воспринимали как болезнь души, а не тела, диагноз ставили не врачи, а священники. О проказе знали до крестовых походов, но именно начиная с них, проказа стала серьезной социальной проблемой. Прокаженные вызывали ужас у окружающих, отсюда разнообразные меры: от борьбы до помощи. Обычно о больных заявлял кто-нибудь из их окружения, а священники затем проделывали процедуру исключения больных проказой из общины, практически, превращая живого человека в мертвеца. Над ним совершали похоронный обряд, высыпали кладбищенскую землю. Прокаженным можно было строить собственные храмы и молиться в них, жить они должны были в специальных поселениях лепрозориях, приходили туда с досками и гвоздями для собственного гроба. Они оповещали о своем приближении колокольчиками или трещотками, прикасаться к товару в лавках им было нельзя, только показывать специальной палкой. Периодически прокаженные просили милостыню, но власти городов изгоняли их.

Главной причиной проказы церковь объявила грех сладострастия. После введения безбрачия для духовенства, проказа стала трактоваться исключительно как болезнь, поражающая только мирян из-за нездержанности в плотской жизни, сексуальной невоздержанностью⁵⁸. Отношение к прокаженным носило и милосердный характер, иногда в них видели тех, кто избран Богом для страдания для общего блага, также была распространена рыцарская благотворительность в пользу прокаженных. Сострадательное отношение к прокаженным соседствовало с раскрытиями заговоров о желании прокаженных совместно с иноверцами отравить колодцы и жестокой расправой над ними.

Доктора объясняли проказу как результат порчи одного из четырех соков организма, приемом грубой пищи или сексуальными отношениями с прокаженными. Многие врачи одобряли для лечения хирургические средства, в частности, ампутацию пораженных конечностей. С середины XIV века проказа пошла на спад. Причин называют несколько: возможно возбудитель проказы был вытеснен бациллой туберкулеза, появилась бубонная чума, смертность от нее

⁵⁸Porter R. The greatest benefit to mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. – Fontana Press, 1999. – 839 c.

привела к экономическому упадку, прекратились пожертвования на лепрозории, и большинство прокаженных умерло, влияние некоторого улучшения санитарно-гигиенических условий. Проказа исчезла, но память о ней сохранилась, до сих пор упоминание о проказе вызывает ужас и страх.

Болезни оказывали большое влияние на общество, даже менее опасные по своему исходу заболевания могли иметь социально-политические составляющие и последствия. Например, золотуха была особенно распространена в Англии и Франции, в этих странах ее называли «королевской напастью» и лечили ее исключительно короли. М. Блок в своей работе «Короли-чудотворцы: Очерк представлений о сверхъественном характере королевской власти, распространенной преимущественно во Франции и Англии» убедительно доказал, что исцеление золотухи королями имело роль важнейшего политического ритуала, они использовали его для получения широкой поддержки у населения, это было своеобразное королевское чудо. Известно, что в этих странах процесс формирования монархического правления шел очень сложно. Народные массы традиционно наделяли многих своих правителей сверхъественными силами, архетипы сознания о совмещении функций правителя и шамана также могли проявляться в этой ситуации. «Королевскому чуду» способствовали особенности протекания золотухи, периоды обострения совпадали с периодами угасания, а если при лечении королем больному давалась монета, о болезни тем более можно было забыть на какое-то время, таким образом, каждый из действующих лиц ритуала получал то, что хотел получить⁵⁹.

Эпоха Великих географических открытий имела свои истории болезней. Представители западной цивилизации начали освоение неизвестных континентов, на новых территориях европейцы столкнулись с новыми болезнями, которые оказались смертельно опасными для них. Процесс обмена болезнями был двухсторонним: европейцы, являясь переносчиками многих возбудителей инфекций, представляли смертельную угрозу дляaborигенов. Малярия и желтая лихорад-

⁵⁹Блок М. Короли-чудотворцы: Очерк представлений о сверхъественном характере королевской власти, распространенной преимущественно во Франции и Англии. – М.: «Школа русской культуры», 1998. – 712 с.

ка были наиболее опасными заболеваниями для европейцев, туберкулез и сифилис для местного населения.

Малаярия – острое инфекционное заболевание, вызываемое плазмодиями малярии, передающееся при укусе зараженных комаров. Малаярия относится к числу болезней человека, известных с древнейших времен, о ней упоминается в древнеегипетских папирусах и древнекитайских сочинениях, в средневековых европейских лечебниках и русских врачебниках XVI века. Для малярийных приступов характерна строгая периодичность. В начале приступа сильный озноб, ощущение холода и невозможность согреться. Вслед за ознобом нарастает температура, которая может достигать 40–41 градуса, сопровождается сильной головной болью, тахикардией, иногда тошнотой и рвотой, обильным потоотделением. Больной может испытывать сильную жажду, кожа нередко покрывается герпетическими высыпаниями, может присутствовать легкая желтушность склер и кожи. У жёлтой лихорадки много общего с малярией, она сходна с ней по эпидемиологии и в некоторых клинических признаках. Из древнейших исторических сведений трудно заключить, о какой из болезней шла речь в том или ином случае. Авторы расходятся в определении самого старого источника о желтой лихорадке. Некоторые склонны считать таковым запись 1598 г. о гибели воинов Георга Клиффорда, графа из Камберленда на острове Пурто-Рико. Другие ведут отсчёт от описания эпидемии на полуострове Юкатан в 1648 г. Население Центральной Америки и островов Карибской области страдало от тяжёлых, повторяющихся эпидемий, на острове Барбадос родилось название этой болезни: «жёлтая горячка», используемое английскими врачами, или «чёрная рвота» у испанцев. Среди английских моряков и солдат, больше всего болевших ею, в обращении было название «Жёлтый Джек».

В результате прихода европейцев практически полностью вымерли жители Карибских островов. Это была целая серия болезней для местных жителей: грипп, оспа, корь, туберкулез, венерические болезни и т. д. Индейцы не имели понятия о карантине, их мораль не позволяла покидать своих заболевших родственников, поэтому вслед за заболевшим одним членом заболевала и умирала вся семья. К XVI веку коренного населения Карибских островов осталось ничтожное количество. Европейцы начали в качестве рабочей силы ввозить чернокожих рабов из Африки, что еще в большей степени обострило ситуацию, представители африканского континента привезли свои местные болезни, которые постепенно «добивали» последних

выживших индейцев и окончательно изменили демографическую ситуацию в пользу оказавшихся более стойкими к многочисленным инфекциям европейцам и чернокожим африканцам.

Еще одним центром взаимодействия цивилизаций и болезней был Тихоокеанский регион. Начиная с XVI века, народы Тихого океана узнали, что такое оспа, грипп, туберкулез, сифилис и другие болезни, завезенные европейцами. Потери в этом районе среди коренного населения были сравнимы с потерями на американском континенте, они также оказались уязвимыми перед лицом новых болезней. Это был очередной пример межконтинентального обмена болезнями. Таким образом, наряду с оружием болезни стали еще одним средством, покорившим многочисленные народы, открытыми европейцами в эпоху Великих географических открытий. И в этом случае можно отметить очередной, своеобразный вклад болезней в мировую историю.

В Европе по-прежнему одни болезни сменяли другие, чума начала ослабевать, а на ее место пришли новые болезни, самыми серьезными из них были сифилис и тиф. В XV веке сифилис распространился по всей Европе, а также в Северной Африке, России, Индии, Китае. В отличие от чумы сифилис не был смертельно опасной болезнью, и врачи довольно быстро научились его диагностировать. Названия этой болезни в разных странах были различные, ее называли «неаполитанской», «итальянской», «испанской», «французской», «польской» болезнями. Название «сифилис» закрепилось в европейской культуре лишь к концу XVIII века.

Представители церкви обычно трактовали сифилис как одну из разновидностей Божьего гнева, посланного людям за их грехи, или связывали сифилис с влиянием небесных светил. Многие считали, что сифилис был ввезен из Америки матросами Колумба. Даже в XX веке специалисты спорили об истоках сифилиса в Европе. Была распространена точка зрения, что сифилис имеет африканские корни, причем в Африке это безобидная болезнь, а в европейских условиях, прежде всего, климатических она стала сильно вирулентной. Другая точка зрения поддерживала идею о собственно европейских корнях сифилиса. С XVI века сифилис стал настоящей проблемой для европейского общества, особенно для элиты, им страдали мно-

гие аристократы. Одним из первых симптомов сифилиса является шанкр в области гениталий, поэтому многие считали сифилис болезнью, которая передается половым путем и которой страдают люди, имеющие беспорядочные половые связи. Поэтому в XVI веке председовались проститутки, а также уже заболевшие сифилисом, их изолировали в отдельных кварталах, сокращая с ними контакты других членов общества. Позже точка зрения на сифилис несколько изменилась, заметили, что и представители благородных семей страдают этой болезнью. Первоначально лечили сифилис паровыми банными с обильным питьем, использовали ртутные мази, а также с помощью лечебных средств, привезенных из Америки (объясняли, если болезнь из Америки, то и лечить ее нужно американскими средствами) и т. п. Только в XX веке с открытием антибиотиков сифилис стал излечимой болезнью.

Другой грозной болезнью являлся тиф.

Тиф (греч. – дым, туман, помрачнение сознания) – собирательное название некоторых инфекционных заболеваний, сопровождающихся нарушениями психики на фоне высокой лихорадки и интоксикации. Известен сыпной тиф, брюшной тиф и возвратный тиф, хотя до первой половины XIX века эти группы заболеваний не разделялись. Заражение сыпным тифом происходит, главным образом, при укусе насекомых-переносчиков (головная или платяная вошь). При возвратном тифе заражение происходит при укусе насекомых, в частности, вшей и клещей. Воздушитель брюшного тифа передается не через насекомых, основной путь заражения — алиментарный, с продуктами питания. Изначально сыпной тиф относился к заболеваниям Старого Света, первые сохранившиеся его описания были сделаны в Германии в XVI веке. В истории войн сыпной тиф нередко оказывался решающим фактором, число жертв от этой болезни было огромным. Тот факт, что эпидемии сыпного тифа чаще возникают в холодное время года и в периоды военных действий, когда возрастает «завшивленность» и отмечается скученное проживание больших групп людей в неприспособленных для жилья условиях, позволил предположить, что именно вши являются переносчиками заболевания. Начало болезни внезапное и характеризуется ознобом, лихорадкой, упорной головной болью, болью в спине, на коже появляется пятнистая розовая сыпь. Сознание больного заторможено (вплоть до комы), больные деэзориентированы во времени и пространстве, речь их тороплива и бессвязна. Температура постоянно повышена до 40 градусов и резко снижается примерно через две недели. Во время тяжелых эпидемий смертность может со-

ставлять 50 процентов. Связь эпидемий сыпного тифа с войной и голодом послужила основанием для названия этой болезни военной, голодной, лагерной, тюремной лихорадкой, вшивой болезнью и т. п.

Лихорадками называли многие болезни, тиф первоначально определяли как тифозную лихорадку и относили к разряду нервных болезней. Одной из стран, особенно пострадавшей от лихорадок, была Великобритания. С началом промышленной революции быстро росли города, тысячи людей начали жить в ужасных санитарных условиях, хроническое недоедание, отсутствие какого-либо комфорта сказывалось на здоровье людей, города были эпицентрами болезней, в том числе лихорадок. Тиф распространился и в других европейских странах, в кампании 1812 года нанес колоссальный ущерб армии Наполеона. Многие медики утверждали, что тиф является болезнью бедных людей, тем самым ему придавался социальный или даже политический смысл. В либеральной Великобритании приравнивание «лихорадки» к бедности и, в свою очередь, бедности к болезни вызывало возмущение в определенных политических кругах.

Восемнадцатый век в истории и культуре получил определение века Просвещения. Вера в торжество человеческого разума вселяла оптимизм, что болезни можно победить с его помощью. Многочисленные научные открытия оказали огромное влияние на развитие медицины. Однако они в большей степени касались теоретических взглядов, а на практике подавляющее большинство врачей применяло такие веками используемые средства лечения, как диета, кровопускание, очистительные процедуры и т. п. Процесс урбанизации проходил быстро, но санитарное состояние городов оставляло желать лучшего, по-прежнему было много болезней, передающихся по воздуху (оспа, грипп, туберкулез) и по воде (брюшной тиф, дизентерия).

В XVIII веке во многом под воздействием просветительской философии государственные деятели и врачи серьезно озабочились проблемами медицины, санитарии и гигиены. Во многих странах для этих целей были созданы специальные службы, которые имели полицейские функции, так называемая медицинская полиция. Начала развиваться санитарная статистика и медицинская география, собирающая и систематизирующая информацию о распространении болезней. Считалось, что главным виновником многих болезней является

плохой воздух или «миазмы». Эта концепция появилась еще в эпоху Античности, но в Новое время с развитием химии, изучением состава воздуха стала очень популярной. Начали постепенно заниматься благоустройством европейских городов, очищать улицы и городские рынки, выносить за границы городов кладбища и т. п. Но, несмотря на разнообразные меры, жизнь в городах, устройство быта способствовали распространению болезней. В XVIII веке главной угрозой была оспа.

Натуральная оспа (лат. – пятно, узелок) – острое инфекционное заболевание, характеризующееся общей интоксикацией, температурной кривой определенного типа и специфической сыпью на коже. Болезнь начинается остро, с появления озноба, сопровождается головокружением, болями в пояснице, головными болями, запорами, одышкой. Часто наблюдается потеря аппетита и сознания, а также агрессивность, бред, характерная сыпь на коже внутренней поверхности бедер и нижней части живота, в плечевом треугольнике, покрывает слизистые оболочки неба, глотки, десен, носовых ходов, затрудняется носовое дыхание, сопровождается светобоязнью, слезотечением. Подъем температуры до высокого уровня, обильная пустулезная сыпь причиняет резкую боль, оспенные везикулы напоминают по внешнему виду жемчужину, стенки пустул лопаются, гной выходит наружу, вызывая мучительный зуд. Высыпания могут вызывать помутнение роговицы и слепоту, на коже часто остаются характерные оспенные рубцы. Как правило, однажды перенесенная болезнь предохраняет от повторного заражения, обычно распространяется эпидемически, сопровождается высокой смертельностью. С помощью вакцинации была одержана победа над оспой, в большинстве европейских государств она совершенно исчезла или заболевания сводятся к единицам. В 1975 году зафиксирована последняя вспышка оспы. В 1980 году специальной резолюцией ВОЗ было объявлено о полном уничтожении оспы на планете. Вирус оспы содержится в двух лабораториях, сохраняется в научных целях, хотя дискуссии о полном уничтожении вируса оспы продолжаются.

Оспа – одна из старых болезней человечества, ее древними очагами были Китай и Индия. Выйдя из своих исторических пределов, оспа широко распространилась по Востоку, северу Африки, Испании и всей Европе. Эпидемия, начавшаяся в 1614 г., охватила всю Европу, Малую Азию и Африку. Примерно в это время болезнь получила распространение в России. Известно, что уже в 1610 г. оспа была занесена русскими в Сибирь, где произвела сильные опустошения

среди туземных племен. Наивысшего развития оспа достигла в XVIII веке, оспенные эпидемии стали обычным явлением в Европе. Древние индузы и китайцы применяли искусственные прививки ослабленной натуральной оспой (вариоляция). В XVIII веке начали перенимать этот метод в Европе, огромная роль в борьбе с оспой принадлежит Э. Дженнеру, в XIX веке оспа была практически вытеснена оспопрививанием.

В Англии от оспы умер наследник престола, и к власти пришла новая династия Ганноверов. О древнем методе вариолизации знали немногие европейцы. Одной из первых прививку от оспы сделала новая английская королева Каролина. Прививки начали распространяться и в других европейских странах, для этих целей открывали оспопрививальные дома. Правители европейских стран поддерживали метод вакцинации, в том числе в армии.

Российская императрица Екатерина II, сделавшая прививку себе и сыну Павлу, с гордостью писала Вольтеру об успехах и темпах оспопрививания в России, о том, что в Петербурге оспа была привита большему числу взрослых и детей, чем в некоторых столичных городах Европы. Трудности внедрения оспопрививания сохранялись, были широко распространены страхи и опасения, что у привитого человека могут проявиться различные признаки коровьего происхождения – копыта, рога, оволосение и т. п. В России медицинская коллегия, позднее медицинский департамент принимали ряд мер, в том числе распространение брошюр по оспопрививанию, лубочные картины⁶⁰. Такие представления были характерны для простых людей во многих странах. Было распространено мнение о том, что профилактика оспы вообще не нужна, поскольку болезнь посыпает людям Господь и, следовательно, прививать оспу значит идти против него. Говорили о том, что ланцет вакцинатора является врагом креста, а метка, которую он оставляет на руке привитого пациента, является дьявольской отметиной и ведет к порче человеческой природы. Многие противились прививкам именно потому, что они проводились принудительно. Докторов не хватало, прививки могли делать священни-

⁶⁰ Конюс Э. М. Истоки русской педиатрии. – Москва: Золотые страницы медицины, Библиотека классики медицинской литературы, 2007. – 350 с.

ки, учителя, повивальные бабки. Во Франции и Италии священники проповедовали прививки от оспы, призывали их делать сразу после крещения. Кампания по оспопрививанию имела положительное значение для улучшения здоровья населения Европы. В этом процессе большое значение имела политика государства.

В первой половине XIX века в условиях продолжавшихся процессов урбанизации, наполеоновских войн в Европе, многочисленных социальных кризисов новые болезни и эпидемии получали питательную среду для распространения. Появление холеры на Западе привело к настоящему шоку, сопоставимому с приходом чумы в XIV веке. Прекращение чумы, успехи в профилактике оспы дали западным странам некоторую уверенность с помощью научных знаний справиться со всеми болезнями. Государственная власть повсюду уже достаточно окрепла, наблюдался демографический и экономический рост, на подъеме была и медицина, но в этот момент появилась холера. Для европейцев это была новая болезнь, смертность от холеры была высока, но смертность от чумы и оспы не превысила, почти три поколения европейцев родились и выросли в годы холерных эпидемий.

Холера – острое инфекционное заболевание, основными симптомами являются сильная рвота и понос, имеющий вид рисового отвара, в результате чего быстро развивается обезвоживание организма, в течение 24 часов может наступить смерть. В результате обезвоживания организма и потери солей происходит падение артериального давления, начинаются судороги, одышка, понижение температуры тела (до 35–34°C и ниже), черты лица больного заостряются, глаза и щёки западают, язык и слизистые оболочки рта становятся сухими, голос сиплым. Нередко заболевание принимает характер эпидемий; однако в местах с хорошими санитарными условиями вспышки холеры встречаются крайне редко. Без медицинской помощи более чем в 50 % случаев болезнь заканчивается смертью больного. Холера известна с древнейших времён, исторический эндемический очаг — бассейны рек Ганга и Брахмапутры в Индии, что обусловлено влажным климатом, высокой плотностью населения, использованием необеззараженной воды для питья. Из Индии холера заносилась в другие страны, вызывая опустошительные эпидемии. С 1817 по 1926 было 6 пандемий продолжительностью от 6 до 23 лет каждая. Они охватывали Афганистан, Иран, страны Юго-Восточной Азии и Дальнего Востока, а затем распространялись на Африку, Европу, Америку. Пандемии

захватывали Россию, куда холера заносилась из Афганистана, Ирана, Турции сначала обычно в Астрахань, Закавказье, Среднюю Азию, затем в другие губернии. Только в 1848 году в России заболело свыше 1,7 млн человек, из них около 700 тыс. умерли. К 1926 году в результате социальных преобразований, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий холера в СССР была ликвидирована. Заражение наступает при попадании вибрионов в желудочно-кишечный тракт, главным образом с загрязнённой водой, пищей, возможен перенос возбудителя мухами. Наибольшую роль в распространении холеры играет водный путь передачи (вследствие спуска неочищенных сточных вод в открытые водоёмы, использования необеззараженной воды для питья, купания в загрязнённых водоёмах и т. д.).

Серьезными были социальные и культурные последствия, вызванные холерой, при этом особое потрясение вызывала сама картина заболевания. В считанные часы человек менял свой облик, покрывался «синюшной кожей» (отсюда название болезни «синяя чума») и умирал среди собственных экскрементов. Доктора были бессильны перед холерой, не имея представлений о причинах болезни и о способах ее распространения и лечения. Для защиты от болезни жители жгли костры, окуривали одежду и жилище, стреляли в воздух из ружей. В России крестьяне по ночам опахивали землю вокруг своих деревень и прибегали к магическим обрядам и заклинаниям. На этом фоне обострились социальные противоречия. Народ считал, что господа хотят с помощью холеры освободиться от лишних ртов, а высшие слои обвиняли народ в невежестве и нежелании выполнять рекомендации врачей. Активно распространялись слухи о всевозможных отправителях. В России начались «холерные бунты» – стихийные восстания горожан, крестьян, солдат во время эпидемии холеры 1830–1831 гг., которые были подавлены войсками. Власти прибегали к карантинам, что вызывало рост цен, запрету на свободу собраний, передвижений, принудительным захоронениям, но эти меры часто еще больше обостряли и без того сложную обстановку⁶¹.

⁶¹Барабанова К. С. Дневники и воспоминания как источник по истории холерных бунтов в Петербурге 1831 г. // Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16–17 мая 2011 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. С. Н. Полтарака. – СПб.: Полторак, 2011. – С. 46–49.

Вторая половина XIX века и начало XX века были временем бурных перемен в Западном мире. Быстрый рост населения, продолжающиеся процессы урбанизации и индустриализации, развитие средств сообщения привели в движение огромные массы населения, которые сдвинулись со своих привычных мест и устремились в поисках работы и пропитания в главные городские центры. В городах быстро росли трущобы, скученность населения, загрязненность воздуха способствовала распространению легочных заболеваний, настоящим бичом городской жизни стал туберкулез. Вода загрязнялась промышленными и бытовыми отходами, распространялись холера, брюшной тиф и другие болезни. Многие государства были вынуждены встать на путь санитарных реформ, одними из первых были Великобритания и Франция. Были созданы Санитарные советы, большое значение имела деятельность Флоренс Найтингел, которая известна как активная сторонница санитарных мероприятий. Гигиенисты с большим недоверием отнеслись к появлению бактериологии, с их точки зрения, эта наука делала все нововведения гигиенистов ненужными.

По сравнению с холерой туберкулез в XIX веке был еще более коварной болезнью. Р. Кох выявил возбудителя туберкулеза, и его тайна постепенно начала раскрываться. Болезнетворная бактерия может локализоваться в любой части организма и поражать разные органы и ткани. Легочная форма туберкулеза, которую в XIX веке называли « чахоткой » была самой распространенной. От туберкулеза умирало людей больше, чем от холеры, хотя ее эпидемии случались не каждый год, поэтому туберкулез называли не только « белой чумой », но и « капитаном всех смертей ». В начале XIX века от него страдали все классы общества, болели многие представители высших слоев населения, это придало болезни особый ореол благородства. Многие известные деятели культуры умерли в расцвете сил от чахотки, ею болели А. П. Чехов, З. Гиппиус и др. Как средство лечения стали популярными поездки на воды, это была особая культурная практика и особый мир, который достаточно подробно описан в художественной литературе. И все же наиболее часто чахотка встречалась в семьях рабочих, условия жизни способствовали ее распространению, это была

в большей степени болезнь бедноты, рабочих кварталов и трущоб. Улучшение условий жизни и трудовой деятельности, появление новых лекарственных препаратов, организация туберкулезных санаториев стали теми мерами, которые смогли приостановить развитие этого грозного заболевания.

Вторая половина XIX и начало XX века – время активного колониального владычества европейских держав, продолжавшегося вплоть до крушения колониальной системы. Ситуация с болезнями во многом повторяет историю эпохи Великих географических открытий. Но на этот раз европейцы проникли в глубь континентов, используя новые лекарства и знания о распространенных на этих территориях болезнях, тем не менее местное население страдало от болезней, занесенных ими. Клод Леви-Строс в работе «Первобытное мышление» приводит примеры трагического взаимодействия европейцев и местного населения:

«Чем же можно объяснить такое быстрое вымирание? Прежде всего, ввозом из западных стран болезней, против которых организм местного населения не мог бороться. Трагическая судьба племени урубу – одного из индейских племен Северо-Восточной Бразилии – весьма типична в этом отношении. В 1950 г., всего через несколько лет после того, как они были открыты, урубу заразились корью. За несколько дней из 750 человек умерло 160. Один из очевидцев оставил следующее описание этой эпидемии: «Первую деревню мы нашли покинутой. Все жители ушли из нее, так как были убеждены, что таким образом они избавятся от болезни, которая по их представлениям, была духом, нападающим на селения».

Жители этой деревни мы нашли в лесу. Почти все они стали жертвами болезни. Истощеные, дрожащие в лихорадке, лежали они под проливным дождем. Кишечные и легочные осложнения настолько ослабили их, что они не в силах были добывать себе пищу. У них не было даже воды, и они умирали не только от болезни, но и от голода и жажды. Дети ползали по земле, пытаясь сохранить огонь под дождем в надежде согреться; мужчины, сгорая от жара, не могли шелохнуться; потерявшие сознание женщины отталкивали тянувшихся к груди беспомощных младенцев».

«В 1954 г. на реке Гуапоре, разделяющей Бразилию и Боливию, было основано поселение для индейцев, в котором собралось 4000 человек из четырех различных племен. В течение нескольких месяцев все они погибли от кори.

Помимо инфекционных болезней серьезной проблемой является недостаток витаминов и пищи, а также болезни сосудистой системы, по-

вреждения глаз, разрушение зубов. Этих болезней местные племена не знали в то время, когда вели традиционный образ жизни; все они появились, когда индейцы стали жить в деревнях и перестали употреблять собранную в лесу пищу.

В таких условиях даже испытанные традиционные средства, например присыпка сильных ожогов древесным углем, перестали оказывать целебное действие. Даже эндемические заболевания приобретают столь пагубное воздействие на организм, что, например, глисты у детей начинают выходить через уши и рот»⁶².

Европейцы проводили вакцинацию против оспы, однако сталкивались с серьезными проблемами восприятия местным населением их добрых намерений. Так, например, в Индии жители категорически отказывались от вакцинации, потому что считали болезнь божеством, которое имеет право получать жертвы в лице людей. Они отрицательно относились к больницам, потому что там были вынуждены находиться представители всех каст, не воспринимали европейских врачей. Колониальная Индия дала многочисленные примеры разницы культурных традиций относительно болезней и медицины. Сходные ситуации наблюдались в Африке и азиатских странах.

Двадцатый век стал временем бурного потрясения для мира в целом. Мировые войны и порожденные ими бедствия, революции, крушение колониальной системы способствовали невиданным масштабам распространения болезней. Промышленное строительство в разных частях мира с привлечением рабочей силы из других стран, ее массовое перемещение способствовало распространению болезней. Новые виды транспорта быстро передавали вирусы болезней на дальние расстояния, обеспечивая, таким образом, их высокоскоростную доставку, вновь заявили о себе пандемии.

Настоящим испытанием для народов мира стала Первая мировая война. После ее окончания многие страны столкнулись с проблемами восстановления мирной жизни и преодоления последствий войны, но, пожалуй, в самой большей степени Россия, где началась гражданская война и ситуация с болезнями была наиболее критической. Страна была охвачена эпидемиями, широкое распространение полу-

⁶²Леви-Строс К. Первобытное мышление. – М.: Республика, 1994. – С. 32–33.

чили сыпной тиф, кишечные инфекции, скарлатина, дифтерия, малярия, легочная чума, наблюдались вспышки холеры и т. д. Во время и после окончания революционных событий новой власти приходилось уделять этим проблемам значительное внимание, поскольку без преувеличения можно сказать, что под угрозой оказалась судьба нации в целом. В Западной Европе в это время были свои достижения: практически полностью ликвидировали тиф, холеру, осипу, проводили кампании борьбы с сифилисом.

Отдельная страница истории болезней начинается в Германии с приходом к власти Гитлера. Защищая здоровье представителей арийской расы, как потенциальных переносчиков болезней стали рассматривать другие народы, в первую очередь евреев, славян, цыган. Были разработаны идеи геомедицины, которые привели к геноциду. Мир потрясли биомедицинские эксперименты, проводившиеся в концлагерях, испытание вакцин на заключенных, заражение их инфекционными болезнями и т. д. Болезни стали рассматривать в идеологическом контексте и использовать в политических целях.

Двадцатый век был ознаменован многочисленными открытиями в области медицины. Самыми значительными из них было выявление носителя сифилитической инфекции и синтез первого поколения препаратов против него. Получили новые знания о природе тифа, убедились, что тиф переносится вшами. Во время Второй мировой войны начали использовать антибиотики, которые имели революционные последствия для медицины и борьбы со многими заболеваниями. Послевоенный период был также чрезвычайно богат на открытия в области лечения болезней. Впервые в истории человечества многие болезни удалось победить или взять под контроль. Эти победы породили надежды на скорое избавление от всех болезней, но надежды оказались преждевременными. Человечество все еще зависит от болезней, они продолжают свое влияние на его историю.

Пришло время СПИДа, его появление еще раз напомнило, что время эпидемий и пандемий не прошло. У больных новым недугом наблюдался подавленный иммунитет, число смертей от него стремительно увеличивалось во всем мире. Параллельно с изучением этиологии заболевания встал вопрос о способах распространения,

тем более что этот процесс происходил очень быстро. Было установлено, что СПИД передается путем половых контактов и внутривенных инъекций, хотя страх рукопожатий, соприкосновение с чужим потом, укуса насекомого сохранялся среди населения очень долго. Боязнь заразиться от незнакомого партнера привела к изменениям сексуальных настроений в обществе в направлении некоторой целомудренности в интимных контактах, что было особенно показательно после сексуальной революции. Кроме того, стали поощрять моду на здоровый образ жизни, безопасный секс, контролировать уровень санитарии в медицинских учреждениях и т. п., эти меры выступали как своеобразные средства профилактики болезни. Вакцина против СПИДа еще не изобретена и большинство современных людей понимает, что от СПИДа не застрахован никто. При всей коварности заболевания, не СПИД является главной причиной смертности населения в XXI веке. На первое место выходят сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет, психические расстройства и т. д.

В современном мире многие болезни причисляют к глобальным проблемам человечества, для их решения создана Всемирная организация здравоохранения. По данным ВОЗ, к 2020 году депрессия выйдет на первое место в мире в структуре заболеваемости. Одним словом, миру еще предстоит борьба за освобождение от бремени болезней, тем более что в эпоху глобализации можно говорить и о глобализации болезней. Пандемии птичьего и свиного гриппа (даже если они таковыми не были, а использовались только для получения прибыли определенными кругами) являются яркими примерами распространения болезней в современном мире.

Роль болезней в истории имеет еще одну немаловажную грань – это болезни правителей, известных деятелей культуры, членов их семей и влияние этих, казалось бы, частных явлений на ход истории и различных культурных процессов. Этот аспект на сегодняшний день активно обсуждается в политических дискуссиях, а современных политических лидеров часто просят предоставлять свидетельства о состоянии здоровья. Однако Е. И. Чазов отмечает по этому поводу: «Поражает ..., что по сей день ни в одной из развитых стран мира нет законодательно закрепленного механизма, по-

зволяющего засвидетельствовать психическое здоровье кандидатов на высшие государственные должности»⁶³.

Значение имеет не только психическое, но и общее состояние здоровья, так американский президент Бурро Вильсон заболел знаменитым гриппом – «испанкой» – и больше года, оставшегося до очередных выборов, практически не мог руководить страной. Из современной российской политической практики памятен пример с болезнью Б. Н. Ельцина, породивший огромное количество откровенных сплетен и спекуляций его оппонентов. Сокрытие фактов такого рода часто вредит политической карьере, вводит в заблуждение население. Политические лидеры не стали здоровее, они такие же люди как все остальные, они болеют, но в период нахождения у власти об их состоянии здоровья говорить не принято. Хотя у населения эта сторона жизни вызывает неизменный интерес, особенно если есть какой-то повод, связанный с внешним видом, манерой поведения и т. п. О болезнях общественных деятелей обычно узнают после их ухода от власти или смерти. Например, такая масштабная и противоречивая личность XX века как А. Гитлер в этом отношении всегда вызывала интерес. Мир узнал только после смерти фюрера о его дрожательном параличе, боязни рака, бессоннице, экземе, проблемах с пищеварением, симптомах болезни Паркинсона и т. п.⁶⁴. Не трудно заметить, что современные политические деятели часто намеренно демонстрируют состояние своего здоровья, образ жизни, занятия спортом. Вероятно, полагая, что таким образом они не только добавят себе популярности, но их собственное здоровье опосредованно воспримут как гарант стабильности и спокойствия общества.

В обсуждении вопроса болезней исторических деятелей всегда есть проблемы с источниковой базой, то есть существует определенный недостаток объективной информации. Интересующие нас свидетельства, как правило, носят субъективный характер, базируясь в основном на воспоминаниях и мемуарах, как самих известных пациент-

⁶³Чазов Е. И. Как уходили вожди: Записки главного врача Кремля. – М.: Алгоритм; Эксмо, 2012. – С. 29.

⁶⁴Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 154–164.

тов, так и их окружения. Но и они могут предоставить важную информацию. Например, обсуждая, причину смерти императора Александра III, Н. А. Епанчин связывал ее с пренебрежительным лечением. Отмечал, что перед смертью император вел малоподвижный образ жизни, мало спал, по договоренности с супругой и врачами принудительно тушили свет в комнате у царя в 3 часа ночи. Вызванный из Берлина профессор Лейден сравнил его организм с засоренной печкой, из которой давно не доставали золу. Александр III к врачебной помощи относился своеобразно, например, бросал в ночную вазу окурки папирос, что не позволяло сделать анализы и т. п.⁶⁵. Показательны воспоминания П. Жильяра, бывшего наставника цесаревича Алексея Николаевича, они дают возможность всесторонне ознакомиться с малоизвестными страницами жизни царской семьи. Особое внимание П. Жильяр уделяет Алексею, так как считал, что его болезнь господствовала над всем концом царствования императора Николая II. С одной стороны, по его мнению, она вызвала появление Распутина, с другой стала причиной замкнутой жизни царской четы⁶⁶.

«Воспоминания о царской семье и её жизни до и после революции» Т. Е. Мельник (Боткиной) основаны на воспоминаниях её отца, лейб-медика Николая II Е. В. Боткина⁶⁷. Он был одним из немногих, знаяших тайну о неизлечимой болезни наследника, и его дочь показывает всю трагедию семьи императора на протяжении многих лет, надеявшихся и молившихся о выздоровлении Алексея. Бог отверг их молитвы, значит нужно найти праведника, который бы мог вымыть исцеление. Когда Григорий Распутин, сибирский крестьянин, молитвы которого, по слухам имели чудодейственную силу исцеления, явился в Петербург, императрица Александра поверила, что Бог наконец услышал её. Состояние здоровья наследника никогда широко не объявлялось, поэтому современникам невозможно было понять, почему Распутин приобрёл такую власть над императрицей.

⁶⁵Епанчин Н. А. На службе трех императоров. Воспоминания генерала от инфантерии. – М.: Наше наследие: Полиграфресурсы, 1996. – С. 67, 175.

⁶⁶Жильяр П. Воспоминания наставника цесаревича Алексея. 1905–1918. – М.: Центрполиграф, 2006. – 224 с.

⁶⁷Мельник-Боткина Т. Е. Воспоминания о царской семье и её жизни до и после революции. – М.: Анкор, 1993. – 206 с.

Вместе с тем многие так и не смогли составить правильного представления о самой императрице. Общество, не подозревая о её тяжёлых испытаниях, принимало её замкнутость, отрешённость от мира за нелюбовь к России и народу.

Перенесенная в детстве болезнь оказала влияние на видного политического деятеля и будущего правителя России А. Ф. Керенского. В шесть лет он заболел туберкулезом бедра. После медицинских консультаций ему надели ортопедический ботинок с элементами корсета и уложили в кровать на полгода. Свое интеллектуальное развитие А. Ф. Керенский особенно приписывал чтению в период неподвижности⁶⁸.

Показательно, что в дискуссиях на эту тему принимают участие представители медицинской общественности, осознавая важность влияния болезни на политические процессы в обществе. Так, уже цитируемый Е. И. Чазов, известный врач, который в течение двадцати лет (с 1967 по 1986 гг.) возглавлял 4-е Главное управление при Министерстве здравоохранения СССР, обслуживавшего высших руководителей Советского Союза, в своих воспоминаниях уделяет этим вопросам большое внимание. На его долю досталась забота о, мягко говоря, очень пожилых государственных деятелях, о членах правительства, которое в мире определяли как господство геронтократии или называли геронтологическим правительством. Частая смена возрастных руководителей на закате советского периода российской истории порождала много вопросов, в частности, по поводу их состояния здоровья и мнения врачей. С точки зрения последних, все было не так просто, врачи в определенной степени были заложниками этой непростой ситуации, где переплетались профессиональные, политические и этические аспекты общей проблемы. Ситуацию с рекомендацией на высший государственный пост К. У. Черненко главный кремлевский врач описывает следующим образом:

«Все-таки почему на Пленуме ЦК я не встал и не сказал, что Черненко тяжело болен и не сможет работать в полную силу, да и век его, как Генерального секретаря, будет недолг? Меня сдерживали не политические мотивы,

⁶⁸Керенский А. Ф. Россия на историческом повороте. Мемуары / А. Ф. Керенский. – М.: Республика, 1993. – С. 6–7.

как Устинова или Тихонова, не опасения, что во главе партии станет не Горбачев, а Громыко, а именно наша русская «интеллигентная скромность», если так можно назвать это состояние. Да, с позиции политического и общественного деятеля я должен был это сделать. А с позиции врача и просто человека, хорошо знающего Черненко, находившегося с ним в добрых отношениях, вправе ли я был пренебречь клятвой Гиппократа и выдать самое сокровенное моего больного – состояние его здоровья? Тем более что у нас нет никаких правил или законов, касающихся гласности этого вопроса. Да и вообще, как я буду смотреть в глаза сидящему здесь же в зале Черненко, говоря о том, что его болезнь неизлечима и ее прогноз очень плохой. Он знает о тяжести болезни, мы предупредили его о том, что он должен ограничить свою активность. И его долг – отказаться от этой должности. И еще. Весь состав Политбюро знал о состоянии здоровья Черненко. Но никто из его членов не решился по-товарищески рекомендовать ему воздержаться от выдвижения на пост генерального секретаря ЦК КПСС. Никто даже не задал вопроса о самочувствии»⁶⁹.

Болезнь, проявляющаяся в разных масштабах, от индивидуальной до эпидемий и пандемий часто оказывает воздействие на судьбы и творчество представителей культуры. Свою роль сыграла болезнь в жизни великого российского поэта А. С. Пушкина, причем в его случае это была не личная болезнь, а масштабная эпидемия. Вопреки планам, готовящемуся к свадьбе, Александру Сергеевичу пришлось задержаться в родовом имении Болдино на долгих три месяца. Знаменитая Болдинская осень в его творчестве была продиктована эпидемией холеры 1830-го года и установленными по этому случаю карантинами. Холера в буквальном смысле слова спровоцировала самый плодотворный период в жизни поэта⁷⁰.

Подводя итог, необходимо отметить, что каждая историческая эпоха помимо ассоциаций с важными историческими событиями, известными историческими деятелями ассоциируется с определенными болезнями. В памяти народа обычно на долгие годы и даже века остаются наиболее масштабные заболевания, эпидемии. Болезни не только приводили к демографическому упадку, экономическим и поли-

⁶⁹Чазов Е. Указ. соч. – С. 108–109.

⁷⁰Петров В. А. Холера в жизни и творчестве А. С. Пушкина (к 200-летию поэта) // Вестник Волгоградской медицинской академии. – 1999. – № 5. – С. 151–152.

тическим кризисам, но и способствовали развитию медицины, имели многочисленные социально-культурные последствия. Кроме того, болезни правителей, выдающихся людей прошлых эпох также оказывали влияние на ход исторического развития. В научных медицинских исследованиях, как правило, эти аспекты болезни не рассматриваются, но они имеют большое значение для воссоздания полной картины исторической действительности прошлых эпох и осознания последствий рассмотренных явлений и процессов в современном мире.

1.3. Болезнь и война: диалектика взаимодействия

По примерным подсчетам в течение письменной истории человечества только 292 года прошли без войн, в целом их произошло 16 тысяч. Они унесли огромное количество жизней, не только на полях сражений, но и в результате многочисленных болезней, неизменных спутников военного времени.

Война – экстремальное событие для любого государства и его населения. Начало военных действий приводит к перестройке многих сфер жизнедеятельности общества, в том числе медицины. Условия военного времени способствуют распространению болезней и эпидемий. Благоприятные для них условия создаются при массовых передвижениях больших групп населения: войск, беженцев из районов боев в тыл и пленных. Кроме того, война связана с массовыми разрушениями, в частности путей сообщения и жилищ, значительными ухудшениями жилищно-бытовых условий, ухудшением материального положения населения, голодом и т. п. Все это создает предпосылки не просто для распространения болезней, но и эпидемий. Достаточно часто распространение болезней связывают с развитием городов, торговли и торговых сообщений. Безусловно, этот путь не исключается, но становление торговых отношений включает в коммуникационный процесс не очень большое количество населения. В распространении болезней большую роль играли именно войны, причем как внутри страны, так и между странами, учитывая, в первую очередь, движение огромных масс людей. Если проследить в хронологическом порядке историю болезней и эпидемий с древнейших времен до нашего времени, можно убедиться, что именно войны были основным фактором в распространении болезней во всех странах и в разные исторические эпохи.

Средневековье традиционно считают временем широкого распространения болезней и эпидемий. В VI веке в Византии в правление императора Юстиниана в результате многочисленных войн, а также военных бунтов и крестьянских восстаний началась эпидемия чумы, известная в истории и истории медицины как «чума Юстиниана». В XIV веке, когда огромные пространства на Востоке были покорены монголо-татарами, а Европа находилась в состоянии войн, прокатилась очередная огромная по своей опустошительности эпидемия чумы. Первая вспышка сифилиса была отмечена в войсках французского короля Карла VIII, который зимой 1494–1495 гг. вел осаду Неаполя. После того, как осада была снята, наемная армия распущена, болезнь вместе с солдатами распространилась по всей Европе.

Болезни часто оказывали влияние на стратегию и тактику ведения военных действий. Во время Северной войны (1700–1721) Карл XII начал движение на Россию не через южную Прибалтику, которая полностью ему принадлежала, а окружными путями через Польшу и Украину. Прояснить эту ситуацию помогли факты из истории медицины. Оказалось, что в 1708–1709 гг. Карл XII в связи с объективной обстановкой в Прибалтике вынужден был вести наступательную операцию против России не с моря, а именно с суши, в обход поражённых чумой провинций. Более того, эти обстоятельства заставили полководца искать новых союзников, которых он надеялся обрести в лице украинской знати⁷¹.

Хрестоматийным примером является история с сыпным тифом в армии Наполеона во время военной кампании 1812 года в России. Перед вторжением Наполеон собрал огромную армию, лучшую по военно-техническому обеспечению. Достаточно быстро в армии начали распространяться болезни, а уже на территории России в войсках вспыхнула эпидемия тифа. Французские врачи не знали этой болезни и тем более ее связи со вишами. Французы понесли огромные потери, помимо потерь на полях сражений, что в конечном итоге закончилось гибелью армии. Это как раз тот случай, когда «генерал тиф» вмешал-

⁷¹ Сверкер Уредсон. Два правителя и их народы. Карл XII. – Режим доступа: URL: bibliotekar.ru/polk-16/3.htm.

ся в ход военных действий. С окончанием наполеоновских войн по Европе прокатилась волна эпидемий тифа, возможно, ставших следствием распространения болезни солдатами и участниками сражений. Крупнейшие пандемии холеры в XIX веке, охватившие почти все части света, также были связаны с военными событиями. Наиболее опустошительной была холера времен Крымской войны, потери от которой были больше, чем потери на поле боя, причем со всех противоборствующих сторон. Примеров такого рода в истории огромное количество; очевидно, что многочисленные болезни сопутствовали войнам всех времен.

Интересно, что в военных условиях часто проявляются благоприятные последствия для медицины в целом и для лечения отдельных болезней. Экстремальные условия заставляют работать быстрее, часто практически в условиях мозгового штурма делались важные открытия. История медицины имеет факты, когда именно военные действия способствовали открытиям или развитию целых направлений в медицине. Например, в Древней Индии была прекрасно развита хирургия, в том числе пластическая, часто это обстоятельство объясняют активным ведением военных действий и необходимостью оказания такого вида медицинской помощи. Прямая зависимость развития медицинских знаний и военных действий проявляется в стремлении врачей попасть в действующую армию в странах, где было запрещено вскрытие трупов, чтобы иметь более обширную практику и возможность лучше узнать строение человеческого организма. Общеизвестным фактом является развитие медицины и системы оказания медицинской помощи в Древнем Риме под воздействием военных целей и нужд. Не исключение и ситуация в сфере медицины России XVIII века, когда, в первую очередь, под воздействием военной политики Петра I началось формирование научной медицины и системы здравоохранения в нашей стране.

История войн часто связана с деятельностью конкретных врачей. Показательна профессиональная карьера Николая Ивановича Пирогова. Его известность и многие открытия была обусловлены результатами работы во время Крымской войны (1853–1856). Эта война была крайне неудачной для России в политическом,

дипломатическом, военном отношении, но принесла огромное количество открытий в медицинской практике. Н. И. Пирогов в ходе Крымской войны апробировал разнообразные методики, за что и считался основоположником военно-полевой медицины в России. Он впервые применил ректальный наркоз, гипсовую повязку в полевых условиях, впервые стал применять сортировку раненых, а также организовал женский уход за ранеными на театре военных действий, начали свою деятельность сестры милосердия и т. д. Н. И. Пирогов справедливо оценивал войну как «травматическую эпидемию»⁷².

Самыми опустошительными, масштабными по разрушениям, людским потерям были мировые войны XX века. Первая мировая война была страшна тифом, холерой, вспышками чумы, широким распространением сифилиса. Применение новых видов оружия, вызывавшего тяжелые психические расстройства, привело к необходимости введения в армии помощи врачей-психиатров. Первая мировая война устойчиво вызывает ассоциации с распространением «испанки»: пандемии гриппа. Вопреки названию, испанка началась в Америке, но очень быстро захватила европейский континент, поражая, прежде всего, молодое население, добавляя жертв и без того колоссальным людским потерям. Медики оценили природу гриппа как бактерийную болезнь (до 1933 года вирусный возбудитель гриппа был неизвестен), поэтому многие предпринимаемые меры были неэффективны. «Испанку» часто называют повторением Великой чумы XIV века.

Однако меньше всего от гриппа пострадали западные страны, свою роль сыграли предупредительные меры и уровень санитарии. Правительства стран, заинтересованных в сохранении боеспособности армий уже использовали достижения науки для предупреждения распространения заразных болезней в войсках. Во многом им это удалось. Но вместе с тем, когда армии на многих участках фронтов попадали в крайне неблагоприятные эпидемиологические условия,

⁷²Лебедева И. В., Каспрук Л. И. Н. И. Пирогов в годы Крымской войны (1853–1856) // Бюллетень Нац. науч.-исслед. института общественного здоровья. Материалы Международного симпозиума «Традиции и новаторство в истории Отечественной медицины», посвященного 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2010. – С. 43–44.

заболеваемость в войсках становилась достаточно высокой. Воюющие страны теряли от болезней больше людей, чем от ранений; в военное время болезни уносили значительно больше жертв, чем вражеское оружие. Среди болезней, в первую очередь, были распространены инфекционные.

Особенно сложное положение было в России, когда после революционных событий и выхода из Первой мировой войны началась гражданская война. Герберт Уэллс, посетивший страну в 1920 г., писал: «Громадная империя, которую я видел в 1914 году рухнула и разбилась вдребезги под тяжким бременем шести лет непрерывных войн. История еще не знала такой грандиозной катастрофы. Большевистская статистика совершенно честна... Смертность в Петрограде – свыше 81 человека на тысячу; раньше она составляла 22 человека, и это было выше, чем в любом европейском городе. Рождаемость среди недоедающего и глубоко удрученного населения – 15 человек на тысячу, прежде она была почти вдвое больше».

Новое большевистское правительство уделяло внимание борьбе с болезнями, вплотную этими вопросами занимался специально созданный Народный комиссариат здравоохранения (Наркомздрав). Анализируя ситуацию этого времени, М. Б. Мирский отмечает: «Только случаев сыпного и возвратного тифов в 1918–1921 гг. было зарегистрировано, по далеко неполным статистическим данным, около 10 млн. Под влиянием поразившего страну голода в 1921 г. приостановилось начавшееся было снижение заболеваний паразитарными тифами. В конце 1921 г. заболеваемость резко повысилась, а в 1922 г. увеличилась почти вдвое (221,9 на 10 тыс. населения против 119,1 в 1921 г.). В голодное время 1922 г. заболеваемость сыпным тифом на железнодорожном транспорте была в 28 раз больше, чем в самый неблагополучный год последнего перед войной десятилетия (в 1909 г. зарегистрировано 4704 заболевания) и в 369 раз больше, чем в наиболее благополучный год (в 1904 г. зарегистрировано 364 заболевания). Наряду с сыпным и возвратным тифами получили распространение холера и другие инфекционные заболевания»⁷³. Борьба с эпи-

⁷³Мирский М. Б. Медицина России X–XX веков: Очерки истории. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2005. – С. 393.

демиями проходила в очень трудных условиях: послевоенная разруха, голод, нехватка мыла, белья, бань, медикаментов, дезинфицирующих средств, в ужасающем состоянии находились жилища и транспорт. Неслучайно в 1919 году на VII Всероссийском съезде Советов В. И. Ленин выделил три ключевых проблемы того времени: война, голод, эпидемии. Его слова: «Или социализм победит вшей, или вши победят социализм!», – не были преувеличением. Совет народных комиссаров издал более 100 декретов направленных на борьбу с эпидемиями. В декрете «О санитарных органах Республики» были сформулированы права в области предупредительного санитарного надзора. Они были очень широкими, санитарным врачам предоставлялось право входа во все без исключения помещения с целью осмотра, можно было возбуждать дела в судах и привлекать виновных к ответственности. В 1924 году было принято постановление об обязательном оспопрививании, уклоняющиеся от вакцинации несли уголовную ответственность.

Первоначально основное внимание было направлено на борьбу с холерой, затем разработаны мероприятия по борьбе с тифами, дифтерией, «испанкой», оспой, чумой и другими заболеваниями. За эти годы был накоплен важный опыт. Особенно трудной была борьба с тифом, он был распространен на железных дорогах, поэтому на всех узловых станциях были открыты врачебно-изоляционные пункты, созданы «летучие санотряды», оборудованы специальные дезинфекционные поезда с банями и прачечными, созданы прививочные отряды. Уже в 1918–1925 гг. были созданы специальные научно-исследовательские институты, активно готовились квалифицированные кадры.

Трудной была борьба с чумой на юго-востоке России в 1917–1925 гг. На рубеже веков появилась гипотеза о роли степных грызунов в распространении чумного микробы. В дальнейшем исследования, продолженные в 1914–1918 гг. подтвердили гипотезу о прямой связи между чумными эпизоотиями и распространением эпидемий. Была выявлена группа степных животных – переносчиков чумы: суслики, мыши, верблюды. Среди важнейших причин распространения эпидемий ученые и врачи называли явления социального и культурного характера, в частности близкую связь кочевого населения и

животных. В 1921 году ситуация обострилась из-за голода. Обычно сусликов женщины и дети истребляли с целью защиты посевов, теперь была угроза, что их начнут употреблять в пищу, использовать в качестве лекарственного средства, также опасность представляла практика заготовки шкурок животных. В таких условиях огромное значение приобретала разъяснительная работа с населением. Распространяли листовки, а для неграмотного населения использовали рисунки, где изображался процесс заражения.

За скучными строчками учебников или статистических отчетов трудно представить все тяготы жизни не только военного, но мирного населения в те далекие годы. В этом отношении весьма информативны различные источники личного характера, являющиеся прекрасной иллюстрацией, дополняющей картину распространения и опыта переживания болезни. Вот что пишет Ада Федерольф в своих воспоминаниях:

«В 1918 году мы жили в Москве, в нашей квартире отопления не было, электричество давали на несколько часов. Было страшно голодно, и все, что можно обменять, было обменено на муку, крупу... На станциях был повальный тиф: сыпной, брюшной, возвратный.... Через несколько дней выяснилось, что у меня брюшной тиф. Надо было как-то меня лечить дома, потому что в больницу попасть было невозможно. Я сильно исхудала. Чтобы смягчить язвы, образовавшиеся в брюшной полости, нужны были питательные отвары и сливочное масло, а их, конечно, не было. Дело шло к концу. Спасти меня было почти невозможно. Отец говорил матери: "Дай ей умереть спокойно". Около кровати держали где-то выпрошенную толстую свечу, чтобы проверять мое состояние. Я осознавала, что умираю, при свете свечи мне мерещилась в углу столовой, куда меня переложили, большая мохнатая птица, распростершая могучие крылья. Птица смотрела на меня круглыми немигающими глазами. Иногда мне казалось, она доставала меня крыльями, и становилось легче дышать. Я знала, что, как только эти крылья накроют меня, я умру. Мама все время что-то делала со мной, переворачивала, натирала. Наступил кризис, за ним выздоровление...

И вот тут-то приехал в отпуск мой брат Володя. Он был покрыт вшами от затылка до пят, по дороге перенес возвратный тиф и чудом остался жив. Его заставили снять с себя все белье, которое сожгли в печке на кухне, и вымыться в тазу. А свежего белья для него не было, все сносили за годы Первой мировой войны, затем революции, вся промышленность, за исключением военной, стояла. Пришлось одеть его в женские рубашки и пантало-

ны; вид был такой комичный, что, несмотря на трудность положения, мы не могли не смеяться»⁷⁴.

Вторая мировая война 1939–1945 гг. отличалась от всех предыдущих небывалой концентрацией войск, невиданной разрушительной силой применяющегося оружия, разрушением промышленных предприятий, путей сообщения, городов и деревень, варварской жестокостью в обращении с мирным населением на оккупированной фашистами территории и огромными миграциями миллионных масс населения. Во время Великой Отечественной войны в нашей стране не было полного благополучия в отношении болезней. На территориях, оккупированных фашистскими войсками, жесточайшая эксплуатация и ограбление населения привели к полуоголодному существованию. Многие жители ходили из деревни в деревню в поисках пищи и приюта, людские передвижения наблюдались в связи с налетами карательных отрядов. Все это создавало благоприятные условия для распространения болезней. За три года оккупации заболеваемость сыпным тифом выросла в 26 раз, а в Белоруссии в 44 раза по сравнению с довоенным временем.

В отдельных тыловых районах, главным образом в первой половине войны наблюдалось некоторое повышение инфекционной заболеваемости. Это было связано с тем, что сотни тысяч жителей прифронтовых и промышленных районов были эвакуированы в тыл вместе с заводами, учреждениями, стадами животных, что привело к крайнему перенаселению многих городов и деревень в глубоком тылу. В результате возникали инфекционные заболевания сначала среди эвакуированных, а затем и среди местного населения. В воинских частях временами возникали отдельные вспышки инфекционных заболеваний, но они не принимали больших размеров и не вызывали значительных потерь. Заражение бойцов происходило в эпидемиологических очагах среди гражданского населения, а также за счет пополнения армии из тыловых частей. До поступления на фронт бойцы проходили длинный путь по железным и грунтовым дорогам. В пути

⁷⁴ Эфрон А. «А жизнь идет как Енисей...». Туруханская ссылка: из писем, стихов, рассказов, записей / Ариадна Эфрон. Рядом с Алей. Воспоминания; сост. С. С. Виленский, М. М. Уразова. – М.: Возвращение, 2010. – С. 287–288.

естественны нарушения санитарно-гигиенических норм, в результате чего среди маршевых частей возникали различные болезни. Опыт Великой Отечественной войны показал, что инфекционные заболевания могут быть завезены с фронта в тыл страны, например, когда среди эвакуированных раненых обнаруживались больные сыпным тифом.

В годы Второй мировой войны был аккумулирован опыт по борьбе с болезнями предшествующих лет и сделаны необходимые организационные и научно-методические выводы. Изучалась структура заболеваний, характерная для военного времени, этим же проблемам были посвящены теоретические исследования в медицине. В США был создан специальный комитет по тифу, в результате его работы было найдено средство для уничтожения вшей – ДДТ (дихлор-дефинил-трихлор-этан). Огромным достижением было открытие пенициллина, антибиотика, сыгравшего огромную роль в борьбе с инфекциями. В годы войны разработали огромное количество препаратов, методик, медицинских приборов, которые активно применялись и в послевоенное время. Например, с помощью антибиотиков началось настоящее наступление на сифилис, который веками считали наказанием за грехи плоти, теперь сифилис казался побежденным, число больных в мире этой венерической болезнью сократилось в несколько раз.

Медицина времен Великой Отечественной войны – особая страница в истории российской медицины. Были мобилизованы все возможные ресурсы – от переиздания трудов Н. И. Пирогова и досрочных выпусков врачей в медицинских вузах страны до новейших научных разработок в теоретической и практической медицине. Крупным достижением советских санитарных служб стало нераспространение эпидемий в блокадном Ленинграде, предотвращение вспышки холеры в Сталинграде и других инфекционных заболеваний после окончания Сталинградской битвы и мн. др. Однако нельзя сказать, что было полное эпидемиологическое благополучие армии и страны в целом. В. И. Бородулин отмечает, что «сведения, касающиеся эпидемиологической обстановки были засекречены и не публиковались; вместе с тем известно, что периодически наблюдались эпидемические вспышки паразитарных тифов и холеры. Так, летом и осенью 1942 г. диагноз холеры был подтвержден более чем у тысячи

больных в Гурьеве, Астрахани, Махачкале и ряде других городов, включая Сталинград (больше 100 случаев), куда была срочно направлена комиссия во главе с Т. Е. Болдыревым (начальник противоэпидемического отдела ГВСУ), С. А. Колесниковым (1-й заместитель наркома здравоохранения) и профессором-микробиологом З. В. Ермольевой; энергичными мерами удалось добиться прекращения вспышки в Сталинграде в рекордно короткие сроки – за 8 дней. Незначительность и кратковременность таких эпидемий позволяют говорить об исключительном успехе нашего здравоохранения в деле борьбы с инфекционными болезнями в годы Великой Отечественной войны»⁷⁵.

В годы Великой Отечественной войны для предотвращения эпидемий было сделано очень много. Действовала продуманная система эвакуации и лечения, были организованы дивизионные медпункты, специализированные госпитали, в том числе подвижные. При этом в отличие от предшествовавших войн больные в целом составляли меньшую часть потерь личного состава Красной Армии: это было следствием беспрецедентных успехов советского здравоохранения, противоэпидемической и терапевтической служб армии в борьбе с эпидемиями инфекционных болезней на фронте и в тылу. Четкая квалифицированная работа этой службы дала отличный результат: больше 90 процентов больных, поступивших в медсанбаты и военные госпитали, были возвращены в строй.

Настоящий подвиг в борьбе с болезнями совершили врачи и медицинские работники. Г. Ф. Ланг, один из основоположников советской клиники внутренних болезней, работал в блокированном Ленинграде консультантом в военных госпиталях, болел голодной болезнью (ее вежливо называли алиментарной дистрофией), к моменту эвакуации на «большую землю» в Москву потерял в весе 20 килограммов⁷⁶. Директор Первого Ленинградского медицинского института И. Д. Страшун вместе со своими студентами пережил 872 дня ленинградской блокады. Учил их мужеству, учил, как отвлекаться с

⁷⁵Бородулин В. И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX–половине XX века: цикл лекций. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – С. 98.

⁷⁶Бородулин В. И. Указ. соч. – С. 94–95.

помощью работы от постоянного чувства голода, сам он в это время работал над главами книги «Русский врач на войне»⁷⁷. Помимо этого тысячи врачей героически выполняли свой долг на фронтах войны, в санитарных поездах и госпиталях.

Много тягот перенесли во время войны студенты медицинских вузов. Студентка санитарно-гигиенического факультета 1 МОЛГМИ Голдобина М.П. вспоминала о своей работе в Белоруссии:

«Освобожденный от немцев город Гомель встретил нас, студентов IV курса санитарно-гигиенического факультета 1 МОЛГМИ, глубокой ночью... После первого «подворного» обхода мы были в шоковом состоянии. В каждом блиндаже на сплошных двухэтажных нарах размещалось по десять – пятнадцать человек, составляющих несколько семей. Внутри днем стоял сумрак (о состоянии воздуха говорить не приходиться!), а вечером зажигались светильники, сделанные из гильз снарядов... Основное внимание уделялось самому неблагоприятному в санитарном и эпидемиологическом отношении населенному пункту, где заболеваемость сыпным тифом можно считать достаточно высокой. При первом посещении блиндажей в каждом из них мы находили по два-три сыпнотифозных больных (причем в самый разгар болезни) и поголовную завшивленность... Из-за крайне тесного общения с людьми, имеющими большую завшивленность, мы часто находили вшей и в своем нательном белье, которое осматривали каждое утро (домой приходили затемно, а вечером освещения было недостаточным). И как следствие – переболели легкой формой сыпного тифа, несмотря на то, что были своевременно привиты до выезда на вспышку»⁷⁸.

Сталинградская битва, одно из величайших событий Великой Отечественной и Второй мировой войны, является примером победы не только на полях сражений, но и в борьбе с болезнями в условиях военного времени. Битва на Волге закончилась в феврале 1943 года, весной опасались начала эпидемии из-за возможного разложения трупов, чего благодаря усилиям властей, санитарных служб и стараний населения города не случилось. После окончания боев в Сталинграде была создана чрезвычайная комиссия, занимавшаяся захоронением трупов в городе и прилегающих к нему территориях. Комис-

⁷⁷Пальцев М., Сточик А. Аллея жизни // Наше наследие. – 1990. – № 6 (18). – С. 22.

⁷⁸Н. Т. Ергина. Высшая медицинская школа России, 1917–1953. – Ярославль: ИПК «Индиго», 2010. – С. 269.

ции предоставлялось право мобилизации транспорта, медицинского состава, привлечения воинских частей, местного населения. Исполком городского Совета мобилизовал население на санитарную очистку территории города, обязал органы здравоохранения взять под контроль питьевые источники, провести всеобщую обязательную прививку против брюшного тифа и оспы.

Однако в Сталинграде первые вспышки сыпного тифа были отмечены уже в декабре 1941 года. Причинами заболевания стали: скученность эвакуированного населения, загрязненность мест общественного пользования, особенно на железных дорогах, в поездах, нерегулярная работы бани, прачечных и дезкамер, нехватка мыла, нехватка персонала. Другим грозным врагом стала холера. Исследования этой болезни начались до войны, но особенно большую роль результаты исследований по холере сыграли в период Великой Отечественной войны в Сталинграде.

Из-за неблагоприятной санэпидобстановки летом 1942 года во время боев за Сталинград, началась эпидемия холеры на территории занятой немцами. Холера наносила серьезный урон захватчикам и в любой момент могла перекинуться через линию фронта. Для борьбы с холерой в Сталинград направили известного ученого-микробиолога З. В. Ермольеву, которая в 1940 году открыла бактериофаг, помогавший бороться с болезнью. Поезд с вакциной, направлявшийся в Сталинград разбомбили, пришлось срочно организовать лабораторию под землей. З. В. Ермольева и ее сотрудницы хлорировали питьевую воду, обеззараживали места хранения нечистот, делали прививки нескольким тысячам человек в день и т. п. За победу над холерой Зинаида Виссарионовна была награждена орденом Ленина, а затем представлена к Сталинской премии, которую она направила на строительство самолета-истребителя.

Эпидемии холеры удалось избежать, но два других грозных заболевания, сыпной тиф и туляремия как немецким, так и русским войскам наносили значительный урон. Источником туляремии были полевые и домашние мыши. В некоторых районах уборка урожая не была закончена до начала военных действий. С наступлением холодного времени года началась миграция грызунов в населенные пункты, землянки и окопы. Для борьбы с грызунами были сформированы специ-

альные военно-санитарные противоэпидемические отряды, организована охрана продуктов и колодцев. Однако для проведения вакцинации не хватало медицинского персонала и вакцины, в городе находились только 9 врачей, уцелела лишь одна небольшая больница. В феврале – марте 1943 года в Сталинграде были выявлены сотни случаев заболевания сыпным и брюшным тифом, а также цингой. В Сталинград была направлена группа врачей и среднего медперсонала. Были созданы 15 специализированных прививочных отрядов, развернута сеть больниц, поликлиник, лечебниц, изоляторов. Всему населению делались необходимые прививки, больным выделялись витамины и продукты питания. К работе по санитарной очистке города привлекались кроме населения, воинские части. Всего в районе Сталинграда к июню 1943 года убрано 147,2 тыс. вражеских трупов, захоронено 46,7 тыс. павших в боях советских воинов, более 11 тыс. трупов животных⁷⁹.

После окончания битвы в окружение попали 250 тысяч человек, около 90 тысяч были взяты в плен, в большинстве своем больные, истощенные, обмороженные люди. Проблемы со снабжением у группировки Паулюса начались еще задолго до начала советской операции «Уран». Недоедание было самой большой проблемой, минимальная зафиксированная норма выдачи хлеба была уменьшена до 200 г (минимальная норма хлеба в блокадном Ленинграде рабочим в конце 1941 года составляла 250 г). Второй проблемой был холод, зимние морозы, которые были непривычны для европейцев. Холод называли «тихим убийцей». Постоянное переохлаждение приводило к обморожениям и отморожениям, обострениям хронических заболеваний, проблемам с иммунной системой, пневмонии, заболеваниям почек, фурункулезу, экземе, любая царапина могла обернуться гангреной. Почти 60 процентов пленных имели обморожения 2-й и 3-й степени с осложнениями в виде гангрены и общего заражения крови. Одежда погибших или умерших немецких солдат быстро распределялась среди живых, таким образом, давая путь распространению болезней. Третьей проблемой были вши. Зафиксиро-

⁷⁹Сталинградский городской Комитет Обороны в годы Великой Отечественной войны: Документы и материалы // Серия «История Волгограда в документах и материалах». Т. 1 / Под. ред. М. М. Загорулько. – Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2003. – 920 с.

ван случай, когда с двенадцати военнопленных в госпитале было снято 1,5 кг вшей, в среднем 130 г на одного человека. Такая ситуация неизбежно приводила к росту заболеваемости.

Смертность среди военнопленных, которых планировали использовать на различных работах, беспокоила руководство СССР. В стране катастрофически не хватало рабочих рук, поэтому состоянию здоровья военнопленных уделяли значительное внимание, в соответствии с возможностями военного времени. Среди пленных были зафиксированы многочисленные заболевания: тиф, дизентерия, дистрофия, цинга, водянка, малярия, туберкулез, холера, туляремия и др. Были проанализированы причины ситуации, сформирована совместная комиссия Наркомздрава, НКО, НКВД и Исполкома союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Вот как описано физическое состояние военнопленных при поступлении их в лагерь № 97 МВД СССР:

«Прибывшая первая партия военнопленных 16–19 марта 1943 г. из лагерей Сталинградской обл. в количестве 1 095 человек имела 480 человек, больных сыпным тифом и дифтерией. Завшивленность военнопленных немцев была 100 %. Остальные военнопленные были в инкубационном периоде заболевания сыпным тифом. Все эти военнопленные были размещены в здании бывшего монастыря, т. е. помещениях, специально приспособленных под лагерь, и в лазарете при лагере.

Штат САНО на день прибытия военнопленных состоял из 4 врачей и 6 работников среднего медицинского персонала. Больные сыпным тифом и переболевшие им одновременно болели дифтерией. На борьбу с сыпным тифом и дифтерией был мобилизован весь личный состав управления лагеря; весь медперсонал лагеря был переведен на казарменное положение; в помощь к основным работникам САНО были мобилизованы студенты I и II курса Елабужской фельдшерско-акушерской школы в количестве 40 человек. На борьбе с инфекцией заразились и переболели гриппом и тифом три врача и три средних медработника»⁸⁰.

Г. Диболльд, врач немецко-фашистской армии, работая в лагере для военнопленных, оставил свидетельства огромных проблем и страданий пленных бойцов, взаимоотношений представителей медицинс-

⁸⁰Региональные структуры ГУПВИ НКВД – МВД СССР. 1941–1951: отчетно-информационные документы / под ред. М. М. Загорулько; Т. 5., кн. 1. – Волгоград: Издатель, 2005. – С. 673.

кого сообщества враждующих сторон и победы гуманистических ценностей в конечном итоге. Автор в буквальном смысле запротоколировал проблемы болезней военного времени, чьему помогали результаты анатомических вскрытий. Их начало было связано с приказом разобраться с причинами внезапной смерти среди военнопленных.

Выяснилось, что с солдатами 6-й армии происходило следующее: начиная с сентября личный состав сражавшихся дивизий получал в сутки не более 1800 калорий, то есть, по сути, находился на голодном пайке. Треть солдат переболели желтухой или кишечными расстройствами; на Дону многие заразились тифом или малярией. С конца сентября солдатам пришлось жить в окопах в открытой степи в сырости, под снегом и льдом. Пищевой рацион состоял из ста граммов черствого хлеба и некачественного мяса павших лошадей. Зимняя одежда становилась все большей редкостью. ... Тем не менее солдаты подбадривали своего генерала, говоря, что «после сентября неизбежно наступает май». Эти же солдаты, с лопатами в руках и с оружием на плечах, вдруг падали и без звука умирали.

Когда приехал патологоанатом, трупы были извлечены из земли и оттаяны. Были вырыты бункеры, оббиты досками и подготовлены для проведения патолого-анатомических вскрытий. Вот что они показали.

Под кожей и вокруг внутренних органов не было даже следов жировой ткани. Кишки были заполнены студенистой жидкостью. Наблюдалось малокровие всех внутренних органов. Костный мозг утратил свою красно-желтую окраску, превратившись в стекловидную желеобразную массу. Типичной находкой был венозный застой в печени, сердце было бурым и уменьшенным в размерах при расширении полостей правого желудочка и правого предсердия.

Непосредственной причиной смерти, видимо, было расширение правых камер сердца. Основными жалобами были: голод, истощение и отсутствие возможности согреться....

После того, как патологоанатом закончил свою работу, было созвано совещание дивизионных врачей, на котором обсуждали результаты вскрытий. На этом совещании я делал доклад, в котором пришел к следующим выводам: в мирное время слабость правого желудочка является причиной смерти пожилых людей, в Сталинграде же эта слабость стала причиной смерти молодых солдат, организмы которых преждевременно состарились в ужасающих условиях существования⁸¹.

⁸¹Дибольд Г. Выжить в Сталинграде. Воспоминания фронтового врача. 1943–1946 / Пер. с нем. А. Н. Анвасра. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2013. – С. 28–29.

Еще одна страница истории Второй мировой войны – до сегодняшних дней как случаи ужасающей жестокости против человечества приводят примеры медицинских опытов нацистских врачей и их отношения к больным. Нарушение профессиональной этики и гуманистических норм медицины сформировали резко негативное отношение к этим фактам, сделав их оценку нарицательной. Никакие благие прикрытия борьбы с болезнями, поиска крайне необходимых лекарственных средств не могут оправдать подобные действия представителей медицинского сообщества.

Как уже отмечалось, настоящим бичом Первой мировой войны был тиф. К началу Второй мировой войны сыпной тиф научились уверенно диагностировать, но еще не знали как результативно лечить. Обе стороны противников активно искали пути создания вакцины как против тифа, так и других болезней. Немцы рассматривали свои концентрационные лагеря как места, где удобно было проводить эксперименты, при наличии огромного человеческого «экспериментального материала». Нацистские эксперименты на людях начались – по крайней мере, официально – только после начала войны, что говорит о приоритете военных потребностей. Был проведен ряд опытов на людях с различными инфекционными болезнями, особенно с малярией, гепатитом, поскольку эти заболевания были часты в армейских и эсесовских частях в Южной России. Экспериментальная медицина приводила к страданию, боли и смерти людей, поэтому заключенные старались не попасть в лазареты, поскольку там они рисковали стать жертвами смертоносных экспериментов и медицинских испытаний. Только после окончания Второй мировой войны суд над нацистскими преступниками разоблачил и деятельность фашистских врачей⁸².

Несколько примеров из материалов Нюрнбергского процесса.

Из показаний свидетеля Рудольфа Гесса – коменданта Освенцима. Из стенограммы заседания Международного военного трибунала от 3 января 1946 г. Гесс: «В Дахау был врач военно-воздушных сил Рашиер, который делал опыты над заключенными, приговоренными к смерти, с целью определить сопротивление человеческого организма в камерах с сжатым воздухом и при низкой температуре».

⁸²Пол Вайндлинг. Тиф, паразиты и поиски вакцины в годы Второй мировой войны // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под общ. ред. Ю. Шлюмбома и др. – СПб.: Алетейя, 2008. – С. 267, 278.

Установлено, что немецкие военные власти преднамеренно, с целью распространения сыпного тифа, размещали сыпнотифозных больных вместе со здоровым населением, заключенным в концентрационные лагеря из населенных пунктов Полесской, Минской, Гомельской и других областей Белорусской ССР.

О. А. Шептунова из деревни Солоновое рассказывала: «Все население нашей деревни немцы согнали в деревню Воротынь, где было много больных сыпным тифом. Потом всех жителей деревни Воротынь вместе с больными отправили в концентрационный лагерь, находившийся в районе местечка Озаричи».

Фашисты размещали в лагерях у переднего края обороны не только здоровых и больных, переведенных из пересыльных пунктов, но и специально завозили в них советских граждан, больных сыпным тифом, из больниц и лазаретов.

Таким образом, преднамеренный завоз немцами тифозных больных в лагерь с целью распространения сыпнотифозной эпидемии среди советского населения неопровержимо доказан многочисленными показаниями советских граждан, которые были принудительно отправлены немецкими властями в концентрационные лагеря на 5, 7, 8, 9 день заболевания тифом.

Командование германской армии специально посыпало в лагеря у переднего края обороны своих агентов, которым было вменено в обязанность следить за распространением эпидемии сыпного тифа среди населения, а также среди Красной Армии.

В заключении судебно-медицинской экспертизы значится: «Судебно-медицинская комиссия... установила, что в целях заражения советских людей сыпным тифом:

а) германские власти поместили в концентрационных лагерях здоровых и сыпнотифозных больных советских граждан;

б) для более быстрого распространения сыпного тифа в лагерях немцы практиковали перевод сыпнотифозных больных из одних лагерей в другие;

в) в случаях, когда сыпнотифозные больные отказывались идти в лагеря, немецкие власти применяли насилие;

г) немецкие захватчики перебрасывали сыпнотифозных больных из больниц и смешивали их со здоровым населением в лагерях.

После освобождения района местечка Озаричи Полесской области от немецких оккупантов с 19 по 31 марта 1944 г. командование частей Красной Армии госпитализировало 4052 советских гражданина, из них детей в возрасте до 13 лет – 2370 человек⁸³.

⁸³Ни давности, ни забвения... По материалам Нюрнбергского процесса. – М.: Юрид. лит., 1983. – С. 113, 205–206.

Одним из обвинений, предъявленных нацистским докторам, было то, что они работали без информированного согласия участвовавших в эксперименте. Нюрнбергский трибунал предложил первые формальные рекомендации, направленные на защиту прав пациентов. Этические рекомендации, предложенные в Нюрнберге, стали прототипом современного принципа «информированного согласия». Трибунал также постановил, что добровольное согласие человека должно быть обязательным условием для участия в эксперименте или лечении. Человек, дающий такое согласие, должен иметь свободу выбора, согласие не может даваться под принуждением, а учёный обязан отказаться от эксперимента или остановить его проведение, если имеется угроза здоровью или жизни испытуемого. Позже эти рекомендации повлияли на разработку Хельсинской декларации 1961 года и последующих законодательных актов в этой области⁸⁴.

Все, что говорилось ранее о взаимосвязи войн и болезней касалось естественных условий их возникновения и развития в военное время. Но возможно и искусственное распространение эпидемий, и в истории такие примеры зафиксированы. Так, например, в XIV веке татарские войска, осаждавшие генуэзскую крепость Кафу (Феодосия), с помощью метательных орудий забросили в крепость трупы умерших от чумы, чем вызвали эпидемию среди защитников. При завоевании Америки англичане искусственно распространяли эпидемию натуральной оспы среди непокоренных индейских племен. Во время Первой мировой войны кайзеровская Германия засыпала в Россию, Румынию, Грецию и другие страны диверсантов, снабженных культурами различных болезней.

Таким образом, болезни использовались как бактериологическое оружие, поражающее действие которого основано на болезнестворных свойствах микроорганизмов – возбудителей заболеваний людей, животных и растений. Болезни и их производные, используемые для военных целей, неслучайно называют «болезнями в погонях»⁸⁵. Бактериологическое оружие относится к орудиям массового

⁸⁴Янгсон Р., Счотт Я. Медицинские ошибки, заблуждения и преступления. – Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс: «Издательский дом «Азбука», 2009. – С. 304–305.

⁸⁵Федоров Л. А. Советское биологическое оружие: история, экология, политика. – М.: МСоИС, 2006. – 302 с.

уничтожения населения и до сегодняшнего дня представляет серьезную угрозу человечеству. Оно обладает высокой боевой эффективностью, позволяющей поражать большие площади при малом расходе сил и средств. Для его снаряжения могут быть использованы возбудители таких заболеваний, как чума, холера, сибирская язва, ботулизм. В некоторых случаях для распространения инфекционных заболеваний используют зараженные предметы обихода: одежду, продукты, папиросы и т. д. Заболевание в этом случае может произойти в результате прямого контакта с зараженными предметами. Возможно также преднамеренное оставление инфекционных больных с тем, чтобы они явились источником заражения среди войск и населения. При разрыве боеприпасов, снаряженных бактериальной рецептурой, образуется бактериальное облако, состоящее из взвешенных в воздухе мельчайших капелек жидкости или твердых частиц. Облако, распространяясь по ветру, рассеивается и оседает на землю, образуя зараженный участок.

Биологическое оружие – запрещенное средство войны согласно Женевскому протоколу 1925 года, Конвенции о запрещении биологического оружия 1972 года. Тем не менее есть сведения, что перед Второй мировой войной империалистическая Япония и фашистская Германия тайно готовились к применению биологического оружия, что подтверждено на Нюрнбергском процессе и материалами судебного процесса в Хабаровске. Япония в 1939 году применяла некоторые виды биологического оружия против монгольских и китайских войск, а затем и против мирного населения Китая. В результате этого в ряде районов возникло несколько вспышек чумы и других опасных заболеваний. После Второй мировой войны разработка биологического оружия, методов и средств его применения получили развитие в США, Великобритании, Канаде, ФРГ, Израиле и некоторых других странах. Есть сведения о применении отдельных видов биологического оружия американскими войсками в 1966–1968 гг. во время агрессии в Южном Вьетнаме, в частности для уничтожения посевов риса и других сельскохозяйственных культур. В настоящее время активно обсуждают вопрос об угрозе биодиверсий со стороны стран Третьего мира и биотерроризме, случаи рассылки в конвертах порошка со спорами сибирс-

кой язвы (так называемые «конвертные атаки») являются едва ли не большей опасностью, чем применение биологического оружия на поле боя. Современные стратегические средства биологического оружия используют смеси вирусов и спор бактерий для увеличения вероятности летальных исходов при применении, используются, как правило, штаммы, не передающиеся от человека к человеку, чтобы территориально локализовать их воздействие и избежать вследствие этого собственных потерь.

Болезни, как одно из средств противоборства в военных целях, совершенствуются с технической точки зрения, кроме того, происходит их теоретическое осмысление. Так, например, М. В. Супотницкий разграничивает понятия «воздушитель инфекционной болезни» и «биологическое оружие», понимая под биологическим оружием техническое устройство, а не просто опасный микроорганизм⁸⁶. В случае нашего исследования эти нюансы не так важны, важно то, что болезни, так или иначе, продолжают свою историю в качестве одного из средств ведения войн или относительно мирного противоборства.

И еще один аспект проблемы, который частично обсуждался в предыдущем параграфе, состояние здоровья политических деятелей, тех, кто во многом определял ход исторических событий и исход войн. Например, в Ялтинской конференции (февраль 1945 года), рассматривавшей вопросы послевоенного устройства Европы и потому имевшей огромное политическое значение, принимали участие Ф. Рузельт, У. Черчилль, И. В. Сталин. Многие отмечают, что это была встреча трех уставших, немолодых и больных людей. Рузельт уже двадцать четыре года из-за проблем с бедреннойостью не смог самостоятельно передвигаться, его мучили проблемы с сердцем и кровообращением, руки тряслись, ему трудно было на чем-либо долго сосредоточиться. Он умер вскоре после возвращение из Крыма от кровоизлияния в мозг. Черчилль тоже был тяжело болен, казался неуверенным в себе, часто обсуждал все проблемы – в том числе и политические – со своим врачом. Боли в сердце, несколько воспалений легких, артериосклероз, признаки депрессии, потеря речи, частич-

⁸⁶Супотницкий М. В. Развитие биологического оружия еще не началось. – Режим доступа: <http://supotnitskiy.ru/stat/stat67.htm>.

но памяти... В случае с Черчиллем его болезни тщательно скрывали. Сталин был заядлым курильщиком, страдал от высокого давления⁸⁷. Однако, всем им предстояло вершить судьбы не только своей страны, но и практически всего человечества. Эти факты по большому счету позволяют создавать историю с человеческим лицом или историю в лицах. Экстремальные для стран обстоятельства, к числу которых нужно отнести войны, особенно обостряют проблемы осмыслиения состояния здоровья политических и военных лидеров.

Подводя итог, необходимо отметить, что болезни сопутствовали войнам всех времен, а войны способствовали распространению болезней. Во время военных действий болезни часто достигали масштабов эпидемий и пандемий. Изучение роли болезней во время войны имеет несколько ракурсов и контекстов, что позволяет создать более обширную характеристику интересующего нас феномена. Болезни и эпидемии выступали и выступают как фактор влияния на исторические события и принятие решений. В экстремальных ситуациях они объективно способствуют развитию медицины и системы здравоохранения в целом, часто формируют комплекс проблем этического характера. Новые методы ведения войн провоцируют необходимость решения новых проблем в лечении болезней и их последствий в различных сферах.

1.4. Художественные образы болезни

Тема медицины часто встречается в элитарной и массовой культуре. Писатели, художники, которые страдали из-за серьезных заболеваний или были свидетелями болезней других людей, включали этот опыт в свои произведения, пытаясь осознать смысл болезни и то, как ее переживают. Изображение вымышленных или автобиографических болезней влияют на человека и обеспечивают понимание способов, которыми болезнь переживается другими людьми.

Теоретики культурологии только начинают уделять внимание дискурсам, которые описывают и изображают впечатления, связанные с болезнью. В последнее время появился ряд разноплано-

⁸⁷ Циттау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их гореврачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 112.

вых работ, которые посвящены роли визуализации в науках, однако «подавляющая часть исследователей исходит из того, что изображения суть нечто большее, чем источники, знаки или просто иллюстрации. Ряд эмпирических работ посвящен особым функциям изображений в науке и технике, другие сосредоточивают свое внимание на взаимосвязи науки и искусства. До сих пор, однако, появилось всего несколько работ, в которых исследуется эпистемический статус научно-технических изображений, то есть их специфические функции и возможности в процессе познания»⁸⁸. Существует несколько распространенных способов художественной концептуализации болезни, рассматривая их, можно проследить, каким образом художественные и лингвистические представления изменяются вместе с социально-культурными факторами, которыми болезнь представляется в культурном поле.

Медицина развивается параллельно с обществом, присутствуя на всех этапах исторического развития. Сюжеты на медицинские темы имеются уже в наскальной живописи первобытного периода, до появления письменности. Деятельность человека в этой сфере нашла свое отражение в памятниках древнейших и последующих цивилизаций. Болезни, ужасы физического увядания, страдание и смерть всегда являлись сюжетной линией какой-либо жизненной драмы, их описание (особенно проказы, чумы, туберкулеза, рака, сифилиса и психических расстройств) привлекали внимание романистов, поэтов и драматургов многие столетия. Художники и писатели всех эпох описывали различные болезни, способы постановки диагноза и лечения, изображали обстановку больниц, медицинские инструменты, создавали представление о санитарно-гигиенических условиях, обсуждали этико-деонтологические проблемы медицины, запечатлели образ врача в разных эпохах и отношение к нему со стороны общества. Многие писатели были хорошо знакомы с этой темой, поскольку сами были докторами, например, Ф. Рабле, А. Чехов, У. Моэм, А. Конан-Дойль, М. Булгаков, В. Вересаев или были выходцами из медицинских семей, как М. Пруст, Г. Флобер и Э. Хемингуэй.

⁸⁸Хагнер М. История науки. Введение // Наука и научность в исторической перспективе / Под общ. ред. Д. Александрова, М. Хагнера. – СПб.: Алетейя, 2007. – С. 23.

Болезнь может использоваться как основная тема в произведениях художественной литературы, сосредоточивая внимание на силах, выходящих за пределы человеческого понимания. Болезнь и смерть традиционно использовались в романах как средство, с помощью которого можно рассмотреть психологическое развитие характеров или систематизировать события. Не приводя конкретные примеры (как иллюстративный материал эта тема используется достаточно широко), отметим, что в целом болезни в литературных текстах могут концептуализироваться как:

- знак божественных сил или пророчеств;
- проверка моральной устойчивости больного человека или общества;
- повторяющаяся метафора, характеризующая моральный и социальный упадок;
- видение общего социального несчастья;
- знак неспособности человека избежать предначертанной судьбы;
- знак эмоциональной, интеллектуальной или моральной странности или превосходства;
- средство искупления для падшего человека или изгоя;
- способ преувеличения боязни смерти, вопросы смертности или сложности жизни;
- чужеродная и необъяснимая сила, проникающая в жизнь человека и разрушающая ее и т. п.

Часто творчество писателя или художника связывали со страданиями от тяжелого заболевания. Считалось, что туберкулез, обычная причина смерти в XIX веке, стимулировал творческий импульс, подпитываемый ранними смертями от него таких известных литературных деятелей, как М. Шелли, Ч. Байрон и др. С приходом научной медицины писатели начали включать клинические описания болезней в свои произведения, что было связано с расширением медицинского дискурса относительно тела. Медицинское лечение, предписанное пациенту, представлялось испытанием, которое нужно пережить с помощью силы воли.

Активной сопутствующей темой относительно успеха лечения болезней является обсуждение в художественной литературе роли и значения профессиональной и общественной деятельности врача.

Произведения, затрагивающие обсуждение этой темы, можно разделить на две большие группы по постановке проблемы: какие врачи реально существуют и какими они должны быть. В обществе всегда существовал аксиологический образ врача, часто достаточно идеализированный. Художественная литература, с одной стороны, способствует его созданию, а с другой, пытается объяснить, почему конкретный врач бывает далеким от идеала. Писатели часто отмечают (и это мнение совпадает с точкой зрения большинства пациентов), что врач должен быть не только хорошим профессионалом, но и обладать целым рядом важных личностных характеристик. Классическим стал пример повести Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича», мастерски написанное произведение стали использовать в качестве иллюстрации при обсуждении вопросов деонтологии, для анализа не только взаимоотношений врача и пациента, но и отношения к больному со стороны его ближайшего окружения⁸⁹. Созвучные мысли, попытки найти ответ на важнейшие вопросы, существующие вокруг феномена болезни, можно обнаружить в произведениях как писателей предыдущих столетий, так и у современных авторов. Круг вопросов, рассматриваемых в художественной литературе настолько широк, что можно смело говорить о существовании медицинского литературоведения. Однако, как свидетельствуют представители филологии, «проблема пространства болезни, медицины, излечения в художественном тексте недостаточно исследована в литературоведении. Отдельные грани этой проблемы отражены в ряде работ, однако в целом это направление мало разработано»⁹⁰. Действительно, тема болезни в художественной литературе чаще используется в прикладных целях.

Тема медицины широко представлена в изобразительном искусстве, существуют специальные издания, позволяющие проследить

⁸⁹Фомин А. Н. Вопросы врачебной деонтологии в повести Л. Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича» (К 100-летию со дня выхода в свет) // Советская медицина. – 1986. – № 4. – С. 77–81.

⁹⁰Тропкина Н. Е. Типы и модели пространства в русской поэзии второй половины XX – начала XXI века // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Серии Педагогические науки, филологические науки, социально-экономические науки и искусство. – 2011. – № 8 (62). – С. 164.

развитие медицины, представление болезней и их лечение средствами живописи. Конкретные болезни специально не изображаются, они, как правило, показаны в контексте сюжета, какой-либо жизненной ситуации. Однако эти произведения активно привлекают внимание, в том числе медиков, которые по изображениям героев полотен прошлых эпох пытаются ставить диагноз, проследить отношение в обществе к какому-либо заболеванию, определить отношение к медицине, врачу. Некоторые художники уделяли этим вопросом особое внимание. Например, работы Рембрандта вызывают интерес врачей и хирургов. Он создал, по меньшей мере, 86 автопортретов – начиная с 15 лет и до последнего года своей жизни – в них прослеживается изменение его внешности в процессе старения и приобретенных заболеваний.

История портретной живописи свидетельствует, что стать человеком, достойным портрета, или быть в состоянии заказать портрет, долгое время было существенным показателем социального статуса. Это действие было важным моментом для врача как личности и как представителя профессии. Имеющиеся портреты медиков до появления фотографии однозначно показывали высокий статус представителя этой профессии. На его повышение, в первую очередь, влиял достигнутый успех в борьбе с болезнями. Можно выделить закономерность, выражавшуюся в увеличении количества портретов врачей в зависимости от успехов медицины. Традиция изготовления портретов была начата еще в эпоху древнейших цивилизаций, продолжена в античности, изображения врачей включались в некоторые средневековые рукописи. Особенно активно врачей начинают портретировать в эпоху Возрождения, время зарождения научной медицины, тенденция увеличивается в Новое время, достигая своего апогея в современном мире. Однако относительно современности следует иметь в виду не только портреты, выполненные средствами живописи, но и фотопортреты, информацию о врачах в средствах массовой информации. Интересно, что медицинская портретная живопись была кардинально мужской до повышения статуса профессиональной медицинской сестры, а позже включения в эту профессиональную группу женщин-врачей.

Тема болезни часто используется в популярной художественной литературе, кино и особенно в телесериалах. В них она обеспечивает необходимую эмоционально захватывающую тему для сюжетной линии. Особенно часто используются несчастные случаи, случаи насилия, самоубийства, убийства, психические расстройства, различные обстоятельства, связанные с беременностью и инфекционными заболеваниями. Новейшие открытия медицины и рассказы о людях, страдающих от болезни, регулярно появляются в заголовках газет и обеспечивают основу для радио и теленовостей, документальных фильмов, материалов Интернета.

В большинстве вымышленных телепрограмм медицинские работники с помощью новейших технологий и быстродействующих лекарств полностью и успешно вылечивают болезни. Статус доктора, чаще всего, показывается наличием белого халата, указывающего на авторитет и гигиеническую чистоту и стетоскопом, классическим символом медицинских технологий. Изображение докторов обычно представляет их великолукшими, знающими, авторитетными, способными контролировать жизни других. Иллюзия того, что доктора всегда все делают правильно и способны вылечить любую болезнь, отражена в большинстве сериалов, почти в каждом сценарии пациенты излечиваются от болезней, их показывают благодаря своим докторам перед выпиской из больницы.

В представлении популярных СМИ новейшие медицинские технологии представляются как примеры медицинского волшебства. Внешние атрибуты (сложное оборудование, мигающие лампочки, мерцание мониторов, графически изображающие пульс и т. п.) приуменьшают фигуру пациента. Она как в медицинских сериалах, так и в новостях или документальных фильмах показывается пассивно лежащей на кровати, связанной с оборудованием различными трубками, проводами и является чем-то средним между человеком и машиной. Избавление от болезни в таком положении в большей мере связывается с могуществом современной медицинской техники.

Несмотря на преобладание положительных фактов борьбы врачей с болезнями, в последние десятилетия ХХ и в начале ХХI веков увеличилось число изображений докторов, совершающих врачебные ошибки. В настоящее время чаще показывают случаи

профессиональной невнимательности, ошибок, оскорблений, нанесенные пациентам, мошенническое поведение и другие скандалы. Телесериалы показывают докторов с недостатками, принимающими неправильные решения под воздействием самых разных причин. Изображение врача принимает черты обычного человека, которому свойственно ошибаться и эта мысль настойчиво доносится до понимания пациентов или потенциальных пациентов. Вероятно, время величивания возможностей медицины и докторов, их успехов закончилось, к ним привыкли, воспринимают как данность и само собой разумеющуюся ситуацию. Преобладание критического изображения медицинской сферы в какой-то мере может быть связано с желанием улучшения ее функционирования, с большей долей участия самого пациента в излечении от болезней, зарождением медицинского права и т. п. Кроме того, рост социального недовольства, кризис социальной сферы заставляет все чаще возвращаться к традиционному вопросу: кто виноват? Легче это недовольство направить против стрелочника, к сожалению, вещи слишком хорошо знакомые в нашей истории, например, по «делу врачей».

По данным Т. В. Овсянниковой, самый крупный блок информации о медицине, излагаемый в печати, имеет негативный оттенок, обвинительный. Критический характер, прямые обвинения в адрес медицинского персонала разного уровня, санитарно-гигиенического состояния лечебно-профилактических учреждений и т. д. представлены очень широко. Положительная или нейтральная информация занимает в средствах массовой информации гораздо меньшую часть⁹¹. Такая ситуация, безусловно, может иметь объективный характер, но априори негативно оказывается на выстраивании отношений по линии «врач – пациент», настраивает на недоверительные отношения главных субъектов медицинской практики – врача и пациента, что оказывает влияние на представления пациента относительно лечения, появления сомнений в его результативности. Исследования более позднего времени отмечают, что халатность, медицинская не-

⁹¹ Овсянникова Т. В. Российские средства массовой информации о медицине и врачах // Гуманитарное образование и медицина: сб. научных трудов. – Т. 62, вып. 3. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – С. 49.

брежность и другие нарушения со стороны докторов находят свое место в новостях, также как и мастерство, опыт, преданность профессии и т. д. Однако в целом современный образ медицины и медиков размыт и противоречив, как и настроения в адрес медицины российского населения⁹². Вполне возможно, что такая ситуация характерна для модернизирующегося общества, к которому относится современная Россия. Безусловно, желательной тенденцией является преобладание положительного образа медицины и врача не только в средствах массовой информации, но и в жизни, помогая отдельному человеку и обществу в целом бороться с болезнями.

Таким образом, изображение болезней, прямо или опосредованно, активно присутствует в культуре. Но необходимо обратить внимание еще на одно направление концептуализации болезни в общекультурном поле. Медицину часто определяют как искусство, чтобы в первую очередь подчеркнуть и выделить специфику этой сферы деятельности, ее творческую составляющую. Кроме того, существует и так называемое «медицинское искусство», под которым понимают важные для медицинской практики артефакты. Художественное изображение медицины представлено шире, чем любая другая научная или техническая деятельность, причем обширный диапазон произведений создан непосредственно представителями медицинской профессии. Мы используем термин «медицинское искусство» вслед за М. Кемпом⁹³, хотя он может быть не совсем удачен. По его мнению, практически каждая эпоха и культура произвели то, что можно назвать «медицинским искусством». Любое изображение изменения состояния здоровья, изображение болезни, запечатленный опыт ее переживания может быть потенциально включен в это понятие. Это могут быть как большие иллюстрированные книги по анатомии, фотографии хирургических процедур, так и документальные или художественные фильмы, различные талисманы, иконы и т. п., оказывающие

⁹²Савельева Ж. В. Медицина и врачи в символической реальности средств массовой коммуникации: социальное конструирование образа российской прессой // Биоэтика. – 2011. – № 1(7). – С. 30.

⁹³Kemp M. Visualizations: The Nature Book of Art and Science. – Oxford University Press, 2000. – 220 p.

влияние на понимание природы болезни. В настоящее время существует журнал «Медицинская визуализация», служащий сугубо медицинским целям. Однако вполне возможно предположить, что через определенное время изображения, полученные с помощью компьютерного томографа, эндоскопической техники пополнят копилку медицинского искусства и будут восприниматься как свидетельства исследования и изображения болезни в историческом контексте будущими поколениями исследователей.

В данном сегменте медицинской культуры можно выделить как минимум два направления:

- наглядные профессиональные иллюстрации, имеющие значение для медицины (рисунки, фото, рентгеновские снимки, снимки УЗИ и т. п.);
- художественные и документально-публицистические произведения, созданные самими медиками (воспоминания, эссе, дневниковые записи, живопись и т. п.).

Для анализа произведений профессиональной медицинской тематики важно понимать каждое изображение в значении его собственного времени, хотя сегодня живопись, например, семнадцатого столетия может, на первый взгляд, походить на документальный репортаж. Необходимо учитывать, что такие картины работали в пределах их собственного контекста с учетом достижений и ценностей своего времени. Конечно, они могут быть восприняты и в более прямой современной манере, выстроенной через более поздние, иногда предвзятые мнения. Зритель, как представитель различных исторических или этнических культур, будет работать с визуальными изображениями в пределах своих представлений, которые могут полностью преобразовать первоначальный смысл изображения.

Для средневековой культуры описание болезни тела, ужасов его страданий вполне вписывалось в христианскую концепцию отношения к телу как греховному сосуду, страдающему за грехи плоти, и отражало эстетику того времени. Самыми популярными фигурами средневековой иконографии были: Иов, покрытый язвами и выскрывающий их ножом, Лазарь, сидящий у дверей дома злого богача со своей собакой, которая лижет его струпья. Обычно ярко описывали такие болезни, как сифилис и чума, само больное тело показывая-

ли как ужасное зрелище, воплощающее ужас. Традиционно изображали плоть, в которой присутствие болезни сразу же становилось очевидным для наблюдателей и самих больных.

К Ренессансу потребность понимания болезни выразилась в появлении картин, которые пытались изобразить тело изнутри и снаружи. Разрешение вскрывать трупы привело к необходимости не только изучения анатомии и патологии, но и фиксации новых знаний. Чрезвычайно востребованными оказались художники, они в этот период работали в тесной связи с анатомами и врачами. Появились картины, рисунки, зарисовки с широким и детальным информационным диапазоном, с точки зрения медицины. Эти иллюстрации могли убедить зрителей, что они фактически видели действительность. Так, известный рисунок Леонардо да Винчи плода в матке мастерски передает реальность, хотя сам художник отмечал, что нарисованное изображение никогда не может передавать полный эффект фактического объекта, видимого глазами. В целом в эпоху Возрождения сложилась уникальная ситуация взаимной востребованности художников и медиков. Докторам необходимо было запечатлеть увиденное при вскрытии трупов, сохранить полученные знания для последующих поколений, что невозможно было сделать без средств живописи в отсутствии привычных современных средств фиксации изображения, таких как фотография или видео. Художникам опыт сотрудничества с докторами также был полезен для правильного, реалистичного изображения человеческого тела, что было важно в эпоху Возрождения, в эпоху гуманизма, когда внимание было сосредоточено на человеке, не только на его духовном мире, но и теле.

Однако не всегда удавалось найти взаимопонимание в профессиональных интересах представителей врачебной профессии и художников. Даже в более поздние исторические эпохи врачи сетовали на присутствие некоторой профессиональной деформации у художников. Медики отмечали, что при создании рисунка важен правильный взгляд – натренированный взгляд анатома, а не взгляд случайного наблюдателя и не взгляд художника. Самюэль Томас Земмеринг, один из виднейших анатомов, был знаменит, не в последнюю очередь, благодаря своим чрезвычайно точным рисункам. Он писал: «Извес-

тно, что очень трудно найти такого рисовальщика, который, с одной стороны, в состоянии четко увидеть все то, что собственно, требует от него препаратор, а с другой стороны, не своещен и позволяет себя направлять. Большинство [рисовальщиков] передают второстепенные вещи, – например, неестественную, вызванную съёживанием в спирте, складку – [...] с такой тщательностью, которая идет в ущерб действительно важным участкам. Некоторых художников просто невозможно приучить видеть только то, что следует изобразить, а мелочи, которые к делу не относятся, или тем более чистые случайности, – пропускать»⁹⁴.

Художественная эстетика и научный прогресс постоянно оказывали влияние на медицинские изображения, так, например, в книгах по анатомии мужские тела, которые использовались для демонстрации, часто принимали вид античных богов, напоминали известные фрагменты древней скульптуры, изображались в героических римских позах. Изображение женских фигур часто напоминали образы Венеры. С укреплением позиций механики как науки человеческое тело начали изображать с помощью различных механизмов: его представляли как будто созданным из колес, зубцов, подвесок, клапанов, металлических полос и других составляющих. Желание познать человеческий организм и его строение стимулировало развитие и использование различных техник, технологий и технических приспособлений в медицине.

В XIX веке доктора начали специально заказывать портреты своих пациентов для того, чтобы запечатлеть признаки той или иной болезни, задокументировать ее, сохранить важную медицинскую информацию. Хотя и в ранние периоды многие художники изображали болезнь. Сохранились древние и средневековые изображения практики странствующих дантистов, брадобреев, продавцов микстур, шарлатанов от медицины. Жанр различных медицинских образов развивался постоянно. Картины И. Босха и П. Брейгеля часто изображают безумие, причем эта традиция изображения умалишенных берет начало от средневековья и сохраняется до девятнадцатого столетия, в том числе с изображением обитателей сумасшедших домов. Большое внимание этой теме уделял ан-

⁹⁴Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под общ. ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И. Сироткиной. – СПб.: Алетейя, 2008. – С. 143–144.

глийский художник У. Хогарт, он запечатлел различные виды безумия. В этом ракурсе медицинское искусство может передать человеческую трагедию и в то же самое время быть полезной для медицины. С развитием медицины спрос на различные иллюстрации такого рода повышался, многие из них служили своеобразными инструкциями для врачей.

Большое значение имело появление фотографии, она позволяла удовлетворить растущий спрос расширяющегося мира профессиональной медицины. К концу XIX века с развитием фотографии многие доктора начали документировать проявления заболевания у своих пациентов с ее помощью. Пациенты регулярно позировали перед камерой, показывая признаки заболевания, – так накапливался необходимый материал, фиксировались знания в различных областях медицины. Часто для этих целей использовали представителей незащищенных слоев населения, таких как: преступники, проститутки, бедняки, душевнобольные и т. п. Они должны были быть сфотографированы в интересах медицины, расширяя технику наблюдения в медицинской профессии. Практика документирования болезни с помощью фотографии остается центральной в медицинской литературе, особенно в медицинских журналах, учебниках. В настоящее время лица пациентов обычно скрываются, а другие части тела методично снимаются, часто в цвете и с откровенными деталями ради интересов теоретической и практической медицины.

Различные изобразительные средства активно использовались для объяснения природы и профилактики болезней на протяжении истории. Такие методы были особенно важными среди неграмотного населения. В нашей стране одним из первых их предложил использовать М. В. Ломоносов. В начале XX века, в годы гражданской войны и послевоенные годы изобразительные средства вновь доказали свою состоятельность, активно использовали искусство плаката, листовок, буклетов, где главными средствами воздействия и информации являлось не слово, а рисунок или фотография. До сегодняшнего дня использование этих средств широко представлено в различных медицинских учреждениях, с ними можно ознакомиться, например, ожидая очередь на прием к врачу.

Помимо фотографий для документирования болезни в настоящее время используют компьютерные изображения, изображения,

полученные с помощью микроскопа, рентгена, ультразвуковые исследования, томографии и т. п. Фотографии использовались и используются достаточно широко, большое значение имело появление цветного фото, положение улучшилось с появлением цифровых техник фотографий. В настоящее время средства массовой информации часто демонстрируют какие-либо проявления болезни. Специальные медицинские программы могут показать пульсирующие внутренние органы человека, которому делают операцию, иллюстраций такого рода в большом количестве можно найти в Интернете.

Обычным явлением в современной жизни стала медицинская реклама. В ней часто используется образ человеческого тела, его графическое разделение, демонстрируются отдельные части. Они иногда трансформируются и искажаются вследствие техники дизайна. Механическая модель тела, которая представляет органы, конечности, биологические процессы как механические части, получила очень широкое распространение. Многие рекламные сообщения избегают прямой ссылки на форму или внешний вид человеческих органов, а используют их символичное изображение для обозначения процессов, происходящих в теле. Таким же образом изображается болезнь или боль, как нечто инородное, часто механическое, имеющее вид стрелы, молотка, электрического разряда и т. п. Конечной целью таких изображений, как правило, является желание донести информацию для непрофессионалов, пациентов настоящих или будущих, родственников людей, страдающих от каких-либо болезней. Такие безобидные приемы, тем не менее, часто могут сформировать вполне конкретное отношение к явлениям медицинской практики. Например, показывая на макетах беременную женщину и отдельно от нее плод, последний начинает рассматриваться как самостоятельное образование, что, в свою очередь, может повлиять на формирование социальных представлений о связи материнского организма и плода, на принятие решений относительно абортов или дискуссий о правах эмбриона. Описано и современные фотографии с изображением людей, больных СПИДом, часто создают впечатление того, что СПИД – это смертельная болезнь. Такие фотографии, как правило, изображают людей, больных СПИДом обезображенными, истощенными этим синдромом. Визуальный образ болезни часто служит для создания стереотипа.

Разнообразные достижения в медицине, хирургическая техника, использование высоких технологий в медицине и т. п. часто показываются в развлекательных программах с высоким рейтингом, на первых полосах газет и популярных медицинских журналов. Компьютерная графика и электронные микроскопы изобразили, например, вирус СПИДа в трех измерениях, в цвете и т. п. Такие изображения, представляющие доступ к самым глубинам тела, в настоящее время изменяют клинический взгляд до красочного пейзажа внутренностей человека. Полученные с помощью эндоскопа и другой медицинской техники знания стали активно использоваться не только в тематических документальных программах, но и в художественных фильмах, литературе, повседневной культуре. Эта информация позволяет изображать внутренности тела как форму некого внутреннего космоса. Создаются фильмы о путешествии человека по своему телу, появились игрушки для детей в виде беременной куклы, в которой можно видеть и плод и т. п.

Интереснейший пласт культурного наследия профессиональной медицины представляют художественные произведения, созданные самими медиками. Их творчество является яркой иллюстрацией осмысливания медицинских проблем, таких как: роль врача в обществе, трудности постановки диагноза, взаимоотношения врача и пациента, вопросы организации здравоохранения и т. п. У медиков-писателей болезнь или больница, как место действия, часто присутствует как сюжетообразующая линия. Часто главными или второстепенными героями становятся врачи или другие медицинские работники, отмечается повышенное внимание к физиологической стороне жизни, а также часто употребляемые медицинские термины. Врачи-писатели представляют на суд читателей свои произведения и в настоящее время. Не вдаваясь в оценку художественных достоинств, приведем пример из современных литературных новинок произведения Т. Соломатиной, в частности ее «Приемный покой» с подзаголовком «Врачебный роман». Заметим, что автор не просто врач по образованию — она занималась клинической медициной, имеет ученую степень. Роман отчасти производственный, с большим количеством профессиональных терминов, но ярко передает реалии современной медицины.

Такая ситуация характерна не только для России. Выдающийся английский писатель Арчибалд Джозеф Кронин врач по образова-

нию. Оставив врачебную практику, он создает серию литературных произведений, где отражены медицинские проблемы («Цитадель», «Путь Шеннона», «Юпитер смеется» и др.). Обладая острой наблюдательностью и медицинскими знаниями, А. Кронин дал достоверное описание отдельных заболеваний, которые могут быть прекрасными иллюстрациями к медицинским лекциям, а в некоторых случаях и руководством к действию для молодых врачей. Это, прежде всего, детальное и точное описание в медицинском отношении истерии, скарлатины, дифтерии, тифа, легочных заболеваний у шахтеров, тиреотоксического криза, сопровождающегося психозом. Интересны эти описания и с точки зрения истории медицины, т.к. клиническая картина многих заболеваний и ее трактовка со временем изменились. В его произведениях затрагиваются проблемы профессионального становления врача, закономерные ошибки, переживания и даже растерянность и неуверенность в своих силах и знаниях. Эти чувства и проблемы интернациональны и неподвластны времени⁹⁵.

В книге воспоминаний литератора-врача Ю. З. Крелина на первый план выходят болезни и смерть его коллег по обеим профессиям. Все болезни хирургического профиля и некоторые другие он самым тщательным образом описал от момента постановки диагноза до выздоровления или смерти больного. В своей ипостаси «инженера человеческих душ» Ю. Крелин наблюдает не только за телом, но и за душой больного и делает следующее, возможно, и спорное обобщение: «Человек познается в болезнях. Вообще-то больной, слабый неминуемо становится эгоистом. Иначе он может не выжить... И все же насколько Он как больной бывает в тягость, такой Он есть и здоровый, но в глубине души своей»⁹⁶.

Существование значительного количества врачей-литераторов неизбежно повлекло за собой попытки проанализировать и объяснить ситуацию. Вот одна из любопытных точек зрения, М. Маклиллен отмечает: «Врачей и писателей объединяет интерес к жизни людей, для

⁹⁵Ионов А. Английский Чехов // Медицинский вестник. – 2011. – № 17–18 (558–559). – С. 23.

⁹⁶Крелин Ю. З. Извивы памяти: Врачебное искусство. – М.: «Захаров», 2003. – С. 102.

обеих профессий важен жизненный опыт. Установление диагноза приравнивается к созданию текста, а основной единицей медицинской эпистемологии является рассказ. Когда врачи становятся писателями, они всего лишь переносят свои истории из одной области в другую»⁹⁷.

Примеры такого рода можно привести из области изобразительного искусства. Жан-Мартен Шарко, выдающийся клиницист, проявлял особый интерес к заболеваниям нервной системы, в его клинике недолгое время работал З. Фрейд. Многие понятия и термины, которые используются в современной медицине, носят его имя (болезнь Шарко-Мари-Тута, сустав Шарко, триада Шарко, душ Шарко, походка Шарко, артерия Шарко). Сам Шарко был дипломированным художником и часто делал детальные зарисовки пациентов. Он готовил иллюстрации к своим научным работам, коллекционировал картины, гобелены, иконы и барельефы, изображавшие больных с неврологическими расстройствами. По материалам своей коллекции он издал две книги: «Безумие в искусстве» и «Уродства и болезни в искусстве». Серьезно занимался психологией художественного творчества и посвятил этой проблеме цикл научных статей. Известное заключение «Талант подвижен» из века в век и из одной исторической эпохи в другую подтверждают представители медицины. История знает нескольких хирургов, которые стали выдающимися художниками (сэр Чарльз Бэлл, Генри Тонкс и др.). Л. Ауэнбруггер, у которого был великолепный музыкальный слух, предложил метод выступления (перкуссию). Врач К. И. Гибенталь увлекался лепкой, впервые в мире открыл гипс для хирургической практики и т. д. Остается только согласиться с мнением хирурга Бильрота (дружил с Й. Брамсон, был музыкально одаренным человеком), который как-то сказал, основываясь на своем богатом знании исторических личностей: «В великих естествоиспытателях и врачах всегда есть что-то мечтательное, фантастическое, какое-то стремление к всеобщему и, как правило, тяга к искусству, часто они были в то же время и поэтами, художниками, музыкантами»⁹⁸.

⁹⁷ Неклюдова Е. «Воскрешение Аполлона»: literature and medicine – генезис, история, методология // Русская литература и медицина: Тело, предписание, социальная практика. – М.: «Новое издательство», 2006. – С. 24.

⁹⁸ Кречмер Э. Гениальные люди. – СПб: Гуманитарное агентство «Академический проект», 1999. – С. 169.

Документально-публицистические произведения врачей, их воспоминания, эссе, дневниковые записи – это своеобразная летопись медицины, летопись борьбы с болезнями. Эти произведения позволяют увидеть личность врача, описывают откровения врачей о профессиональных ошибках и неудачах, судьбах пациентов, своих терзаниях и находках, – это тоже бесценное наследие медицины. Интересным является факт некоторого совпадения тем, подходов в произведениях такого рода российских и зарубежных врачей разных времен (С. П. Боткин, Н. Амосов, Б. Лаун и мн. др.), что позволяет говорить о существовании инварианта набора личностных качеств врача независимо от происхождения и принадлежности к врачебным школам. Документально-публицистические произведения врачей через личные переживания авторов способствуют их более гуманному восприятию с человеческими слабостями и горем. Кого оставят равнодушными признания великого С. П. Боткина о болезни жены: «В здоровье ее никакой перемены к лучшему не произошло, напротив, лихорадка продолжает ее жечь, она жестоко ослабла, побледнела и похудела. Вся она стала как восковая, при ней я едвадерживаю себя от рыданий, которым даю волю, уходя в горы; я реву, как ребенок, чувствую и вижу всю тяжесть положения и вижу все свое бессилие»⁹⁹.

Изображения болезни и опыта ее переживания самыми разнообразными средствами и разными людьми являются показателем того, каким образом общество относится к конкретному заболеванию. Создание стереотипов болезней и страданий через художественные образы влияет на то, как относятся к заболеванию и больному человеку другие люди, усваивается пациентами, выстраивающими собственное восприятие болезни. Многие образы болезни остаются относительно постоянными на протяжении веков, на них незначительно влияет изменение медицинских и непрофессиональных взглядов. Интерпретируемое с таким усмотрением художественное наследство медицины обеспечивает ценные свидетельства не только истории и практики медицины, но также человеческих ценностей, без которых медицина в целом теряет свое предназначение.

⁹⁹Будко А. А., Шабунин А. В. Великий Боткин. Сердце, отданное людям. – СПб.: ВММ МО РФ, 2006. – С. 136–137.

1.5. Метафора болезни

Традиция использования и исследования метафоры берет свое начало с античности, прежде всего, от Аристотеля, развиваясь в рамках риторики и поэтики¹⁰⁰. Под метафорой понимают перенесение свойств одного предмета на другой на основании признака, общего или сходного для обоих сопоставляемых явлений. Метафора существует благодаря ассоциации, с помощью сравнения двух неассоциированных друг с другом объектов, сосредотачивая внимание на особенностях, которыми они напоминают друг друга. Метафора обретает форму восприятия, тождественности и опыта, заходя за пределы обычной ассоциации, вызывая в воображении различные значения. Метафора является важным компонентом языка и речи, но и в научном познании оказывается чрезвычайно продуктивным, позволяя проследить в том числе и распространение научных знаний в повседневной культуре. Согласно Дж. Лакоффу, метафорическое выражение рождает сознание, а не язык¹⁰¹. Хосе Ортега-и-Гассет в работе «Две главные метафоры» отмечает, анализируя данный феномен: «Мы нуждаемся в ней не просто для того, чтобы, найдя имя, довести наши мысли до сведения других, – нет, она нужна для нас самих: без нее невозможно мыслить о некоторых особых, трудных для ума предметах. Она не только средство выражения, но и одно из основных орудий познания»¹⁰². Особое применение метафора имеет в медицине.

Метафоры используют медицинские работники в своей повседневной деятельности. Существуют специальные издания, систематизирующие этот опыт. Например «Метафоры и терминологически устойчивые выражения в медицине: Словарь-справочник», – это первый словарь-справочник метафор и терминологически устойчивых выражений, которыми пользуются врачи-практики различных специальностей при описании симптомов, синдромов, заболеваний. Мета-

¹⁰⁰Аристотель. Пoэтика // Аристотель. Сочинения в 4 т. Т. 4. / Пер. М. Л. Гаспарова. – М.: Мысль, 1984. – 830 с.

¹⁰¹Лакофф Дж., Джонсон М. Метафоры, которыми мы живем // Теория метафоры. – М.: Прогресс, 1990. – С. 387–415.

¹⁰²Ортега-и-Гассет Х. Две главные метафоры. – Режим доступа: <http://orel.rsl.ru/nettext/foreing/ortega-i-gtasse/kant/html>.

форы, используемые в медицинской практике, выглядят следующим образом: «Макаки ухо» – деформация ушной раковины, при которой наблюдается сглаженность завитков или «Вольтеровское лицо» – лицо треугольной формы, сморщенное, носогубная складка глубокая, челюсти и скулы выступают, подбородок заострен, щеки западают, наблюдается при гипотрофии III степени. Название связано с тем, что все эти признаки запечатлены на скульптурном портрете Вольтера и т. п.¹⁰³. Эти образные описания часто являются более информативными, чем описания, созданные при помощи строгой медицинской терминологии.

Человек формирует свою картину мира при помощи метафор, в том числе медицинских. Достаточно часто в языке используются выражения «вскрывать нарывы», «ампутировать без сожаления», «плить горькие лекарства», «исцелять словом» и т. п. Кроме того, такие изначально по своей сути медицинские термины, как толерантность, иммунитет, шизофрения, бред, паранойя, паразит, реанимация и мн. др. прочно вошли в обыденную речь; употребляя их при описании ситуаций повседневной жизни, мало кто задумывается об их первоначальном медицинском смысле. Но мы обратимся к использованию метафоры обычными людьми непосредственно в медицинском контексте.

Люди, пережившие болезнь, часто прибегают к метафорическому дискурсу для того, чтобы концептуализировать и сформулировать для самих себя и для других свой опыт. В контексте болезни метафоры позволяют людям пересказать свои физические ощущения более конкретно. Это может быть вызвано нехваткой лингвистических выражений для эффективного описания чувств и ощущений тела. Использование метафор в медицинском контексте неудивительно, так как метафора активно используется во всех сферах вербальной коммуникации и служит цели концептуализации мира, определением понятий реальности, созданием сферы субъективности.

Метафоры широко используются в практике психотерапии. По мнению Н. Пезешкиана, «...многие притчи, истории, народная мудрость, будь они восточные или западные, издавна выполняют

¹⁰³Метафоры и терминологически устойчивые выражения в медицине: Словарь-справочник / Авт.-сост. А. П. Дьяченко. – Мн.: Новое знание, 2003. – С. 55, 164.

две функции: они служат общению и в то же время – это способ народной психотерапии. Эти функции я стараюсь использовать в психосоматической медицине»¹⁰⁴. Автор приводит множество примеров использования метафор относительно различных заболеваний: первая анорексия и булимия – перебить аппетит, сыт по горло, кожа да кости остались, не переваривать кого-либо; ожирение – лучше полный желудок, чем полный рот забот, ненасытная утроба; болезни позвоночника – сломать хребет, согнут судьбой, несгибаемый человек; заболевания крови – кровь стынет в жилах, исходить кровью, высасывать кровь, это вошло в мою кровь и плоть, кровь вскипела в жилах. Большое количество метафор относится к заболеваниям сердца – принимать близко к сердцу, это разрывает мое сердце, сердце разорвалось от радости, груз лежит у меня на сердце; чистосердечно признаться, удар в самое сердце, у него мягкое сердце, скрепя сердцем, иметь что-то на сердце, привязан всем сердцем, замерло сердце, делать что-либо от всего сердца, камень упал с сердца и т. п.

Существует обратное соотношение: как различные понятия и вещи используются для описания болезни, так и болезнь используется для описания каких-либо явлений. Метафорические образы не бывают политически нейтральными, они широко используются в борьбе вокруг спорной позиции, в ходе дискуссий лингвистическая стратегия используется очень активно. Метафора нужна, чтобы актуализировать какое-либо социальное явление, превратить то, что вызвало проблему в очевидное и понятное многим людям. Например, для описания беспорядка, быстрого распространения революционных событий использовали выражение «зараза революции», характеризовали коммунизм как «рак общества», распространение какой-либо неугодной идеи как «вредоносного микробы». «Большевистская зараза» после революции 1917 года было очень распространенным словосочетанием как в нашей стране, так и за рубежом. Прилагательное «клинический» стало метафорой для передачи впечатления чистоты и эффективности.

¹⁰⁴Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Медицина, 1996. – С. 34–35.

Подобная тенденция характерна и для иностранных языков. Слово «инвалид» в английской языке имеет смысл потери полноценности. Используется одно и то же слово для описания просроченного паспорта, неподтвержденного соглашения, недействующего правового документа, проездного билета и человека, который стал нетрудоспособным, беспомощным вследствие болезни. Каждое из описанных явлений называют *invalid* (инвалид), чтобы быть инвалидом нужно быть недействительным человеком, человеком, на которого поставили клеймо «недействительный» (*not valid*). В настоящее время по отношению к больному человеку чаще используют определение *disabled person*. Проблемы с использованием терминов также характерны для нашей страны. Имеет место устойчивая тенденция вместо термина «инвалид» употреблять понятие «лица с ограниченными возможностями», однако в официальных документах по-прежнему применяется определение «инвалид». Например, существует государственный закон «Об инвалидах», медико-социальная экспертиза, которые присваивают людям с нарушением здоровья ту или иную группу инвалидности и т. п. В западных обществах, где развиты традиции гражданского общества и толерантности, активисты привлекают внимание к этим проблемам более широко и активно.

Можно выделить тематические определения метафор относительно тела и болезни. Архитектурные метафоры часто использовались для описания тела – тело как дом, как крепость, как строение, клетка, обитатель, коробка и даже гроб. Глаза описывались как стражи, живот был кухней всего дома. Отверстия и каналы тела по-разному описывались: как двери, проходы и мосты, с трещинами и дырами в крепости нашего тела, необходимыми для того, чтобы ее обитатели видели окружающий мир. Избавление от человеческих экскрементов считалось нормальным и необходимым, случайная или хирургическая рана вызывала выход жизненной теплоты или души, позволяла войти в контакт с тлетворным внешним воздухом. Тело в целом рассматривалось как постоянно находящееся под угрозой извне. Благодаря архитектурным метафорам тело становится строением, упорядоченным и контролируемым человеком. Поэтому средневековый врач контролировал контакты между внешним миром и внутренним содержанием тела, защищая его как жилой дом от вторжения дикой природы.

Болезнь, здоровье и религия на протяжении веков были тесно связаны, поэтому неудивительно широкое распространение религиозных метафор в медицине. Тело часто изображали творением божиим, храмом, который необходимо держать в чистоте, непорочности иноместном порядке. Медицинские метафоры также использовались для описания религиозного опыта: о грехе говорилось, что он «лечится», «исцеляется» Христом, «целителем» нашей души. Слова «здоровье» и «спасение» были взаимосвязаны. Здоровье, хороший ночной сон или излечение от болезни указывали на знак благосклонности Бога, но начало болезни вызывало беспокойство и чувство вины, греха, медицинские средства часто назывались «дарами Бога».

Начиная с эпохи Возрождения, медицина проявляет тесную связь с естествознанием. На формирование механистической метафоры, как и на развитие механистической концепции в медицине большое влияние оказали философские взгляды Р. Декарта. Декарт широко применял методы анатомирования трупов животных и человека. В результате он стал рассматривать тела животных и человека в духе своего времени, как сложные машины, повинующиеся законам механистического движения. В основе его физиологии человека лежит теория кровообращения У. Гарвея, значение которой Декарт понял сразу после ее опубликования. С открытием Гарвееем кровообращения сердце начали сравнивать с насосом. Это механистическое понимание сердца отразилось и на представлении о нем как о мышце, которая перекачивает кровь, разнося кислород по всему телу.

Гениальные догадки о функции сердца появлялись задолго до открытия У. Гарвея. По мнению римского врача Галена, сердце играло роль печки в большом механизме. Метафоры, которые Гален использовал для описания сердца, отражали современный ему уровень развития производства. Вероятно, Гарвей не смог бы сделать своих открытий без механистической картины мира. Подобно Галену, жившему на полторы тысячи лет раньше, Гарвей находится под воздействием метафор своего времени. У Гарвея появилась метафора, которой не было у Галена, — *насос*. Во времена технической революции Гарвей был окружен механическими насосами и техническими изобретениями, в частности — водяными насосами для горнодобывающей промышленности и тушения пожаров. И когда он

обнаружил ритмические сокращения сердца и движение крови по артериям, как по трубам, аналогия с насосом возникла само собой. Гарвей действовал согласно следующему принципу познания: *метафора + эксперимент = истинна*. Он проводил опыты и на себе, приложив палец к артерии, быстро определил, что кровь течет в одном направлении (а не туда и обратно). Так был открыт путь к пониманию внутренней функции сердца во взаимодействии с другими органами, в особенности печенью и легкими. Гарвей мыслил механистически и по принципу аналогии: механика давала ему метафорический арсенал и язык, необходимый для того, чтобы выяснить, как работает сердце¹⁰⁵. Это открытие демонстрирует неразрывную связь между языком и сердцем в физиологическом смысле.

Ятродиагностики (ятромеханики) стремились для всех происходящих в организме процессах найти механическое объяснение. Леонардо да Винчи функции мышц, дыхание, работу сердца и других органов объяснял с позиций механики. Анатом А. Везалий, примыкавший к ятродиагностикам, в своем классическом труде уподоблял суставы, кости и мышцы шарнирам, блокам и рычагам, сердце – насосу, железы – ситам и т. п.¹⁰⁶. Это была попытка заменить волю Господа познанием законов природы. У Андреаса Везалия и ятродиагностиков были свои еще более ранние предшественники. Эрасистрат, греческий врач (период эллинизма), высказывал мнение о том, что человек подобен машине: сердце – насос, который на входе и выходе контролируют створчатые клапаны; печень, почки и мочевой пузырь – фильтры; развитие организма – механический процесс, который осуществляется через триаду – нервы, вены, артерии¹⁰⁷. Понятие «зашлакованность» использовалось уже египтянами, обеспокоенными состоянием кишечника, от которого, по их мнению, зависело общее состояние здоровья. Показательно, что метафоры болезни активно присутствуют на страницах учебников по истории медицины, демонстрируя, таким образом, свою включенность в научное поле.

¹⁰⁵Хейстад Уле М. История сердца в мировой культуре от Античности до современности / Пер. с норвеж. С. Карпушиной, А. Наумовой. – М.: Текст, 2009. – С. 226.

¹⁰⁶История медицины / Заблудовский П. Е. [и др.]. – М.: Медицина, 1981. – С. 94.

¹⁰⁷Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – С. 148.

Со времен промышленной революции, механическая метафора особенно часто используется при описании болезни и тела. В медицинском дискурсе присутствует язык технологии, представляя внутреннюю работу тела как двигатель внутреннего сгорания, машину, приводимую в действие батарейкой, или водопровод. Представление о сердце как о насосе, который может сломаться и который снабжает низким или высоким давлением, настолько прижилось, что уже не считается метафорой. Сердце само по себе – сильная метафора для выражения эмоций, проблемы с сердцем часто связывают скорее с эмоциональными, чем с физическими причинами. Часто используют такие представления о функционировании сердца, как «пал духом», страдает «с легким» или «с тяжелым» сердцем, может умереть от «разбитого сердца», вызванные, прежде всего, эмоциональными расстройствами.

Даже когда загадки человеческого тела были разгаданы медицинским анатомированием, вековое метафорически-механистическое понимание тела и болезни не было преодолено. В литературе XIX века излюбленной темой были сцены разрушительных последствий научных экспериментов. В романе ужасов Мэри Шелли «Франкенштейн, или Современный Прометей» был описан способ, с помощью которого Франкенштейн создает искусственную жизнь, собирая различные части тела. Новый человек оказывается чудовищем, потому что у него механическое сердце. Эта фантастическая история вызывает прямые ассоциации с современной пересадкой органов, а современная кардиохирургия вполне вписывается в этот сценарий.

Активно используются механические метафоры в научном дискурсе. «Мозг Эйнштейна является мифическим объектом: парадоксально, но величайший ум изображается как сверхсовершенный механизм, человек непомерной интеллектуальной моши изымается из сферы психологии и помещается в мир роботов; как известно, в научной фантастике сверхчеловекам всегда присуща некоторая овеществленность»¹⁰⁸. Вымыщенные персонажи (сверх люди или инопланетяне) часто изображаются в виде роботов, человеческого тела

¹⁰⁸Барт Р. Мифологии / пер. с франц. С. Зенкина. – М.: Изд-во им. Сабашниковых, 1996. – С. 133–134.

с механическими деталями, наделенными способностями управлять собственным электрическим излучением и т. п. Механике в целом приписываются неограниченные возможности и способности в области медицины в том числе.

Механистическая метафора устойчива во времени. В рамках одного только круглого стола о наномедицине неоднократно упоминается механистическая метафора, которая демонстрирует ее использование в научном дискурсе. В. И. Моисеев, рассуждая о другой проблеме, отчасти эту ситуацию объясняет: «Сегодня во многом потеряна целостная материалистическая трактовка живого организма, господствует жесткий физико-химический редукционизм. На этом фоне сегодня представления о живом организме как о биологической машине, инженерные модели отношения между врачом и пациентом в медицине являются господствующими»¹⁰⁹. Или Х. Э. Мариносян: «Фундаментальные категории „жизнь“ и „смерть“ потеряют свою онтологическую антиномичность. Смерть будет представляться всего лишь как техническая поломка, которую легко будет устранить с помощью обычного к тому времени «nano/ремонта»¹¹⁰. Или В. М. Розин «...сейчас есть две разные концепции здоровья. Одна – медицинская, когда здоровье противопоставляется болезни и здоровый человек понимается как исправный механизм, а больной как поврежденный. На эту концепцию и работает наномедицина. Она предлагает новый ресурс, связанный с исправлением этого испортившегося механизма»¹¹¹. Прошли столетия с момента появления механики, внедрения механической метафоры в медицину, однако она активно присутствует в научном дискурсе, на новом витке технологической революции.

Сегодня мы говорим «подзарядить батарейки», «короткое замыкание», «выжаты, как лимон». Активно используем метафоры часового механизма – «Я завелся», «Что им движет?», гидравлические

¹⁰⁹Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол // Философские науки. – 2010. – № 2. – С. 80.

¹¹⁰Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол // Философские науки. – 2009. – № 9. – С. 10.

¹¹¹Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол //Философские науки. – 2009. – № 9. – С. 14.

метафоры – «сдержанные эмоции», «быть переполненным эмоциями» при обсуждении процессов, происходящих в человеческом теле или поведении человека. Понятия «засорения», «очистки», «выведения шлаков» предполагают аналогию между человеческим организмом и автомобильным мотором. Медицинская реклама активно использует механистические метафоры: «Суставы – это идеальные природные шарниры, по прочности и долговечности превосходящие все искусственные механические творения». Механические метафоры включают идею о том, что отдельные части тела, как и детали машин или механизмов, могут сломаться или прекратить работать, а также могут быть заменены. Отсюда важность открытия в медицине – возможность использования механизмов для ремонта самих механизмов. Таким образом, многочисленные современные достижения медицины, такие как: использование сердечного электростимулятора, пластиковых суставов, слуховых аппаратов, – поддерживают и усиливают этот образ в современной культуре.

Биоинформационная метафора близка по сути к механической и может быть связана с открытием генетического материала, ДНК и введением термина «генетический код». Молекула ДНК стала рассматриваться как «матрица». Сформировался образ тела как системы, похожей на механическую, которую можно увидеть на экране монитора и легко понять, расшифровав код. Эти метафоры в определенной степени приуменьшают человека в сравнении с кодом ДНК. Они представляют тело человека, как состоящее из множества взаимозаменяемых частей, полагая, что тело подлежит технологическому ремонту в интересах развития «совершенного» человека. Болезнь начинает видеться как продукт биологического наследия, находящегося внутри человека, и поэтому требующая внедрения технологий, чтобы «подкорректировать» неправильный код, тем самым, отвлекая внимание от изучения социального контекста заболевания.

В конце XX века, в связи с произошедшей компьютерной революцией, распространяется идея о человеческом организме, как о компьютерной системе. Получило развитие метафорическое отношение между компьютерами и людьми, в которых компьютеры очеловечиваются (например, говорят, что у них есть «память»), а люди представляются как «органические компьютеры». В результате ком-

пьютерной метафоры тела стали киборгами, а болезни рассматриваются как внедрившиеся разнообразные, в том числе трудноизлечимые вирусы. В повседневной жизни, особенно в молодежной среде, компьютерная метафора распространена наиболее широко. Она представлена в следующих выражениях: «я уже зависаю» – описывая степень усталости; «файл стерп», «мозг хранит информацию», «внутренняя файловая система», «сеть памяти» – о состоянии памяти; «загрузился по полной программе» – о разнообразных ощущениях от степени насыщения пищей до определения размеров полученной информации и т. п. Активно обсуждается и проблема использования чипов, которые могут служить различным целям: от контроля за состоянием здоровья до определения места нахождения психически нездорового человека.

Язык войны очень часто встречается в современных медицинских и лечебных дискурсах: «Итак, первая задача медицины – политическая. Борьба против болезней должна начинаться как война против плохого правительства»¹¹². Военная метафора касается рака, инфекционных болезней, СПИДа и мн.др. Иммунная система описывается как защита или осада против захватчиков, с которыми сражаются, им «сопротивляются», «убивают» белые кровяные клетки таблетки и хирургическое вмешательство. Такие метафоры встречаются не только в литературе, имеющей отношение к медицине или индивидуальному лечению, в рекламе крупных оздоровительных кампаний, адресованных большой части населения, но и в художественных произведениях, в повседневном общении. Л. Улицкая в предисловии к своему произведению «Человек попал в больницу» пишет: «В больнице врачи – офицеры, медперсонал – сержанты, а больные – солдаты. Неслышимая война – изматывающие бои за жизнь ребенка и, в конечном итоге, за его счастье – происходят рядом с нами. Каждый день». В повседневной речи, когда кто-либо описывает свое самочувствие, часто можно встретить выражения о том, что болезнь или боль стреляет. Военная метафора в настоящее время часто встречается в рекламе различных лекарственных препаратов: «Ударим по боли», «Нанесем боли удар» и т. п. Военная метафора имеет такое влияние в дискурсе болез-

¹¹²Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – С. 67.

ни в обществе потому, что обращается к необходимости мобилизации всех сил организма в случае чрезвычайного положения, осуществление всего возможного для выживания. В рекламе часто используют образы, описывающие болезнь в форме «противника», вооруженного копьем или колчаном со стрелами, которая уходит своими корнями на много столетий назад, в средние века.

Врачи используют метафоры войны для описания своих усилий, средства используемого языка позиционируют их как своеобразных «генералов» в борьбе с болезнью. Военная метафора часто преобладает при упоминании СПИДа. Наиболее часто встречающиеся при этом выражения следующие: «вирус побеждает», «движущаяся мишень», «почему война против вируса оказалась такой трудной?», «вирус атакует именно те клетки, которые должны защищать организм от них», «познать торжество врага» и т. п. Использование таких метафорических систем активно проникает и в научный дискурс при описании СПИДа.

Пациенты, давая автобиографические описания болезни, также часто используют метафору войны: «моя личная война с болезнью началась два года назад», «я был мобилизован болезнью», «с началом болезни, я чувствую себя как на войне», «я должен победить в этой войне в болезнью» и т. п.

Медики сами могут использовать сложные метафорические системы для описания своей работы и пациентов. Штайн, работая медицинским антропологом в американском госпитале, занимался изучением, как медики обращаются со своими пациентами. Со своей позиции, он определил ряд обычных метафор в западной медицине, включая военные, спортивные, технологические/инженерные/механические, относящиеся к жизненному циклу, религиозные, экономические, о свободе; мужественности/женственности, о времени. Эти системы метафор встречаются как на неформальных, так и официальных обсуждениях среди докторов, в разговорах докторов с пациентами, на медицинских семинарах и конференциях, в рекламе медицинских препаратов, в статьях из медицинских журналов, в описаниях медицины и болезней в СМИ¹¹³.

¹¹³Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies. – London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. – P. 67–81.

Медицинские работники в больницах постоянно говорят о себе, как о «находящихся на передовой», говорят о необходимости «быть агрессивными» с пациентами, использовании «терапии пулеметного огня». Они обычно описывают работу в приемном покое, как «на поле боя», «в траншеи», пациентов называют «бойцами». В произведении В. Аксенова «Коллеги» читаем: «Так или иначе, они прошли сквозь ночь. Сегодня они впервые побывали там, на рубеже жизни и смерти. *Вели бой* и вернулись усталые, опустошенные и в тоже время наполненные чем-то новым.... Они будут стоять и двигаться в разных местах земного шара, куда они попадут, с главной и единственной целью – *отбивать атаки болезней и смерти от людей*, от веселых, беспокойных, мудрых, сплоченных в одну семью существ» (курсив мой – Л. М.). Медики видят себя сражающимися не только с болезнями, но и с миром медицинской системы, своими коллегами, пытаясь представить свою работу как труд «победителей», никогда не позволяя терять контроль или совершить ошибку в клинике.

Как и СПИД, рак вызвал появление множества метафорических систем, в большей степени благодаря своей серьезности, загадочности и отсутствия гарантировавших успех медицинских средств в борьбе с ним. Название болезни само является метафорой, произошедшей от латинского «*сгав*» (рак), означает разрастающуюся опухоль. Рак обычно представлялся голодным животным, разъедающим тело. Эта метафора подтверждается частыми объяснениями причин смерти больных с онкологической патологией со стороны обычных людей: «рак съел». В отношении рака встречается как победоносный и обнадеживающий дискурс, выражавшийся в победе над ним, который чаще распространен в рекламах фирм, лечащих рак или предлагающих лекарства против него, так и безнадежный дискурс, в котором можно поставить знак равенства между раком и смертью. На рак часто ссылаются, как на зло или как на «вещь», «кару», «невидимого врага», определяют как «современную чуму», которая приняла новые формы в истории человечества. В средствах массовой информации в репортажах о раке могут использовать самые разнообразные метафоры: военные и религиозные, спортивные и военные, они изображают «героическую борьбу» и «достижения» против этого заболевания. Таким образом, создается впечатление о необходимости консолидации всех усилий в борьбе с этим грозным заболеванием.

Сьюзан Сонтаг опубликовала два важных эссе, рассматривающих современные метафоры о болезнях и их использование для вынесения моральных суждений о болезни¹¹⁴. Работа Сонтаг была предметом критики за веру в то, что метафоричные ассоциации могут и должны быть отделены от болезни, она была одним из первых участников спора о том, что болезнь приобретает значимость через употребление метафоры. В своей работе Сонтаг уделила внимание двум болезням: раку и туберкулезу. Она установила то, как эти болезни, а позднее СПИД достигли чрезвычайного культурного резонанса в западном обществе за последние два столетия. Сонтаг пришла к пониманию метафоры не только как риторического средства, которое сравнивает непохожие объекты и понятия, чтобы подчеркнуть их связанность, но и необходимое эпистемологическое средство, благодаря которому мы понимаем мир.

Описывая ситуацию с точки зрения того, у кого диагностировали рак и лечили от него, автор дает комментарии по поводу позорного и дискриминирующего эффекта метафорического дискурса этой болезни. Сравнивая туберкулез и рак, Сонтаг описывает первый как метафоризированный, как болезнь романов со страстью, знак «внутреннего горения» или жара, концептуализированный как дезинтеграция, прозрачность, гиперактивность, на смену которой приходит элегантная апатия, ведущая к благородной, а часто лирической смерти. В противоположность ему, рак – болезнь неконтролируемая, – это аномальная опухоль, которая вторгается в тела, «демоническая беременность», болезнь индустриального общества и также расплата за неусмиренные чувства. Таким образом, рак является постыдным заболеванием, метафорой зла. С. Сонтаг привела доводы, осуждающие природу метафор, которые окружают болезни, имеющие непосредственное влияние на людей, у которых возникает комплекс и страх при прохождении диагностики и раннего лечения.

Домinantным дискурсом при описании рака в современных обществах является надежда. Этот дискурс связан с военными и спортивными метафорами, он заявляет, что победа в борьбе про-

¹¹⁴ Сонтаг С. Болезнь как метафора // Иностранная литература. – 2004. – № 8. – С. 224–257.

тив рака тесно связана с положительным отношением к своему выздоровлению. Отчаяние, безнадежность не являются подходящими стратегиями для этой болезни. Людей с раком хвалят, если они храбры, никогда не позволяют себе сдаваться своему заболеванию. Внимание акцентируется на «воле», наличие и проявление которой доказывает, что, если у человека достаточно надежды, можно изменить ход болезни. Этот дискурс вызвал обсуждение проблемы информирования о диагнозе рака во многих странах, попытках найти ответ на вопрос «Что лучше: скрывать диагноз рака для целей защиты пациента или быть с ним откровенным в надежде на мобилизацию моральных сил?».

Дискурс победы может показаться трудным для понимания и реализации, когда, несмотря на все попытки доктора и пациента оставаться оптимистичными, болезнь прогрессирует и пациента можно обвинить в том, что он был недостаточно позитивным и настойчивым в своей вере и надежде на победу. В обществе трусость, поражение, страх не являются принятым отношением к болезни. Напротив, требуются оптимизм, военный дух, бодрость и сила, а беспрашная смерть становится победой. Также, врач должен реагировать как военный лидер, авторитет, точный и уверенный в себе, не иметь лишних эмоций и поддерживать ауру полного контроля.

Дискурс надежды часто встречается в популярном представлении о людях, больных раком, особенно если они известны. Женские журналы особенно любят личные рассказы об известных женщинах, у которых был рак, но они смогли победить эту болезнь. Примером может служить история о Нэнси Рейган, жене экс-президента США, у которой был рак груди. В комментариях по поводу ее болезни особо отмечалось, что после выздоровления она подняла руки над головой как боксер, салютующий свою победу. Достаточно показательной в этой связи выглядит история болезни известного российского певца Иосифа Кобзона, который неоднократно подчеркивал в своих интервью помощь и поддержку своей супруги, ее позитивную роль в борьбе против серьезной болезни. Такие истории – пример того, как личное мужество и постоянная поддержка оптимистичного настроения, поддержка близких вместе с медицинскими знаниями и опытом могут спасти людей, больных раком, от смерти. Таким образом, с

онкологическими болезнями связана определенная мифология, причем она характерна для всех стран и культур.

В своем эссе о метафорах СПИДа С. Сонтаг обращает внимание на использование метафоры о вторжении, но также и связанные с загрязнением, подразумевая вторжение снаружи, а не изнутри. Вирус, который вызывает иммунодефицит, представляется захватчиком тела, уничтожающим всю защиту и позволяющим условно-патогенным инфекциям, ассоциирующимся с началом болезни СПИДа, колонизироваться и разорять тело. Рак заставляет клетки быстро размножаться, при СПИДе клетки умирают, поэтому как рак, так и СПИД представляются наказанием за непорядочную жизнь, игру со здоровьем, кулинарные излишества и образ жизни, слабость духа, потакание своим желаниям и вредным привычкам. Сравнение СПИДА с чумой внушает вековой страх перед болезнью, быстро распространяющейся и убивающей огромное число людей практически без предупреждения. Как отмечает Сонтаг, чума по-прежнему, безусловно, считается наказанием для обществ и использование метафор о чуме при описании другой болезни приписывает тот же морализм. Эти метафоры усиливают значение СПИДа, позорную природу этого заболевания и дискриминационное отношение к людям, которые живут со СПИДом, а также тех, кто, как считается, находится в группе риска.

Системы метафор, существующие в языке, описывающие болезнь, являются важным фактором, открывающим дополнительную информацию относительно отношения к болезни и состоянию здоровья. Лингвистическое изображение болезни влияет на знания и опыт в этой области. Распространенные способы концептуализации болезни и ее лечения в языке часто включают образы, связанные с войной, страхами, жестокостью, героизмом, религией, загрязнением, медицинским контролем и т. п. Их анализ необходим для представителей медицинских и гуманитарных наук с целью изучения отношения к болезни со стороны пациентов, их окружения, врачей для преодоления возможной стигматизации и ослабления образов болезни.

ГЛАВА 2. КУЛЬТУРА БОЛЕЗНИ

2.1. Интеллектуально-профессиональная рефлексия болезни

Болезнь в самом общем виде в научном дискурсе определяется как нарушение нормальной (оптимальной) жизнедеятельности, работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней среды. В свою очередь под здоровьем понимают состояние живого организма, при котором организм в целом и все органы способны полностью выполнять свои функции и адаптироваться к окружающей среде. Таким образом, здоровье и болезнь – явления комплексные, понимание ценности здоровья происходит через осознание вреда болезни, при этом здоровье считается нормой, а болезнь патологией.

Здоровье и болезнь – это своеобразная устоявшаяся ментальная схема, смысл которой возможно описать через понятие бинарной оппозиции К. Леви-Строса¹. Здоровье и болезнь хотя и имеют противоположное содержание, но сами по себе вполне устойчивые и однозначные маркеры. Здоровье, что бы не имелось в виду, здоровье души и тела, – всегда безусловное благо, то, к чему нужно стремиться, что нужно сохранять и беречь. Болезнь, особенно тяжелая, угрожающая жизни, всегда несчастье, беда, несомненное зло, то, что следует любой ценой устраниить, от чего необходимо освободиться. Освобождение человека от болезни, от страдания, от недуга,озвращение ему здоровья, т. е. возвращение возможности полноценного продолжения прежней (до болезни) жизни, максимальное устранение всех последствий перенесенной болезни, – все это и есть зада-

¹Леви-Строс К. Структурная антропология / Пер. с фр. Выч. Вс. Иванова. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 512 с.

ча медицины. Понятно, что полноценность жизни в данном случае воспринимается относительно и субъективно, например, в зависимости от материально-технического уровня развития общества, наличия социальных служб, достижений медицинской науки и практики, профессионализма врача, личностных качеств пациента и т. п. В этом случае, следуя опять же логике К. Леви-Строса, посредником/медиатором, который смягчает противоречие указанной оппозиции, выступает медицина.

Наряду с понятием «болезнь» используют понятие «заболевание». В русском языке разницы в терминах не существует, они трактуются как синонимы, термин «заболевание» используется при оформлении больничного листа. В английском и немецком языке термины различаются: болезнь – disease (англ.), krankheit (нем.), заболевание – illness (англ.), kranksein (нем.). Болезнь чаще описывают как патологический процесс, который возникает в результате изменений химических и физиологических систем организма, нарушения функционирования биологических и психических процессов, отклонение от биологической нормы, то, что концептуализируется в системе медицинского знания. Заболевание чаще считается бытовым термином, который применяется для обозначения субъективных ощущений, индивидуального опыта переживания болезни. Эта лингвистическая ситуация позволяет предположить, что указанные различия определяются историко-культурным развитием. Современная западная культура основана на принципах автономии, индивидуализма, осознании ценности личности и т. п., эти принципы распространяются и на медицину, лежат в основе многих ее практик, проецировании на человека. Возможно, что слово «заболевание» (illness (англ.), kranksein (нем.)) как раз и отражает эти процессы, а именно подчеркивает важность личного опыта переживания болезни.

Болезни имеют свою историю, это не только индивидуальная история болезни, зафиксированная в медицинской карточке пациента, а история болезни в историко-медицинском контексте. Болезни когда-то кто-то «открывал», описывал симптомы, находил способы лечения, проводил классификацию. М. Фуко отмечал: «Болезнь суть внутреннее искажение жизни. К тому же, каждая

патологическая совокупность организуется по модели живой особи: существует жизнь туберкул и раков; есть жизнь воспаления, определяющий ее старый четырехугольник (опухоль, покраснение, жар, боль) достаточен для воссоздания ее развития в ходе разных органических наслойений; в кровеносных капиллярах кривая идет от разложения к белому нагноению и туберкулезу, и отсюда к неизлечимым разъедающим язвам»². В этом контексте главным всегда был вопрос о причине болезни, причине измененного состояния организма, и в медицине на протяжении истории этим процессам давали различные объяснения. По большому счету главными всегда были следующие вопросы: что и где болит, как болит, почему болит. Последний самый сложный, фактически не столько вопрос, сколько ответ на предыдущие проблемы и основа для решения самого главного вопроса: как лечить, — что во многом определяло дальнейшее развитие медицины. Поэтому в курсе истории медицины, научных исследованиях по изучению динамики профессиональных медицинских взглядов в разные исторические эпохи вопросу определения причины болезни уделялось большое внимание.

На ранних этапах человеческой истории причину болезни связывали с вселением злого духа, божественным наказанием, нарушением моральных норм, неблагоприятным воздействием окружающей среды и т. п. В целом, в древнейших цивилизациях (Древняя Месопотамия, Древний Египет, Древняя Индия, Древний Китай) определяемые причины болезней были практически идентичными, с небольшими различиями, обусловленными природно-географическими факторами и особенностями развития культуры. Так, в Древней Месопотамии представления о болезнях подразделялись на три группы:

1) связанные с нарушением принятых в общинае обрядовых, правовых, моральных и прочих предписаний. Например, «...он приблизился к замужней женщине» или «...он приблизился к жрице своего бога; в течение 31 дня он выздоровеет и будет жить»;

2) зависящие от явлений природы и образа жизни людей (употребление нездешевой пищи, купание в загрязненной реке, соприкосновение с грязью и нечистотами);

²Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – С. 231.

3) определяемые религиозными верованиями («рука бога», «дуновение злого духа», «объятия Ламашту» и т. п.).

В Древнем Египте причины болезней связывали с естественными явлениями: нездоровая пища, кишечные паразиты, изменения погоды, и сверхъестественными представлениями: вселение в тело заболевшего злого духа умершего, гнев богов и т. п. Кроме того, египтяне верили, что большинство болезней зависят от пищи, поэтому часто очищали кишечник, используя рвотные и слабительные средства.

В Древней Индии человек рассматривался в связи с пятью стихиями окружающего мира: земля, воздух, огонь, вода, эфир. Были распространены представления о трех субстанциях: воздух, огонь, вода, их носителями в организме человека были три первичные жидкости: ветер, желчь и слизь. Исходя из этих представлений «... здоровье понималось как результат уравновешенного соотношения трех субстанций, правильного совершения жизненных отправлений тела, нормального взаимодействия органов чувств и ясности ума, а болезнь – как нарушение этих правильных соотношений и отрицательное воздействие на человека пяти стихий (а также влияние времен года, климата, неудобоваримой пищи, нездоровой воды, неопрятности и т. п.)³. Древнеиндийский врачеватель Сушрута разделил болезни на естественные, которые были вызваны воздействием природы, и сверхъестественные, которые посылались богами. Ко второй группе он отнес проказу, венерические и многие другие заразные болезни, природа которых к тому моменту была неизвестна. Это достаточно показательный факт: первой группе соответствовали болезни, причины которых могли объяснить естественными факторами, а те, природа которых была неясна, приписывались поискам богов. Проявляется некоторая закономерность, чем сложнее было лечить какую-либо болезнь, тем более она мифологизировалась и связывалась с божественным происхождением. Для ситуации, когда зачатки естественно-научного, рационального знания только начинали появляться, такое положение выглядит вполне понятным.

³Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – С. 51, 74.

В Древнем Китае здоровье понималось как правильное соотношение начал «инь» (женского, темного) и «янь» (мужского, светлого), а болезнь – как нарушение их правильного взаимодействия. Кроме того, «многообразие заболеваний объяснялось широтой взаимодействий организма с окружающим миром и природой, особенностями самого организма, длительным пребыванием в одном из эмоциональных состояний (гнев, радость, печаль, размышление, огорчение, боязнь и страх) и другими естественными причинами. Например, холод и ветер, сухость и сырость могут отрицательно воздействовать на человека и быть одной из причин его болезней. Большое внимание уделялось местности, где живет больной человек»⁴. Древневосточное объяснение болезней максимально приближалось, а в чем-то даже совпадало с античными представлениями о болезнях.

Древнегреческая медицина, как и культура в целом, многое заимствовала от предшествующих эпох, связанных с развитием восточных цивилизаций. К классическому периоду в Древней Греции имелись многочисленные врачебные школы. Среди них наиболее известными были:

- кротонская (одним из достижений которой считалось понимание причины болезни как преобладание одной из противоположных сил теплого или холодного, сухого или влажного);
- кидская (развивала теорию о четырех телесных соках и их неблагоприятном/благоприятном смешивании как причине болезни/здоровья);
- сицилийская (четыре телесных сока отождествляли с состояниями человека, сердце признавали главным органом сознания);
- косская (главная врачебная школа, связанная с именем отца медицины Гиппократом, в ней болезнь понимали как результат воздействия окружающей природы и погрешностей в питании, поддерживали учение о телесных соках, заложили основы клинического направления в медицине, указали на этические проблемы в медицине и мн. др.).

В Древней Греции четко просматривается тенденция подразделения болезней на две группы: первая – болезни, зависящие от конк-

⁴Сорокина Т. С. Указ. соч. – С. 104.

ретных условий окружающей природы, и вторая – болезни, определяемые индивидуальным образом жизни человека. Это был уже сформированный естественный взгляд на причины болезней и рациональное понимание единства человека и окружающей среды. Большое внимание в Древней Греции уделялось физической культуре, правильному образу жизни, иногда с очень суровыми требованиями, например, как в Спарте. Учение о четырех телесных соках, т. н. гуморальная теория, от соотношения которых зависит состояние здоровья или болезни человека, было очень распространенным. Оно подтверждало свою актуальность из века в век, сохраняя позиции вплоть до XIX века, хотя в эллинистический период зародилась солидарная теория болезни, согласно ей болезнь объяснялась застоем твердых частиц, из которых состоит организм человека.

Средневековые представления о болезни многоголики, так же как и сама медицина этого периода. Традиционно выделяют три центра: медицина Византийской империи, медицина средневекового Востока и медицина средневековой Европы. Сравнительно высокий уровень развития медицины Византийской империи был обусловлен сохранившимся античным наследием, которое развивалось и пополнялось новыми знаниями, однако установление христианства постепенно меняло ситуацию.

Особая роль принадлежит восточным странам, народы, объединенные в Арабском халифате, смогли сохранить и дополнить важные медицинские знания, выработанные разными этносами на протяжении истории. Представления о причинах болезни у арабов сформировались в основном под воздействием древнегреческой медицины. Самым известным врачом был Ибн Сина, о его профессиональных успехах уже при жизни слагали легенды. Один из разделов его «Канона медицины» был посвящен причинам болезней.

Средневековая Европа характеризуется засильем религиозной догматики в разных общественных сферах. Колossalное распространение болезней и эпидемий вновь стали объяснять волей бога. Однако несмотря на все усилия церкви скрыть и даже уничтожить достижения античных язычников, ростки рациональных знаний пробивали себе путь. В поэме «Салернский кодекс здоровья» Арнольда из Виллановы (врач, алхимик, ученый) автор не ограничивался религиозной

трактовкой болезни. Скорее наоборот, поэма в основном состоит из полезных советов по предупреждению болезней. Отсюда можно сделать вывод, что представители Салернской школы знали их причины. Анализ этого исторического документа показывает, что салернские врачи хорошо знали о влиянии образа жизни человека на состояние здоровья. Обращает внимание на себя факт, что многие советы не потеряли своей актуальности до настоящего времени. Например:

Школа Салернская так королю англичан написала:
Если ты хочешь здоровье вернуть и не ведать болезней,
Тягость забот отгони и считай недостойным сердиться,
Скромно обедай, о винах забудь, не сочти бесполезным
Бодрствовать после еды, полуденного сна избегая.
Долго мочу не держи, не насилий потугами стула:
Будешь за этим следить – проживешь ты долго на свете.
Если врачей не хватает, пусть будут врачами твоими
Тroe: веселый характер, покой и умеренность в пище.

Руки проснувшись, омой и глаза водою холодной,
В меру туда и сюда походи, потянься, расправляя
Члены свои, причешись и зубы почисти. Все это
Ум укрепляет и силу вливает в прочие члены.
Ванну прими, а поев, походи иль постой; охлажденья
Бойся. Источников гладь и трава – глазам утешенье;
Утром на горы свой взор обрати, а под вечер – на воды⁵.

Знания о болезни также получали на основании анализа анатомических изменений, полученных при вскрытии тел умерших. Однако в соответствии с религиозными представлениями во многих странах вскрытия были запрещены или производились в очень ограниченных количествах. Известны случаи, когда врачи и ученые для получения информации о строении человеческого тела прибегали к нелегальным вскрытиям трупов.

⁵Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья; Цвет медицины Салерно: Стихотворные предписания Салернской школы; Немецкий Архипоэт; Просьба по возвращению из Салерно / Пер. с лат. Ю. Ф. Щульца. – М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2002. – С. 27.

Настоящая революция происходит в Европе в эпоху Возрождения, когда, преодолев запреты церкви, вскрытия стали обычным делом, и анатомия начала свою историю как самостоятельная наука. Изучение строения человеческого тела естественно привело к вопросу о причине болезни, ее локализации уже на новом уровне знаний. Ярким примером этого времени является Парацельс (1493–1541) – один из виднейших представителей медицины эпохи Возрождения, врач, имя которого стало нарицательным. Он выступал за широкую практическую подготовку врачей, за опытный метод в науке, одним из первых начал читать лекции не только на латыни, но и на родном немецком языке, представитель ятрохимии, инициатор объединения медицины и хирургии, сложно перечислить все его заслуги перед медициной⁶. Что касается болезни, ее теории, философии и практики, то Парацельс и здесь оставил заметный след. Он понимал болезнь как нарушение соотношений в организме человека трех элементов: серы, ртути и соли, – лекарственные средства в своем составе содержали эти элементы. Парацельс разработал свою собственную классификацию болезней, выделив пять ее видов:

- болезни, связанные с нарушением естественных функций под влиянием злоупотреблений или вредных привычек;
- болезни, вызываемые шлаками, ядами и факторами, привносящими заражение;
- болезни, вызываемые факторами психологического характера;
- болезни, вызываемые астральными влияниями;
- болезни, вызываемые духовными причинами, часто объясняемые нарушением религиозных норм⁷.

В классификации просматривается сочетание причин болезни с точки зрения средневековой системы мировоззрения и отголосков предыдущих эпох с новой возрожденческой медициной, продиктованной укрепляющим свои позиции рационализмом и опытным методом.

В эпоху Возрождения на смену одним болезням, широко распространенным в средневековье, пришли другие, в том числе и эпиде-

⁶Майер П. Парацельс врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенхайме / Пер. с нем. Е. Б. Мурзина. – М., 2003. – 560 с.

⁷Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения / Пер. с англ. – М.: Новый Акрополь, 1997. – С. 188.

мии. Их объясняли землетрясениями, миазмами, расположением звезд, но все реже и реже волей бога. Самыми страшными были заразные болезни, рациональная концепция их появления была сформулирована Дж. Фракастро (1478–1553), еще до изобретения микроскопа. Он впервые разработал учение о контагии и существовании живого размножающегося заразного начала. Гениальные догадки об этом были высказаны в эпоху античности, затем Ибн Сина предположил, что болезни обусловлены результатом действия особых невидимых существ, о которых больной человек не подозревает. Эти предположения подтвердились только после изобретения микроскопа.

В Новое время медицина формируется как наука, развивается специализация внутри нее, происходит более глубокое изучение проблем теоретической и клинической медицины. Постепенно начинает формироваться комплекс этических вопросов, даже в специальностях, казалось бы, далеких от практической медицины. Например, известный голландский ученый Ф. Рюйш (1638–1731), создавший знаменитый анатомический музей, коллекцию экспонатов с врожденными аномалиями и пороками, «...применял аллегорические морализированные презентации тел или их частей, столь рельефно выставленных напоказ в Лейденском лекционном театре ... он поместил череп проститутки под ногой эмбриона, так что выглядело, будто зародыш попирает череп. Послание, заключенное в этой аранжировке, состояло в том, что проститутка была инфицирована (и умерла) по причине своей предосудительной профессии»⁸. Расширение области сугубо научного медицинского знания приводило к расширению взаимодействий медицины с другими сферами общества, процесс, который активно развивается и в настоящее время.

Позже причину болезни начали связывать с изменениями в конкретном органе, т. е. орган рассматривали как место локализации болезни. Джованни Батиста Морганти (1682–1771) свой научный труд назвал «О местонахождении и причинах болезней, открытых посредством рассечения», это было началом органной теории болезни. Учение развил Ксавье Биша (1771–1802), который рассматривал не весь

⁸Хагнер М. Просвещенные монстры // Наука и научность в исторической перспективе / Под общ. ред. Д. Александрова. – М: Хагнера; СПб.: Алетейя, 2007. – С. 79.

орган, а его ткани как местонахождение болезни, причем пришел к этому выводу без помощи микроскопа, только путем наблюдений при анатомических вскрытиях. Постепенно утверждалась мысль о том, что жизнедеятельность отдельного органа слагается из функций различных тканей и патологический процесс поражает только некоторые из них.

Свою роль сыграли новые методы диагностики перкуссия и аускультация, изобретение стетоскопа, приборов для измерения температуры человеческого тела, которые также участвовали в процессе определения природы болезни. Постепенно осваивалось пространство ее распространения, за счет вскрытий расширились представления врачей о том, что происходит в организме больного человека. Однако причина болезни по-прежнему оставалась до конца неясной. Новая эра знаний была продолжена с изобретением микроскопа, позволившим идентифицировать причины болезни, такие как микробы и бактерии, которые раньше нельзя было увидеть невооруженным глазом. Изобретение микроскопа оказало огромное влияние на дальнейшее развитие медицины, медико-биологические науки с этого момента стали разделяться на два периода: домикроскопический и микроскопический. Большую роль также сыграли открытия Л. Пастера (1822–1895) и Р. Коха (1843–1910).

Рудольф Вирхов (1821–1902) еще более продвинулся в глубины организма и определил клетку местом существования болезни (теория целлюлярной патологии). Учение Р. Вирхова критиковалось, особенно ему противостояла теория «нервизма», которая пыталась рассмотреть болезнь через общее состояние организма. Однако изучение болезни по месту ее нахождения было более наглядным, менее абстрактным, шло в контексте многочисленных естественно-научных открытий и потому получало большее признание. Увлекаясь поиском причины болезни, часто считали, что определение места нахождения болезни и есть, практически, победа над нею. В XIX веке заявили, что медицина научилась ставить диагнозы при жизни, это воспринималось как безусловный успех. С определением места болезни и лечением конкретного органа организм человека становился все более разделенным на части. В медицине постепенно складывалась ситуация, согласно которой сколько органов у человека, столько и необхо-

димо врачей, имеется в виду, узких специалистов. Таким образом, исчезала целостность человеческого организма, его практически перестали рассматривать как систему, сосредоточившись на поиске локализации болезни, игнорировали глубинные системные причины патологии. Новейшие средства диагностики: рентген, УЗИ, ФГС, МРТ и т. п., позволяющие детально исследовать организм человека, не избавляют от этих проблем.

Со временем появление новых болезней возродило дискуссию, с одной стороны, о важности поиска и рассмотрения конкретного места болезни, а с другой, о целостном подходе к болезни, болезни всего организма. Этому во многом способствовала диагностика аллергии, которая повлекла за собой учение о реактивности организма в целом, учение об иммунитете, об общих регуляторных и адаптационных возможностях организма, необходимости учета его индивидуальных особенностей и т. п. Свою роль сыграло учение Г. Селье о стрессе, как особом виде напряжения, и его влиянии на организм в целом. Важным для медицины выводом явилась мысль о том, что не существует совершенно изолированных больных органов или тканей, то есть местных болезней. При любой патологии в большей или меньшей степени вовлекается весь организм, но это не исключает наличия основного поражения в той или иной его части. По большому счету это вопрос практического характера, в частности о том, как воздействовать на болезнь: на весь организм или только на большое место, т. е. вопрос определения стратегии лечения. Эта сугубо медицинская ситуация породила философское осмысление проблемы (вновь подчеркнув глубинную связь между медициной и философией) о соотношении общего и частного в человеческом организме, а также относительно болезни и лечения⁹.

В настоящее время этот вопрос актуализирован развитием исследований в области нанотехнологий. Перспективы, появляющиеся в этой области, позволяют ведущим ученым из различных отраслей науки и техники рассматривать нанотехнологии как основу очередной научно-технической революции. Эти достижения особенно важ-

⁹Лехциер В. Л. «Больное место»: эпистемологические импликации современных медицинских практик. – Режим доступа: <http://www.phil63.ru/bolnoe-mesto>

ны для медицинской отрасли, адресная доставка лекарств больным клеткам, лаборатории на чипе, новые бактерицидные средства позволяют более продуктивно осуществлять лечебный процесс. Например, адресная доставка лекарств позволяет медикаментам попадать только в больные клетки, избегая здоровые, которым эти лекарства могут нанести вред. Лучевая терапия и химиотерапевтическое лечение, уничтожая больные клетки, губит и здоровые, решение этой проблемы подразумевает создание некоторого приспособления для доставки лекарств непосредственно больным органам, что является чрезвычайно прогрессивной технологией для медицины, позволяющей преодолеть побочные эффекты лечения конкретных болезней. Интересным является тот факт, что человечество еще не получив в полном объеме благ от наномедицины уже на современном этапе пытается обдумать и предупредить возможные негативные последствия, причем в этой ситуации обсуждение ведется представителями различных наук¹⁰.

На сегодняшний день выделены материальные основы болезни на разных уровнях. Классификация болезней по проявлению патологических изменений отражает этот процесс: органные, тканевые, клеточные, заболевания всего организма. Существует классификация болезней по другим критериям: внутренние болезни, хирургические болезни, инфекционные болезни, детские болезни и т. п. В качестве факторов, влияющих на появления болезней, выделяют: природные (климат, географические условия, качество воды, почвы), социальные (материальные условия жизни, традиционное питание, уровень медицинской культуры населения), наследственные (генетическая предрасположенность к какому-либо заболеванию) и т. п. Процесс категоризации болезней находится под влиянием социального, исторического и политического контекста, как и сама болезнь, приведенные классификации иллюстрирует сугубо медицинский взгляд на нее.

М. Фуко отмечает, что до конца XVIII века медицинская практика больше связывалась с понятием «здоровье», чем с понятием «норма». Врачи сравнивали в большей степени пациентов друг с другом.

¹⁰Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол // Философские науки. – 2009. – № 9. – С. 5–29.

гом, а не с определенной нормой. К XIX веку была разработана концепция стандарта, и медицина определяла, насколько пациент отличается от нормы и как его можно к ней вернуть. Появление больниц позволило обобщать опыт и классифицировать болезни. Медицинская помощь стала научной по своей сути, больше внимания уделяли вынесению клинического решения, а процесс его принятия становился более рациональным, порой даже формальным, где интуиция врача часто заменялась вычислительными процедурами. Результаты медицинского исследования с использованием сложного медицинского оборудования пациент не мог проанализировать самостоятельно, без посторонней помощи, их профессионально может прокомментировать только врач. Роль больного, его рассказа о самочувствии, таким образом, в распознавании и постановке диагноза уменьшалась. Это обстоятельство в определенной мере поддерживало и поддерживает престиж и статус врачебной профессии в современном обществе, поскольку медицина оперирует объективными современными научными знаниями, которые выходят за пределы понимания непрофессионалов¹¹.

Претерпевала изменение процедура постановки диагноза, т. е. определения существа и особенностей болезни на основе всестороннего исследования больного. Долгое время распознавание болезни зависело от самого заболевшего. Человек обращался за помощью к врачу, рассказывал о своих болезненных ощущениях и проявлениях, а врач на основе рассказа больного, интерпретировал признаки болезни. Таким образом, определение болезни и лечение во многом зависело от отчета пациента о себе, причем часто в ситуации практически полного отсутствия специальных средств диагностики. Со временем, как было показано выше, определение болезни стало ассоциироваться с исследованиями с помощью медицинской техники и различных лабораторных анализов. С развитием систем распознавания болезни, с использованием медициной в большей мере данных лабораторных исследований, данных полученных с помощью различной диагностической аппаратуры, субъективное наблюдение и важность интерпретации пациентом своей болезни начали уменьшаться.

¹¹Фуко М. Указ. соч.

ся. Модель определения болезни с повышенным вниманием к объяснению пациента и его интерпретации симптомов начала вытесняться моделью больницы и лаборатории.

Появление больниц дало врачам возможность продолжительного наблюдения, но и медики оказались в ситуации, когда их собственную деятельность можно было лучше проследить. Истории болезней, различные виды медицинской документации отображают успехи или неудачи определения болезни и предписанного лечения, а фиксирование клинических случаев помогает делиться наблюдениями, основанными на практике, что в значительной мере способствует накоплению опыта и возможности постановки правильного диагноза.

Точка зрения пациента все более теряла свою силу для медицины, а ответственность за определение болезни стало исключительно привилегией медиков. Неподдельный научный интерес врачей, направленный на глубокое изучение природы болезни привел к созданию уникальной ситуации, когда болезнь стала важнее пациента, в организме которого она существует. В XIX веке М. Я. Мудров, прекрасный терапевт и диагност, произнес ставшую классической фразу: «Лечить не болезнь, а больного». Подробные комментарии к этой фразе излишне, понятно, что прозвучал призыв к учету позиции пациента, его физиологических и личностных особенностей. Пройдет еще немало времени и пассивность пациента, находящегося под медицинским наблюдением, начнет заменяться его активной позицией в лечении. Пациентов начнут воспринимать как личностей, их больше не будут рассматривать в качестве только объекта для оказания медицинской помощи.

В определенные периоды некоторые болезни достигали пика своего распространения, а другие болезни исчезали или встречались редко. М. Фуко, рассуждая по этому поводу, отмечает: «До цивилизации люди страдали лишь наиболее простыми и неотвратимыми болезнями. Крестьяне и простонародье все еще близки фундаментальной нозологической таблице; простота их жизни дает ей ясно обнаруживаться в своем рациональном порядке: у них нет всех этих разнообразных, сложных, смешанных нервных болезней, но лишь устойчивые апоплексии или отчетливые приступы безумия. По мере того, как люди начинают занимать более высокое положение и вк-

руг них выстраивается социальная сеть, «здоровье кажется деградирующим», болезни становятся разнообразнее, сочетаются между собой... Связанные с условиями существования и индивидуальным образом жизни, болезни варьируют вместе с эпохой и средой. В Средние века, в эпоху войн и голода, болезни проявлялись страхом и истощением (апоплексии, истощающие лихорадки), но в XVI–XVII веках, когда ослабло чувство Родины и обязанностей по отношению к ней, эгоизм обратился на себя, появилось стремление к роскоши и чревоугодию (венерические болезни, закупорка внутренних органов и крови). В XVIII веке начались поиски удовольствий через воображение, когда полюбили театры, книги, возбуждались бесплодными беседами, ночами бодрствовали, а днем спали – отсюда истерии, ипохондрия и нервные болезни»¹².

Долгое время как доктора, так и простолюдины считали, что хорошее здоровье бывает благодаря хорошей работе и конституции тела, в то время как слабость приводит к тому, что организм начинает неправильно функционировать. Хорошее здоровье сохраняется благодаря режиму питания, упражнениям, регулярным прогулкам, необходимому сну, здоровому окружению и ограничению страстей. Считали, что человек должен следить, чтобы тело не становилось слишком горячим или слишком холодным, мокрым или сухим. Были распространены более или менее рациональные представления об условиях, способствующих распространению болезней. Влажный воздух болотистых мест и низин, а также спертый воздух городов считался губительным для здоровья, а сельская местность, на высоких местах с сухим воздухом считалась самой полезной. Если воздух имел плохой запах, полагали, что он заразный, и, таким образом, во времена эпидемий чумы или других эпидемий люди приносили цветы и травы с приятным запахом, чтобы отвратить его спрятость. Эдемский сад являлся могущественным символом благотворных сил природы, дающих полезную среду для здоровья, свободную от нечистого и несвежего воздуха городов. Таким образом, уже тогда существовала дихотомия между городом и деревней, короткой и долгой жизнью, здоровьем и незддоровьем. Среди врачей достаточно долго были представлены

¹²Фуко М. Указ. соч. – С. 42–43, 66.

убеждения, что болезнь может стать результатом заклинаний ведьм, сатанинской или демонической одержимости, а грехи человечества показываются через заболевания, которые служат для множества высоких целей. Таким образом, точка зрения на болезнь во время недостаточной развитости медицины долгое время у докторов и обычных людей/непрофессионалов совпадала.

В конце эпохи Просвещения начали складываться теория и практика, характерные для современной медицины. Все это сопровождалось отказом от «предрассудков» религии, медицина, основанная на научных принципах, стала все чаще представляться решением для лечения и избавления от болезней человечества. Население, тем не менее, долгое время скептически относилось к медицине, не верило в ее возможности в лечении болезни, негативно относилось к любым советам и рекомендациям врачей. Примеры такого рода можно найти даже в странах, где традиции рационализма сформировались достаточно рано. Так, английский терапевт сэр Теодор Терки де Майер (Sir Theodore Turque de Mayerne), озабоченный состоянием короля Якова I (тогда ему было 57), описывал проблемы монарха, связанные с плохим сном, желчью, рвотой, коликами и газами, частыми случаями диареи, заболеваниями почек такой сильной, что многие годы после охоты у него часто была мутная и красная моча. Тем не менее, все эти проблемы, заключает доктор, объяснялись тем, что король «смеялся над медициной, и ценил ее так мало, что он объявил врачам, что от них мало пользы и они едва ли понадобятся. Он был убежден, что искусство медицины основывается лишь на догадках и бесполезно вследствие неуверенности»¹³. Таким пациентом был композитор А. С. Даргомыжский, когда друзья советовали ему обратиться к знающему врачу, он отмахивался и заявлял: «Я еще допускаю, что доктор может лечить и вылечивать разные накожные болезни, например раны, язвы, нарыва, потому что он видит весь болезненный процесс. Но как можно знать, что делается в человеческом организме при какой-нибудь внутренней болезни?...»¹⁴.

¹³Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies. – London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. – Р. 136.

¹⁴Будко А. А., Шабунин А. В. Великий Боткин. Сердце, отданное людям. – СПб.: ВММ МО РФ, 2006. – С. 191.

Не особенно жаловал врачей и медицину великий российский писатель Л. Н. Толстой: «Медицина не приносит никакой пользы. Купцу вырезать слепую кишку превосходно умеют, но 50 % детей из народа раньше года погибают, а в воспитательных домах – 80 %. Кто знает? Может быть, было бы хуже, а может, и лучше. Доктора развелись на моей памяти, раньше люди жили и умирали без докторов. Смерть – не зло, зло – дурная жизнь»¹⁵. Медицине еще предстояло доказать свои способности и возможности в борьбе с болезнями.

Постепенно сфера медицинского влияния начала распространяться от конкретного больного к общему благосостоянию населения, выявлению социально-гигиенических условий распространения болезней. Программы общественного здоровья и гигиены, системы образования и аккредитации медицинских профессий были учреждены для контроля за деятельностью практикующих врачей с целью проведения последовательной политики для всего населения по предотвращению болезней, что в конечном итоге привело к формированию государственных систем здравоохранения.

Относительно России особенно показателен в этом плане XVIII век. Петр I, лично интересовавшийся вопросами медицины, заложил основы государственной медицины. Эта сфера, направленная на борьбу с болезнями, была одной из успешных в модернизационной политике императора. М. В. Ломоносов среди своих многообразных научных интересов значительное внимание уделял вопросам здравоохранения, в том числе детского. Одна из его фундаментальных работ «О размножении и сохранении Российского народа» обращает внимание на недостаток докторов, аптек, лекарств, просвещения и пропаганды медицинских знаний. Вопросами медицины интересовалась императрица Екатерины II, в этой связи известно ее произведение «Заметка», написанная еще до вступления на престол. Императрица была озабоченна борьбой с чумой и оспой, пыталась организовать учет детской смертности, писала сказки, включающие пропаганду здорового образа жизни.

Просветитель Н. И. Новиков в специальных «Прибавлениях» к газете «Московские ведомости» пропагандировал систему физичес-

¹⁵Экшут С. Так говорил «матерый человечеце» // Родина. – 2012. – № 12. – С. 87.

кого воспитания детей и охрану их здоровья, также издавал первый в России журнал «Детское чтение», где освещались и вопросы здоровья. Н. И. Новиков специального медицинского образования не имел, в отличие от А. Н. Радищева, который за границей параллельно с изучением юридических наук изучал и медицину. А. Т. Болотов, один из ярких представителей российского Просвещения, увлекался изучением электричества, успешно лечил людей с его помощью, опубликовал о нём первый в России научный труд. Он уделял медицине большое внимание, из его научно-литературного наследства 900 статей посвящено врачеванию. Он выделил причины заболеваний: неумеренность в пище и напитках, неумеренность и беспорядок в теплодвижении (сидячий, малоподвижный образ жизни), неумеренность во сне и бодрствовании (норма сна должна составлять 40 часов в неделю). А. Т. Болотов классифицировал болезни на: «а) наружные и внутренние; б) наследственные и приобретённые; в) заразные и незаразные; г) излечимые и неизлечимые; д) телесные и душевые; е) возрастные», что почти полностью соответствует современным представлениям¹⁶. Кроме того, он использовал опыт народной медицины и зарубежные данные, изучал и исследовал лечебную силу лекарственных растений, минералов, минеральной воды, изготавливая и успешно применяя лекарства.

К концу XVIII века появляются книги медицинских советов, снабжающие простых людей советами и рекомендациями по предотвращению болезней, которые проявляются в повышенной температуре, неумеренности в повседневных привычках, а именно: диета, физические упражнения, сон, регулярные прогулки на воздухе, холодные ванны. Здоровье зависело от индивидуального контроля и регулирования, а болезнь считалась злом, опасным как для человека, так и для общества, которое можно избежать и за которую несет ответственность и сам человек. Ролью медицины признавалось восстановление потерянного здоровья, а идеалы рациональности способствовали осознанию того, что медицинские знания в конечном итоге улучшат понимание человеческого тела, и таким образом обеспечат решением для его лечения. Позднее блестящие открытия в борьбе с

¹⁶ Осоргин М. Рассказы бесхитростного // Родина. – 1994. – № 5. – С. 95–97.

такими страшными болезнями, как холера, туберкулез, тиф, дифтерия, чума все более поддерживали и подтверждали прогресс научной медицины, хотя в результате достижений научной медицины болезни не исчезли. В структуре патологии долгое время преобладали инфекционные заболевания, которые возникали как следствие низкой санитарной культуры, плохих бытовых условий. Таким образом, во время становления научной медицины на этом поприще работали и пропагандировали медицинскую науку не только непосредственно ее представители, но и прогрессивно мыслящие правители, ученые, общественные деятели, понимающие важность борьбы с болезнями на индивидуальном и государственном уровне.

С профессиональной медицинской точки зрения границы между здоровьем и болезнью достаточно подвижны. Одно и то же состояние может восприниматься в разных обществах и как болезнь, и как нормальное состояние. Например, ожирение в современном обществе считают болезнью, в то время как в предыдущих исторических эпохах к ней могли относиться более лояльно. В средние века отношение к ожирению носило противоречивый характер. С одной стороны голодание и аскетизм считались путем к достижению совершенства, с другой, ожирение было символом изобилия, богатства, красоты и божьей милости¹⁷.

Распространенный в наше динамичное время синдром хронической усталости в прошлые века определяли как неврастению. Состояния, которые сегодня часто воспринимаются как безумие, в предыдущие эпохи могли быть расценены как форма религиозной одержимости. Болезни часто связывают с социальным и имущественным положением. Зависимость между материальным положением и заболеванием сегодня нарушается, на что было обращено внимание на VIII конференции ЕСА. Ряд зарубежных социологов частично опровергли стереотип, согласно которому «бедность и болезни находятся по одну сторону, а богатство и здоровье – по другую». Так, испанские социологи представили как болезнь богатства диабет, распространенный в развитом мире и практически отсутствующий в

¹⁷Салихова А., Фархутдинова Л. Проблема ожирения: от античности до современности // Врач. – 2012. – № 5. – С. 34–36.

бедных странах. Исследователи из Чехии обратили внимание на то, что более образованные женщины, проживающие в больших городах и имеющие высокий культурный уровень, сталкиваются с большими медицинскими сложностями в желании родить ребенка, чем представительницы рабочего класса¹⁸.

Рефлексия болезни и ее причин в медицинском интеллектуально-научном поле имеет длительную историю. В основном происходила эволюция в направлении понимания и объяснения от сверхъестественных причин к естественным. Отчетливо наблюдается тенденция мифологирования болезни в зависимости от неясности ее происхождения. Признание медицинских открытий, успешности лечения болезней приводят к началу преобразований в этой сфере на государственном уровне. Плюрализм в интерпретации болезни, а также смена ее концепций и теорий связаны с тем, что данное понятие носит конкретно-исторический характер и отражает реальный уровень медицинских знаний на определенный момент.

Научное медицинское знание о болезни и здоровье стало более распространенным в повседневной жизни. Медицинские знания в такой же степени социальный продукт, как и непрофессиональные медицинские воззрения. И те и другие имеют большое значение для понимания природы болезни. В. Лехциер в работе «Боль и переходность: набросок экзистенциальной альгодицей» отмечает: «Хронические боли и болезни – это не совсем то, что думают об этом медики», поэтому обратимся к анализу представлений о болезни в обыденном сознании на уровне непрофессиональных знаний¹⁹.

2.2. Представления о болезни в обыденном сознании

Болезнь кардинально меняет жизнь человека. Относительно незначительные симптомы могут вызвать появление вопросы о смысле жизни, попытки найти объяснение заболеванию. Болезнь активизирует интерес человека к различным источникам и определяющим

¹⁸Колесникова И. С. Новации в социологии медицины и здоровья // Социс. – 2008. – № 4. – С. 89–92.

¹⁹Лехциер В. Л. Боль и переходность: набросок экзистенциальной альгодицей // Вопросы философии. – 2007. – № 12. – С. 41–50.

дискурсам относительно этого состояния. Больной обращается к народной мудрости, к официальной и альтернативной медицине, к различным источникам информации: газетам, журналам, книгам «Помоги себе сам», сайтам Интернета, ближайшему окружению и т. п. Как в далеких исторических эпохах, так и в современном обществе человек испытывает необходимость поиска значения болезни, хотя в настоящее время в большинстве случаев имеет дело с обращением за профессиональным медицинским советом и лечением. Многие люди продолжают считаться с житейскими представлениями о болезни, даже получая профессиональную консультацию врача и медицинскую помощь. На протяжении истории человек представлял и объяснял болезни воздействием разнообразных причин: вселением злых духов, влиянием климата, погоды, небесных тел, наказанием Бога, воздействием микробов или других существ и т. п. От объяснения причины болезни зависела стратегия лечения, в разных культурах с давних времен используют такие меры, как рвотное, слабительное, сладкие ванны и т. п. для того, чтобы удалить болезнь из тела. Истоки такого подхода определяются представлением о причине заболевания как вселении злого духа, которое сформировалось еще на этапе первобытного общества. Для изгнания духа, что равнозначно лечению, использовали различные приемы. В одних случаях его стремились умилостивить (танцы вокруг больного, подношения, окуривание благоухающими травами), в других использовали устрашающее лечение (удары бубна, крики, больному не давали пищи и воды до тех пор, пока «злой дух» не изгонялся). Считалось, что он мог проникнуть в организм с пищей, поэтому активно использовали рвотные средства²⁰. Такие представления о болезни присутствовали практически во всех культурах, их фрагменты сохраняются до сегодняшнего времени.

В средние века в сознании народа избавление от болезней четко связывалось с поклонением определенным святым, такие представления пропагандировались и поддерживались церковью. В эпоху Возрождения началась критика подобных взглядов со стороны форми-

²⁰Сабанов В. И., Грибина Л. Н. Лекции по истории мировой медицины. – Волгоград: ВМА, 1996. – С. 16–17.

рующейся научной медицины и ученых-гуманистов. Ф. Рабле (врач по образованию) в произведении «Гаргантюа и Пантагрюэль», в главе, повествующей о разговоре одного из главных героев с паломниками, рисует следующую картину:

Между тем Грангузье расспрашивал паломников, откуда они, где побывали и куда идут.

Фурнилье отвечал за всех:

- Сударь, я родом из Сен-Жену, вот он – из Палюо, вот этот – из Онзэ, вот этот – из Аржи, а этот – из Вильдебредена. Идем мы из Сен-Себастьяна и теперь возвращаемся домой.

- Хорошо, – сказал Грангузье, но зачем вы ходили в Сен-Себастьян?

- Мы просили святого Себастьяна не насытить на нас чуму, – сказал Фурнилье.

- Какие глупости! – сказал Грангузье. – Жалкие люди, неужели вы думаете, что чума насытает святой Себастьян?

- Конечно, – сказал Фурнилье, – так говорят нам наши священники.

- Боже мой, – сказал Грангузье, какой вздор болтают эти попы! Однажды я слышал, как один поп в Сине проповедовал, будто святой Антоний насыщает на нас антонов огонь, святой Евтропий – водянку, а святой Жильда – сумасшествие. Я так разделся с этим попом, что с тех пор ни один ханжа не смеет показать носа в моих владениях. Меня удивляет, что смотрит ваш король. Ведь за такие речи попов надо наказывать так же, как за колдовство. Они вам только голову морочат своими бреднями.

С тех пор прошли века, значительных успехов достигла научная медицина, однако представления о болезни с религиозной точки зрения и многочисленных суеверий и предрассудков широко представлены в обыденном сознании.

В объяснении причин болезней с непрофессиональной точки зрения часто называют сглаз и порчу. Их распространенность можно проследить в средствах массовой информации, взяв в качестве примера всего лишь один из номеров популярной бесплатной газеты «Ваша газета», зарегистрированной Нижне-Волжским межрегиональным территориальным управлением, тираж 300 000 экземпляров. Спрос, как известно, порождает предложения. Страницы газеты пестрят предложениями по избавлению от каких-либо проблем со здоровьем, среди них активно предлагаются помочь прорицательниц и гадалок:

«Уникальная и мгновенная помощь для Вас и Ваших близких. Энергия, переданная по наследству и удвоенная силой духа, уже помогла тысячам людей, для ее магии нет границ, результаты впечатляют. Приходите за помощью к МАРИИ и убедитесь сами. Не молись никому, кроме Бога. Для Марии нет безвыходных ситуаций, Мария – решение сложнейших проблем. Среди услуг: снятие порчи любой тяжести, даже сделанной на смерть; „чистка“ биополя; обрыв негативной наследственности; снятие сглаза раз и навсегда».

Следующая реклама: «ВАЛЕНТИНА – знаменитая прорицательница и ясновидящая, которой подвластны все беды и невзгоды». Среди обрядов такие, как: сверхточная диагностика и гадание, снятие порчи любого срока и тяжести и т. п.

Интересным является тот факт, что упоминание о порче используется в различных рекламных акциях. Полностью приведем следующую рекламу.

«Впервые в нашем городе! Сухая чистка подушек с заменой наперников. Сотни домашних хозяйств, воспользовавшихся услугой по реставрации подушек, испытали неподдельный восторг, видя, как их старые невзрачные подушки за короткое время превратились практически в новые высококлассные изделия. На глазах у заказчика старая подушка распарывается, перо высыпается в машину. Сильными потоками сжатого воздуха, в жестких ультрафиолетовых дезинфицирующих лучах убивается перьевая клещ, который способствует многочисленным заболеваниям (аллергия, астма и т. д.), а также удаляются инородные механические включения, мусор, ломаное перо, а порои и различные предметы оккультизма (порча) (подчеркнуто мной – Л. М.). После чего перо задувается в новый наперник»²¹.

Таким образом, в рекламе учтены методы избавления от возможных и существующих болезней на любой вкус. Данные примеры, которые до настоящего времени публикуются в этой же газете, в очередной раз подтверждают широкую распространенность объяснения причин болезней в обыденном сознании существованием таких явлений, как сглаз и порча.

Чем более распространено заболевание, тем вероятней, что простонародные теории его причин и лечения будут шире представлены в народных моделях болезней. Простуду объясняют как результат проникновения сквозь кожу человека влаги или холода. Холод попа-

²¹«Ваша газета». – 02.11.2006. – С. 2, 3, 20.

дает в тело, приносит с собой болезнь и вызывает простуду, поэтому тело нужно защищать, нося теплую одежду и обувь, избегать сырости, отсюда привычное выражение: «Надень шапку, пальто (вообще что-то теплое), а то простудишься». Ноги и голова считаются наиболее уязвимыми для проникновения простуды, поэтому существуют такие наставления, как не держать ноги мокрыми и не ложиться спать с мокрой головой и т. п. Причем, комфортному состоянию ног уделяют большее внимание, судя по поговорке «Держи ноги в тепле, а голову в холода». Неожиданные перепады температуры тела, при перемещении из теплой комнаты на холод улицы, смена времен года и климатические изменения считаются причинами простуд. Простуды, таким образом, видятся как результат столкновения с окружающей средой, отсюда собственная ответственность за неприменение необходимых мер.

Другие заболевания, по мнению непрофессионалов, вызываются микробами и вирусами. В этом случае уже можно наблюдать влияние научной медицины. Микроны попадают в наше тело через рот, нос и другие естественные отверстия. Человек, заразившийся микробами, не несет ответственности, у него нет защиты против них, они существуют везде, где существует человеческое общение. Болезнь больше не является наказанием, вызванным гневом богов, а скорее микроскопическим захватчиком, целью которого является проникновение в организм и причинение вреда. Среди обычных людей бактерии и вирусы считаются живущими, невидимыми, злобными существами, которые могут жить как в природе, так и внутри человека, а также могут передаваться от человека к человеку. Микробная теория болезни стала центральной в медицинском и непрофессиональном дискурсах о болезни, сосредотачиваясь все больше на проблеме борьбы с какими-либо загрязнениями и соблюдением чистоты. Ее использовали исходя из необходимости создания границ между внутренним и внешним миром организма человека, защиты от внешнего загрязнения. Эта модель понятна и доступна для обычного человека и, вероятно, по этой причине она активно используется в многочисленных оздоровительных кампаниях с использованием изобразительных средств, а также в рекламе лекарственных препаратов. Микробная теория заболевания оказала влияние на отноше-

ния в социуме, люди осторожнее вступают во взаимодействие друг с другом из-за боязни возможной передачи инфекции. Инфекционные заболевания объясняются недостаточностью гигиенических мер, отсюда настороженное отношение к уже заболевшим людям, желание изолироваться от них. «Он на меня чихнул, кашлянул и т. д.» – эти сообщения воспринимаются как тревожные, также как и нахождение рядом с больным человеком.

Заболевания сердца и высокое давление интерпретируются в народной культуре достаточно широко. «Бьет в голову» касается описания симптомов гипертонии; как правило, люди верят, что такие эмоции, как волнение, озабоченность вызывают высокое давление или проблемы с сердцем («Я расстроился, и давление ударило» или «сердце заболело»). Советы по лечению в этом случае включают сохранение спокойствия, стабильного эмоционального состояния. Причиной распространенной болезни сахарный диабет ошибочно считают только чрезмерное употребление сахара и часто называют «сахарной болезнью», что неверно с медицинской точки зрения. Непрофессиональные представления о болезни не всегда правильны, с точки зрения научной медицины, но, тем не менее, представлены в культуре очень широко.

Часто у болезни может быть не только свое «потому что» (причина в естественно-научном смысле, как правило, отсылающая к тем или иным неблагоприятным обстоятельствам жизни пациента в его прошлом, включая врожденную патологию, наследственные факторы), но также у болезни может быть свое «для того чтобы». Имеются в виду те или иные изменения, или преимущества в жизни, которые человек может приобрести благодаря болезни, только через болезнь. Именно поэтому зачастую болезнь цепко держится за человека, хотя нужно было бы сказать, что человек держится за болезнь. Например, Ф. Кафка отмечает: «...сейчас я держусь за туберкулез, как ребенок за юбку своей матери...», а Макс Брод пишет ему по поводу болезни: «Ты счастлив в своем несчастье»²². Здесь вступает в силу так называемый механизм вторичной выгода появления болезни, относительно Кафки это избавление от необходимости

²²Кафка Ф. Процесс. Письма. – СПб.: «Симпозиум», 1999. – С. 314.

ти тянуть лямку опостылевшей работы через унылые будни, а также прекращение его мучительных попыток вступить в брак, к которому он одновременно и стремился, и боялся. Что касается обычных людей, то часто, что очень печально, человек может держаться за болезнь ради получения каких-либо выгод, субсидий от государства, инвалидности и т. п. Эта тенденция особенно проявляется в странах с недостаточной защитой населения в социальных вопросах, слабой материально-технической базой здравоохранения и экономики в целом.

Болезнь, как правило, сопровождается чувством вины, чем «страшнее» болезнь, тем активнее и настойчивее поиск возможной вины. Она может проявляться в совершенно банальных вещах, таких как: одежда не по погоде, погрешности в питании, несоблюдение установленного режима дня и т. п. В век, когда выбор стиля жизни, а не воля Божья являются причиной болезни, болезнь оказывается в положении, когда она может определять вину. В данной ситуации также велика роль врача, поскольку он достаточно часто выступает своеобразным творцом концепции болезни.

Верующие люди, в частности, православные христиане, как правило, рассматривают болезнь как испытание, как свой собственный крест и принимают ее в большинстве случаев достаточно смиренно. Такая точка зрения на болезнь активно присутствует в религиозной литературе²³. Приведем несколько цитат из книги Святителя Игнатаия, в которой он уделяет много внимания отношению к болезни: «Похворай, батюшка, с терпением и самоукорением; болезнь многоному добруму учительница; сверх того, она – послание Божие взамен и пополнение наших недостаточных подвигов»; «Болезнь твою надо признавать милостью Божией. Все благий Господь отеческим наказанием своим дополняет недостаток произвольного человеческого подвига»²⁴. Восприятие и объяснение болезни, с точки зрения рели-

²³Государыня Императрица Александра Федоровна Романова. Дивный свет: Дневниковые записи, переписка, жизнеописание. Братство Преподобного Германа Аляскинского Платина, Калифорния. Российское Отделение Валаамского Общества Америки. – М., 2003. – 654 с.; Игумения Арсения. Опыт духовной биографии. Письма. Издание Сретенского монастыря. – М., 2003. – 447 с.; Святитель Игнатий (Брянчанинов). Пишу к вам прямо из сердца. Издание Сретенского монастыря. – М., 2003 – 558 с.

²⁴Святитель Игнатий (Брянчанинов). Указ. соч. – С. 88–90.

гии, достаточно устойчиво во времени, поддерживается верующими мирянами и помогает им более спокойно, менее эмоционально относиться к болезням, как своим, так и близких людей, объясняя ситуацию примерно следующим образом: «Бог послал тебе страдания, потому что надеется, что ты это выдержишь. Ты так страдаешь, ты повторяешь путь Бога, когда он шел к кресту. Мы должны нести свой крест. Мы несем своим страданием облегчение всем живущим. Страдание – доверие нам»²⁵.

В повседневной жизни присутствует восприятие болезни как наказания²⁶. Человек начинает искать в своей жизни поступки, за которые он может быть наказан. Обнаружение серьезного заболевания может заставить человека задать вопрос о связи между его болезнью и собственными ценностями, как он прожил свою жизнь, дать оценку своей жизни относительно моральных норм. Человек может спросить себя: «Почему я?», «За что?». Он будет пытаться ответить на вопрос: заслужил ли он болезнь? Больные люди часто используют слова «вины», «совесть». Помогает принять болезнь без особого чувства вины ссылка на наследственные заболевания, плохую экологию, напряженную работу, постоянные стрессы, т.е. различные объективные причины. Хотя в случае наследственных заболеваний эта защита срабатывает в меньшей мере, поскольку изменение стиля жизни для предотвращения болезни требует определенных усилий, воли, ответственности. Человек не всегда признает личную ответственность за болезнь, он может винить кого-нибудь еще или ссылаться на судьбу. Также широко распространена точка зрения со ссылкой на удачу и случай, характерная для русской культуры в целом. В обсуждении причин болезней, практически всегда приводятся истории, в которых кто-либо дожил не болея до глубокой старости, несмотря на курение и употребление спиртных напитков или наоборот, несмотря на здоровый образ жизни, страдал серьезными заболеваниями. Примеров, как правило, очень много: от президента Рузвельта, актера Краморова до ближайших родственников и соседей.

²⁵Бобров Н. Сашенька. Последний год // Человек. – 1992. – № 5. – С. 122.

²⁶Рябушкин Н. В., Царегородцев Г. И. Наказанье ли божье?: Медицина и религия. – М.: Политиздат, 1988. – 319 с.

За некоторые болезни больного, по большому счету, не считают виновным, например, за большинство заболеваний, не передающихся половым путем, таких как грипп или корь. Другие болезни связываются с позором и виной, человек позволил себе заболеть, потому что он игнорирует моральные предписания общества и таким образом наказан. В попытках определения вины в коллективных масштабах наиболее показательны эпидемические болезни. Если эпидемия новая, она вызывает бурную реакцию, провоцирует ряд различных объяснений, интерпретаций и предположений для противостояния, включая многие аспекты, которые по сути своей моральны. Символическая природа болезни утверждается в попытках предоставить объяснения, придать смысл угрожающим событиям. Появление новой вспышки болезни становится вопросом для проверки принципов и моральных ценностей каждодневной жизни. В истории известны случаи, когда больные считались однозначно ответственными за свои заболевания, например, в эпидемию холеры в 1830-х годах в США заболевшие, большинство из которых были из бедных слоев, обвинялись в нарушении многочисленных моральных норм и объявлялись наказанными за свои грехи.

В современных обществах выбор стиля жизни и ответственность индивидуумов за сохранение здоровья стали доминантными. Поговорство слабостям и отсутствие самодисциплины видятся главными причинами, почему люди имеют такие болезни, как коронарная болезнь, диабет, рак легких, цирроз печени, которые тесно связаны с диетой, весом, табаком и потреблением алкоголя. Согласно этому контексту, даже употребляемая пища – это вопрос выбора, выбора между болезнью и здоровьем, стройностью и тучностью, незддоровым и здоровым телом. Если поведение рассматривается как социальный девиант, например чрезмерное употребление алкоголя, курение сигарет, гомосексуальные связи, тогда такой человек считается культивирующим болезнь. Соответствующая реакция последовала и со стороны врачей, например, в 1990-х годах хирурги в Англии начали отказывать в операциях на сердце людям, которые курят, утверждая, что такие пациенты менее вероятно получат пользу от операции. Этот вопрос часто обсуждается в последнее время. Сегодня можно услышать мнение о том, что человек, не

заботящийся о своем здоровье, соответственно, не должен получать помощи и со стороны медицины. Для таких людей предлагают ограничить медицинские страховки, оказание бесплатной медицинской помощи и т. п. Этот вопрос находится в состоянии активной дискуссии и имеет ярко выраженный нравственный компонент.

Как уже отмечалось выше, отношение к болезням и заболевшим разное. Например, рак описывается как таинственное заболевание, которое захватывает всего человека и которое ассоциируется с безнадежностью и смертью. Это настолько страшная болезнь, что человек, страдающий от нее, практически, не осуждается, он и без того наказан так сильно, что все предшествующее его поведение, пусть даже очень неправильное с точки зрения здорового образа жизни, не учитывается. Сердечные заболевания и их обладатели осуждаются в большей степени, потому что, с точки зрения не-профессионалов, их можно было предотвратить и контролировать благодаря изменению стиля жизни. Более сложная ситуация со СПИДом. Когда говорят о больных с этим диагнозом, как правило, оглашается источник заражения, появляется возможность определить степень «вины», были ли заболевшие невинными жертвами, которых заразили при переливании крови, рождение от больной матери или они получили эту болезнь вследствие своего поведения. В этих конкретных случаях степень вины определяется по-разному, как и отношение со стороны большинства членов общества.

Все большее внимания в медицинских исследованиях уделяется генетическим заболеваниям, влияющим на объяснение и понимание риска и причин болезни. Увеличивающееся число моделей поведения (от алкоголизма до ожирения) стали связывать с особыми генами. Ученые указали, что их идентификация позволит лучше понять генетически предрасположенные болезни, развить новую форму терапии для таких болезней, программы сканирования, направленные на идентификацию генетического риска. В случае генетической болезни акцент вины смешается от личной ответственности индивида к причине некоторой предопределенности. Однако большое внимание уделяется тестированию на появление болезни и занятиям профилактическими мерами, которые, в конечном итоге, направлены на предотвращение болезни до того, как она себя проявит. Примером

может служить прерывание беременности, если найдены такие генетические аномалии, как синдром Дауна, решение не иметь детей из-за высокого риска наследственного заболевания и т. п. В этих случаях моральное значение и осуждение носит отказ людей заниматься превентивными мерами. Особенно это касается женщин, обладающих генетическим риском, так как они в большей степени несут ответственность за передачу своих генов и генов партнера в процессе репродукции.

Помимо морального отношения к болезням и больным в повседневной жизни наблюдается боязнь бытовых контактов с некоторыми из них, часто вследствие недостаточных знаний о путях передачи заболевания. Положение людей, больных раком, является неоднозначным в современном обществе, окружающие по разным причинам избегают контактов с ними, часто из-за возможной опасности заразиться. В результате люди с онкологическими заболеваниями оказываются в ситуации, когда им необходимо скрывать от других свою боль и беспокойство, а также физические признаки заболевания, такие как следы хирургического вмешательства или химиотерапии. Эта тенденция нашла отражение как в научных трудах, так и в публицистических произведениях: «Всякая болезнь, если она таинственна и порождает страх, всегда будет восприниматься как заразная, пусть не в буквальном, но в нравственном смысле. Так на удивление много раковых больных обнаруживает, что их избегают родственники и друзья, и они нередко подвергаются «обеззараживанию» со стороны собственных домочадцев, словно рак, подобно ТБЦ, инфекционная болезнь. Контакт с лицом, страдающим от недуга, который склонны считать таинственным и зловещим, неизменно воспринимается как прегрешение, хуже того – как нарушение табу»²⁷. Заметим, что такого рода отношения могут испытывать пациенты с более «легкими» заболеваниями. Так, по данным В. И. Русинова, больные с красным плоским лишаем испытывают дискомфорт в отношениях не только с окружающими, родственниками, но и с врачами²⁸.

²⁷Сонтаг С. Болезнь как метафора // Иностранная литература. – 2003. – № 8. – С. 225.

²⁸Русинов В. И. Качество жизни и социальная адаптация больных красным плоским лишаем в процессе этапного лечения: автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 24 с.

По результатам наблюдений и бесед с пациентами онкологического отделения их можно условно и в общих чертах разделить на три категории. Одна группа находится в полном недоумении, проводит анализ своей жизни – не пил, не курил, не нарушал общепринятые рамки представлений о здоровом образе жизни. Представители этой группы чаще задаются вопросом, почему именно на них пал выбор страшной болезни. Такая позиция более характерна для женщин и части мужчин, так или иначе придерживающихся в прошлом здорового образа жизни. Главную причину видят, как правило, в стрессе, плохой экологии, продуктах питания недолжного качества и т. п. Другая часть (в ней большинство людей пожилого возраста) воспринимает свою болезнь более критично и, кажется, спокойнее. Свое состояние мотивируют тем, что смерть в любом случае неизбежна, и умирать от какой-то болезни все равно придется, позицию подкрепляют воспоминаниями об активности во всех сферах собственной жизни по типу: «Я хоть пожил, мир повидал, погулял, а сколько молодежи больной...». В зависимости от состояния здоровья, настроения говорящего, он может менять свою точку зрения и приближаться к рассуждениям, характерным для первой группы. Точка зрения пациентов на свою болезнь часто неустойчива и очень подвижна. Третья группа пациентов однозначно воспринимают свою болезнь как причину неизбежной и скорой смерти, находится в депрессивном замкнутом состоянии, рассуждения о болезни часто сопровождаются слезами или эмоциональными срывами.

Больные люди часто озвучивают свои страдания, которые выходят за пределы медицинских описаний болезни. Еще А. П. Чехов говорил: «Человек любит поговорить о своих болезнях, а между тем это самое неинтересное в его жизни». Пациенты часто передают свои чувства в форме рассказа о болезни. Это средство, с помощью которого они ищут значение своего опыта, придают ему смысл и начинают формулировать собственную видоизмененную идентичность и новый контекст жизни в борьбе с болезнью. Действительно, как доктора, так и пациенты имеют тенденцию излагать события болезни в форме историй. Врачи расспрашивают пациентов, чтобы установить историю их заболеваний, а соответствующие рассказы больных помогают им самим построить медицинскую историю болезни.

Больные люди часто пытаются выстроить свою историю в форме рассказа, хотят придать смысл своему затруднительному положению. Выделяют три типа рассказа о болезнях: рассказ – выздоровление, рассказ – хаос, рассказ – поиск²⁹.

Рассказ-выздоровление оптимистичный и подчеркивает возвращение контроля над собственным организмом, цель на выздоровление, позитивную активность по поводу своей болезни. Те, чьи рассказы не включают выздоровление, в этот контекст не попадают. Рассказ-хаос диаметрально отличается от рассказа-выздоровления, так как выделяет физическое увядание, неуспех лечения, социальные, финансовые и другие проблемы. Потеря контроля главенствует в этом рассказе. Рассказ-поиск включает представление опыта болезни как поиск, условие, из которого что-то можно почерпнуть. Рассказ-поиск более оптимистичный, чем рассказ-хаос, хотя он может не включать выздоровления, а только указывать на положительный опыт, который изменил болезнь и их жизнь, оценку важных событий в жизни.

В обычной речи болезнь и симптомы часто описываются с использованием неличных местоимений «это» или «болезнь» чаще, чем «мое», «я». Это позволяет предположить, что пациенты не рассматривают болезнь как часть себя, а как существа, автономных от неё. Это особенно очевидно, если поражены внутренние органы. Таким образом, болезни концептуализируются как вторгающиеся, чужеродные объекты, которые должны быть удалены. Пациенты могут даже вести разговоры со своей болезнью или болью.

В настоящее время некоторые медицинские вмешательства вызывают такие изменения в теле, которые могут привести к различным негативным последствиям, воспринимаемым как болезнь. Побочные эффекты хирургического или радиационного вмешательства вызывают отношение к своему телу как к чужому, люди говорят, что они не узнают себя из-за изменений собственного тела. Эта ситуация оказывает влияние на восприятие своего тела пациентом и его взаимоотношения с другими людьми. Последствия такой хирургии часто разрушают традиционный способ жизнедеятельнос-

²⁹Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies. – London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. – P. 198.

ти человека, ассоциируются с нечистотой, потерей контроля и нарушением привычных функций тела. Например, человек с колостомой считает свое тело фактически прикрепленным к постороннему объекту, физическое функционирование организма требует постоянного внимания, включая потребность скрывать калоприемник от других. Вот как описывает свое состояние пациентка Б., которая в возрасте 49 лет перенесла сложную операцию по поводу перитонита и полгода была вынуждена пользоваться калоприемником.

В беседе она отмечает: «Я была рада, что осталась жива..., но это были одни из самых сложных для меня месяцев ощущения физической неполноценности. Помимо послеоперационной слабости, я испытывала полную собственную неполноценность. Я была не в силах контролировать собственный стул, это могло наступить в любой момент, много раз за день. Если учесть, что звуки и запахи также невозможно контролировать, то находиться где-то в общественных местах было просто невозможно. Я испытывала постоянное чувство неудобства. Добавьте к этому строгую диету, невозможность носить привычную одежду, обязательно что-то свободного покроя, чтобы скрыть калоприемник... Самостоятельная обработка раны также была проблематичной, а это нужно было делать несколько раз в день с обязательным использованием дезинфицирующих средств. Калоприемник был чем-то инородным, прикрепленным к моему телу и мешающим мне нормально жить, очень часто мне хотелось избавиться от него... Я понимаю, сколько неудобств и хлопот доставила своим домашним и очень благодарна им за терпение, поддержку. На операцию по удалению калоприемника я не просто шла, я летела...»

Измененное тело может стать объектом исключительной стигматизации, и даже отвращения со стороны себя самого, членов семьи, окружающих людей. Обладатели измененного тела больше не контролируют волей многие физиологические процессы, что воспринимается ими чрезвычайно болезненно. Люди должны смириться с ситуацией, чтобы ощутить свое тело в новом качестве и заниматься ежедневной деятельностью. Уход за телом, который когда-то был обычным частным делом, таким, как чистка зубов, купание и прочие естественные потребности, становится главным препятствием в жизни и включает помочь других людей, которые становятся свидетелями самых интимных процессов. В большинстве случаев люди, имеющие последствия хирургических вмешательств или болезней,

не больны, даже если находятся под постоянным медицинским наблюдением и рассматриваются другими как нездоровые. Эти пациенты неизменно чувствуют себя плохо, с медицинской точки зрения, во всяком случае, они часто не ощущают боли.

Как уже отмечалось, анализировать болезни с точки зрения пациента сложно, особенно это касается прошлых эпох. Главная причина такого положения – трудность получения информации для использования в качестве исторических данных. С развитием медицинской антропологии, медицинской психологии, социологии медицины больше внимания стало уделяться сообщениям пациентов о болезни, полученной посредством подробного интервьюирования и изучения частных случаев, методик изучения качества жизни. На эту ситуацию оказывает влияние изменение положения и роли больного в современном обществе в направлении ее расширения. Интерес к проблеме активизировал рассмотрение различных исторических источников именно в этом ракурсе, достаточно продуктивно эту тему можно проследить по воспоминаниям и дневникам. Приведем несколько примеров.

Аriadна Эфрон (дочь М. И. Цветаевой) в письме Б. Пастернаку из Туруханской ссылки: «Заболела я совершенно неожиданно дизентерией, видимо, от енисейской водички, которая хотя и светла и приятна на вкус, но летом пить ее не рекомендуется. Это ужасно противная болезнь, от которой так слабеешь, что каждое движение вызывает какое-то тошноту, как, наверное, перед смертью, чувство. Какая тоска, когда тело перестает повиноваться, страдая и слабея, и с ним вместе страдает и слабеет душа, отказываясь от бессмертия и цепляясь за жизнь, да и так ли уж цепляясь? Но правда, наступил и в моей жизни период, когда гляжу вперед несмело, чувствуя, что сил остается все меньше. И вдруг получится так, что жизни будет больше, чем сил? Прости, что я такой нытик, вот встану на ноги и душа будет бодрее. А сейчас так и тянет повыт на луну»³⁰.

Анализ этого фрагмента показывает достаточно типичную реакцию на болезнь. Автор, человек образованный и просвещенный, прекрасно понимает причину своей болезни. Страдания, вызванные болезнью, неизменно порождают мысли о смерти, отмечается реак-

³⁰Эфрон А. «А жизнь идет как Енисей...». Туруханская ссылка: из писем, стихов, рассказов, записей // Ариадна Эфрон. Рядом с Алей. Воспоминания / Ада Федорольф; сост. С. С. Виленский, М. М. Уразов. – М.: Возвращение, 2010. – С. 38.

ция тела и души на недомогание, зависимость душевного состояния от физического. Кроме того, высказывается опасение, что «жизни будет больше, чем сил», опасение возможного бессилия как результата болезни, и, конечно, первостепенное желание жить, даже отказываясь от возможного бессмертия после смерти. Следующий фрагмент демонстрирует отношение к болезни и используемые средства лечения, а также настрой на исход болезни того же автора:

«...у меня обнаружили тbc, к счастью не в открытой форме. Тут только я и поняла, почему я весь последний год так плохо себя чувствовала, вечно была слабой и усталой... Здесь, на севере, есть всевозможные, в других местах трудно находимые, лекарства и препараты, глотаю всякую горечь, которую не верю (по старинке верю в овсянку, масло и в «как господь»), и дважды в сутки – стрептомицин. Уверена, вместе с царем Соломоном, что «и это пройдет», ибо из всех моих качеств самые явные – это верблюжья выносливость и человеческое терпение»³¹.

Пример из более ранних времен – XIX века. Екатерина Петровна Квашнина-Самарина, принадлежащая к дворянскому сословию, мимоходом среди прочих дел о ведении хозяйства, погоде сообщает и некоторые сведения о медицине и лечении болезней в ее среде:

«Наташа сделалась нездорова. Спросить у гофмейстера Пажеского корпуса Клиненберга о докторе, который известен по искусству своему для правления всех природных или случайных недостатков у детей». Она отмечает, что «привита оспа Николеньке» или целевые рецепты: «взять стакан рейнсского уксусу, стакан хорошего домашнего вина, полстакана деревянного масла, мыла и камфоры величиною с орех, все вместе сболтать, это поможет от ушибу очень хорошо и с кровью от ушибу и без крови от ушибу»³².

Соответствующие примеры можно обнаружить в зарубежных источниках. Так, например, Байер исследовала дневники Реверенд Ральф Джозелин, годы его жизни 1616–1683, он изучал болезни и заболевания в своей семье более 40 лет. Байер отмечает, что Ральф

³¹ Эфрон А. Указ. соч. – С. 125.

³² Фролова И. В. Образ дворянки Новгородской губернии в первой половине XIX века на примере дневниковых записей Е. П. Квашниной-Самариной // Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16–17 мая 2011 г. / Под ред. д-ра ист. наук, проф. С. Н. Полтара-ка. – СПб.: Полторак, 2011. – С. 51–52.

Джозелин и его семья были нездоровы или, по крайней мере, чувствовали себя нехорошо большую часть времени вследствие продолжительных простуд и периодических болей, болезней глаз и кожи. Супруга Джозелина, Джейн, имела 15 беременностей и, по крайней мере, 5 выкидышей. Из 10 выживших детей 5 умерло раньше своего отца. Дети страдали от глистов, рахита, нарывов, кори и оспы. Сам Ральф страдал от боли, опухоли и язвы левой ноги последние 11 лет, от нагноения ногтя – последние 4 года. В это время смерть была обычным делом и вполне ожидаемым концом болезни, который, считалось, может прийти в любой момент. В качестве лекарственных средств семья использовала травы, некоторые из них производились дома, но использовались и несложные медицинские препараты, продававшиеся в аптеках и у врачей. Члены семьи почти никогда не консультировались с врачами и хирургами, а опирались на свои собственные знания и на советы окружающих, начиная от лечения болезней до принятия родов. Это было обусловлено верой Джозелинов, что воля Господа является самой важной при выздоровлении, они верили, что лучшим средством является молитва, а лучшей профилактикой – безгрешная жизнь. Результат болезни, по их мнению, полностью зависел от божественного вмешательства. Джозелин очень боялся эпидемий, таких как чума и оспа, он был убежден, что эпидемии являются наказанием Господа за общий грех, и, таким образом, он не мог использовать свое обычное оружие против заболевания: праведное поведение и молитвы³³.

Аналогичные примеры обращения к вере при лечении болезней характерны для населения нашей страны. Согласно «Домострою», в то же время, когда жил Джозелин, для избавления от болезней единственным средством считалось «...врачеватися Божею милостнию, да слезами и молитвою, постом и милостынею к нищим, да истинным покаянием...»³⁴. Мы не имеем подробных сведений частного характера относительно этого периода, но, учитывая уровень развития медицины и отсутствие системы здравоохранения, имеем пол-

³³Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies. – London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. – P. 151.

³⁴Домострой. – М.: Сов. Россия, 1990. – С. 35.

ные основания предположить, что большинство населения пользовались именно этими советами.

Свидетельства такого рода в большинстве своем не обобщены и не исследованы, имеют отрывочный характер. Для более ранних периодов истории их обнаружение достаточно проблематично. При анализе подобных источников следует иметь в виду, что письменные источники принадлежат, как правило, представителям высших слоев, что касается отношения к болезни людей более низких слоев населения, задача усложняется по причине их обычной неграмотности. При этом известные отечественные клиницисты М. Я. Мудров, С. П. Боткин, Н. И. Пирогов, Г. А. Захарьин и др. активно интересовались вопросами отношения пациентов к своей болезни. Впоследствии появились интерпретации, характеризующие здоровье и болезнь на основании «внутренней картины болезни». Ввел данное выражение Р. А. Лурия в книге «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания»³⁵. Он выделяет во внутренней картине болезни два уровня: сенситивный и интеллектуальный. К первому уровню относится вся совокупность ощущений, являющихся результатом болезни, а ко второму — своеобразная надстройка над этими ощущениями, возникающая вследствие размышлений больного о своем физическом состоянии и представляющая психологическую реакцию на собственную болезнь. В современной науке к внутренней картине болезни чаще относятся все ощущения больного, включая болезненные, общее самочувствие, самонаблюдение, представление о своей болезни, о ее причинах, сложные сочетания ощущений, эмоций, конфликтов, психических переживаний. Однозначно признается, что для успешного лечения необходимо учитывать эти факторы.

Объяснение болезней и их причин непрофессионалами динамичны и непоследовательны. Они зависят от разнообразных факторов: от случайной информации до личного опыта, — часто меняются под воздействием различных причин. На формирование обыденных представлений о болезни оказывают влияние врачи, которые оценивают

³⁵Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977. — 112 с.

болезнь с позиций возможного нарушения биологических функций. С развитием и становлением научной медицины, распространением ее влияния и авторитета на общество одним из ведущих становится научный медицинский дискурс. Однако стереотипы общественного мнения относительно болезни часто существенно расходятся с научными данными. Обыденные представления о болезни определяются не только житейским опытом или влиянием профессиональных медиков, но и мощным пластом культурных традиций и практик. Они представляют собой многочисленные насложения, сочетающие представления о болезни различных эпох, часто их бессистемные объяснения, которые прошли через века. Их общее сочетание с профессиональными медицинскими знаниями, как правило, имеют вид наивных медицинских представлений в той мере, в какой их может интерпретировать и усвоить обыденное сознание.

Подводя итог, необходимо отметить, что непрофессиональный взгляд на болезнь и ее причины часто не принимается во внимание, хотя понятие личной ответственности за собственное здоровье зависит от объяснения причин болезней с точки зрения обычных людей. Исследования, пытающиеся учитывать мнение пациентов, рассказы людей, прошедших медицинское лечение, дают богатый материал для интерпретации представлений о здоровье и болезни непрофессионалов, а также включении в этот процесс элементов научного медицинского знания. Анализ мнения и оценок отношения различных групп населения к социальным факторам здоровья и болезни, сложившихся в обществе представлений о болезни, чрезвычайно важны, в том числе для повышения эффективности лечения.

2.3. Этнокультурные паттерны здоровья и болезни

Представления населения относительно здоровья и болезни имеют этническую специфику и, как правило, распространяются в пределах определенных групп или территорий, хотя в современной ситуации глобализации наблюдается расширение их границ. Национальные традиции и обычая, связанные с лечением болезней и сохранением здоровья формируются под воздействием различных факторов: природно-климатических условий, системы верований, религии, взаимоотношений с соседними народами, общими культурными традициями и др.

Однако, анализируя этнокультурные представления, можно найти значительное число общих подходов независимо от национальной принадлежности и специфики конкретного региона. Предположительно, это можно объяснить гомогенностью первобытной культуры, какой бы далекой от нас не казалась эта эпоха, влиянием зачатков религиозных верований (фетишизма, тотемизма, анимизма, магии) и т. п. Известно, что наличие болезни в теле связывали и связывают не только с вселением злого духа (влияние анимизма), но и наличием в теле какого-либо материального предмета как субстанции болезни (влияние фетишизма).

Э. Б. Тайлер отмечает показательные факты: «Этнограф может и теперь наблюдать в «белой магии» европейских крестьян искусство лечить горячку и головные боли посредством передачи их раку или птице, а лихорадку, подагру и бородавки – передачей их иве, бузине, сосне или осине с наговорами наподобие следующих: «Доброе утро, старушка, я отдаю тебе озноб»; «Добрый вечер, госпожа бузина, я принес мою лихорадку, привешиваю ее к тебе и ухожу прочь»; «Осина, осинушка, сделай милость, купи мою бородавку» и т. д. Кроме того, у них существует обычай прогонять болезнь, вбивая или вколачивая ее в деревянный обрубок, или зарывая в землю обрезки волос или ногтей больного и т. д. Если смотреть на эти суеверия с нравственной точки зрения, то передача болезней узлам и пучкам волос, зарываемым в землю, является, конечно, очень невинным обычаем, но некоторые из них носят отпечаток весьма преступного себялюбия. В Англии бородавки сводят тем, что к каждой из них прикасаются отдельным камешком, а камешки кладут в мешочек на дорогу в церковь, чтобы передать их злополучному человеку, который найдет мешочек. В Германии кладут на перекресток пластырь с язвой с целью передать болезнь прохожему»³⁶.

Относительно нашей страны Г.И. Попов, обобщивший сведения о русской народно-бытовой медицине, приводит следующие сведения: «...большим распространением, как суеверный способ, пользуется передача болезни. Кроме захарских приемов бросания на до-

³⁶Тайлер Э. Б. Первобытная культура / Пер. с англ. – М.: Политиздат, 1989. – С. 334–335.

рогу каких-нибудь заговоренных предметов – яйца, полена, копейки (денег, ногтей или волос с больного, камешков с печи, на которой он лежит, и пр.) – есть чисто домашние способы передачи болезни. В Р.-Борисоглебском уезде (Яросл. губ.) при насморке обмазывают слизистым выделением носа дверную скобу: кто первым ухватится, тот заболеет, а больной выздоровеет. С такой же целью в Пошехонском уезде обтирают тело больного тряпцей, полотенцем, рубашкой и т. п. и кидают эти вещи на дорогу: кто поднимет, на того и перейдет болезнь³⁷. Более того, в современной повседневной культуре имеется поговорка, до сегодняшних дней использующаяся для избавления от икоты: «Икота, икота, перейди на Федота, а с Федота на Якова, а с Якова на всякого» или детская присказка: «У собачки заболи, у кошечки заболи, а у (имя ребенка) заживи!». Оставляя без подробных комментариев нравственную сторону такого пути избавления от болезни, его можно оправдать желанием любой ценой освободиться от недуга. Возможно предположить существование в прошлом и сохранение в настоящее время представлений о болезни как о неком материальном предмете, от которого можно и нужно избавиться. Интуитивно человек подходил к верным знаниям, материальной причиной болезни может быть камень или песок в почках или печени, различного рода новообразования (миомы, кисты и т. п.). Кроме того, возможно предположить, что процесс передачи болезни, в том числе через различные предметы, своего рода показатель существования на ранних этапах истории человечества представлений о контагиозности болезней. Таким образом, через многочисленные суеверия, сверхъестественные представления просматриваются ростки рациональных знаний, полученных эмпирическим путем.

Влияние анимизма на представления о болезни бесспорно, поскольку в любой культуре сохранились представления о ней, как о вселении злого духа и его изгнании в практике лечения. Эти воззрения прошли через многие этапы развития общества, медленно и постепенно разрушаясь под воздействием естественно-научного подхода и набирающей силу медицины. Вот что пишет по этому поводу

³⁷Попов Г. И. Русская народно-бытовая медицина. – Рязань: Александрия, 2010. – С. 237–238.

Э. Б. Тайлер: «явление одержимости бесами ...теория одержимости есть самобытный продукт низшей культуры, постепенно вытесняемый медициной. Наблюдая за этой теорией на средней и высшей ступенях цивилизации, мы сперва замечаем стремление ограничивать сферу ее применения лишь некоторыми болезнями, преимущественно связанными с умопомешательством, — эпилепсией, истерией, бредом, слабоумием, бешенством. Затем вследствие постоянного противодействия со стороны врачей исчезает и это стремление»³⁸. Добавим, что излечение от болезней осуществлялось с помощью магических средств, и, таким образом, практически все залоги религиозных верований имели непосредственное отношение к лечению болезней, отголоски этих процессов сохранились до настоящего времени.

С течением времени в представлениях о болезнях и их лечении происходили наслонения, обусловленные факторами, перечисленными в начале параграфа и определяемыми культурными различиями. Смысловые коннотации относительно болезни выступают в виде архетипических структур. Этнические характеристики здоровья и болезни можно рассматривать в качестве своеобразных ценностей культуры, представлений национального сознания. Так, отечественная традиция устойчиво сохраняет образ богатыря (богатырское здоровье) и русской красавицы, обладающей крепкой статью, и весь ее описательный образ говорит об отменном здоровье, категории «красота» и «здоровье» в этом случае взаимосвязаны. Сведения о связи здоровья человека и природы имеются в былинах и сказаниях, согласно этим источникам, от «матери сырой земли», воды, окружающей природы русские богатыри получали силу, восстанавливали здоровье. Это еще один яркий пример проявления культа природы, характерного для всей русской культуры.

Представления русского народа о здоровье не были оформлены в законченную концепцию, их можно проследить по различным источникам. Например, данные лингвистики в этой связи являются информативными, поскольку ценности здоровья нашли символическое отражение в живом русском языке. Слово «здравье» означило «крепкий, как дерево», а приветствия «Здорово!» или «Здравствуй!»

³⁸Тайлер Э. Б. Указ. соч. – С. 327.

образовались из пожелания быть твердым и крепким как дерево. Живя в окружении лесов, русский человек часто связывал ценные для него представления с деревом и лесом. Существовали обряды передачи человеку силы и крепости дерева прикосновением его веток. В вербное воскресенье людей и домашних животных били веточками вербы, веря, что этот обряд принесет здоровье.

Воззрения наших предков на феномен болезни формировались постепенно, в ходе длительного культурно-исторического развития. Первоначально понятие болезни не только было не определено, но и не использовалось в речи. Это связано с распространенным верованием на Руси в могущество слова – ему приписывалось сильное магическое действие на человека. Считалось, что одним упоминанием можно навлечь на себя беду, поэтому слово, обозначавшее страдание, было под запретом. Его старались не произносить, чтобы не причинить страдающему человеку еще больший вред. Первоначально глагол «болеть» выражал побуждение к действию, в результате которого приобретается здоровье, «болеть» означало «получать силу, выздоравливать»³⁹. Постепенно за болезнью закрепляется значение бессилия, она конкретизируется в народном сознании, появляется множественность частных ее определений. Русские демоны болезни – это трясовицы (лихорадки), их представляли в виде двенадцати безобразных женщин, насылавших на людей различные болезни. Лихорадок было девять или двенадцать крылатых сестер, которые обитают в мрачных подземельях и представляются злыми и безобразными девами: чахлыми, заморенными, чувствующими всегдаший голод, иногда даже слепыми и безрукими. Лихоманки терзали больного и имели свои названия⁴⁰.

Народные названия болезней чаще всего передают внешние признаки заболевания или субъективные ощущения больного. При определении кожных проблем выделяются названия конкретных болезней по внешним признакам («чесотка», «краснуха», «наростень»). При описании внутренних болезней оценивался характер боли: колющие, режущие, тупые, острые, стреляющие. Помимо внутренних

³⁹Колесов В. В. Мир человека в слове Древней Руси. – Ленинград: изд-во Ленинградского университета, 1986. – С. 93–101.

⁴⁰Афанасьев А. Н. Поэтические воззрения славян на природу. В 3-х т. – М.: Советский писатель, 1995.

и кожных болезней, были также известны заболевания нервно-психического характера («падучая», испуг, бешенство и др.). Отдельной категорией являлись детские (младенческое, криксы) и венерические (поганая болезнь) заболевания.

Болезнь рассматривается как одушевленное, персонифицированное существо, вполне телесное и материальное. Она «приходит», «нападает» на человека, «грызет» его, «ест», «крутит», «корежит». Представление о болезни как о человекоподобном существе нашло отражение в обращении к ней как к определенной личности, ее называют тетка, сестра, старуха или в третьем лице – она. Болезнь часто представляли в виде животного: черная собака, бегающей по земле – холера, жаба – ангину, лошадиная голова – «коровий мор», кошка, гадюка, рыба – лихорадка. От представления о болезни зависели способы лечения, ее можно было удалить механически (изгнать, смыть, выгрызть, вытоптать, высосать и т. п.). Метод выгрызания или высасывания часто применялся при лечении грыжи: знахарка легонько грызла больное место и сплевывала, при этом читался заговор. Во время холерных бунтов XIX века толпа требовала выгнать холеру⁴¹.

Г. И. Попов в фундаментальной работе «Русская народно-бытовая медицина» приводит представления простых людей о холере, часть из них была оформлена в виде сказки или предания.

Толков было множество. Говорили, между прочим, что холер ходит целых пять – три бабы и два мужика. Потом распространился слух, что одну из холер убили. Дело будто бы происходило так: ехал перед самым вечером один мужик по дороге, вдруг кто-то его окликает:

– Стой, мужичок, подвези меня. – Оглянулся мужик, видит: гонится за ним старуха, худая, слабая, зипуничка на ней изорванный, из-под платка волосы треплются, смоклась вся. Жаль стало мужику старуху, остановил лошадь, посадил старуху к себе на телегу.

– Ну, спасибо тебе, – говорит старуха, услужил ты мне, услужу и я тебе.
– Чем же ты мне услужишь, бабушка?

⁴¹Барабанова К. С. Дневники и воспоминания как источник по истории холерных бунтов в Петербурге 1831 г. // Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16–17 мая 2011 г. / Под ред. д-ра ист. наук, проф. С. Н. Полтарака. – СПб.: Полторак, 2011. – С. 48.

- Да ведь я холера. Приду в деревню, пущу яд во все колодцы, кто из них напьется, тот и захворает, а ты бери на свою семью воду из реки, покуда хвость пройдет, туда я не буду яд пускать.

Посмотрел мужик на старуху, а она черная, страшная, глаза словно утоля горят. Ну, думает, хорошо, что сказалась, угощу я тебя, старую ведьму. Привез ее к себе, водочки поднес, угостили. Улеглась она на печку, захрапела. Мужик взял топор, подкрался, хватить ее по шее, сразу голову отсек. Смотрит, а она вся начинена пузырьками с ядом. На другой день он с нею в волость. Осмотрели старуху и дали мужику сто рублей награды⁴².

Важным источником являются пословицы, поговорки, которые, с одной стороны, обобщают опыт народа относительно болезней и здоровья, с другой, популяризируют и пропагандируют его среди населения. Пословицы сохраняют свое смысловое значение до сегодняшних дней: «Без болезни и здоровью не рад», «Забота о здоровье – лучшее лекарство», «Здоровье сгубишь – новое не купишь», «Живи с разумом, так и врачей не надо бояться», «Болезнь приходит бегом, а уходит медленным шагом», «Больной поможет, значит, врач вылечит», «Не всякая болезнь к смерти» и мн. др. Выразительно в устной народной традиции характеризуется немощь больного: «его муха крылом перешебет», «ветром шатает», больной «на ладан дышит», «в чем душа держится», «еле-еле душа в теле». Также зримо и ярко изображается облик здорового человека: «как наливное яблочко», «молодец кровь с молоком» и т. п.

Интересными являются представления о причинах болезни и способах ее лечения. Множество разных недугов приписывалось урокам и сглазам. Болезнь рассматривалась народом как злой дух, который после очищения огнем и водою покидает свою жертву. Отсюда и народное лечение, главным образом, основывалось на окуривании, обрызгивании и умывании, с произнесением на болезнь страшных заклятий. Самые известные из них – заговоры, своеобразные магические заклинания и действия. Перечень существовавших заговоров весьма разнообразен: заговор на укрощение гнева родимой матушки, на укрощение злобных сердец, от укусения змеи, на утихание крови, от зубной скорби, от осы, от запоя, от лихорадки, для любви красной девицы,

⁴²Попов Г. И. Указ. соч. – С. 39.

от тоски, от грыжи и т. д. Заговоры являются интереснейшим феноменом древнерусской культуры, заключающей в себе поэтику русского языка, веру в могущество слова, представления о болезни и т. д. Для иллюстрации приведем несколько примеров заговоров.

На утихание крови. Знахарь крепко сжимает указательным и большим пальцем рану и произносит до трех раз, отплевываясь после каждого раза в правую сторону: «Дерн, дерись. Земля, крепись, а ты, кровь, у раба Божия (имя рек) уймись». Или же говорит так: «На море-океане, на острове Буйне, девица красным шелком шила: шить не стала, руда (кровь) перестала». Эти слова тоже говорят три раза, не переводя духа, иначе кровотечение может усилиться.

«Во имя Отца, и Сына, и Святого Духа, аминь. Доселева было при Агаряне-царе небо медно, земля железна и не дала плоду от себя. Как утихнулись и ужахнулись рек и ручьи, и малые источники, так бы утихлись у раба Божия (имя рек) кровь горячая и щипота, и ломота, и много пособляешь всем моим словом, как ключ небо, а замок земля. Аминь, аминь, аминь».

В Мещовском уезде над обрезанным или порубленным местом знахари говорят три раза: «Летит ворон через Черное море, несет нитку-шелковинку; ты, нитка, оборвись, а ты. Кровь уймись. После того, каждый раз дуют на порезанное место.

«Конь млад, человек стар. Ты, руда, стань, более не капь у раба Божия (имя рек)».

Заговор от всякой болезни. «Господи Боже, благослови! Во имя Отца, и Сына, и Св. Духа, аминь. Как Господь Бог небо и землю, и воду, и звезды, и сыромуатерей земли твердо утвердили крепко укрепил, и как на той сыромуатерей земле нет ни которой болезни, но кровные раны, ни щипоты, ни ломаты, ни опухоли, так же сотворил Господь меня, раба Божия (имя рек), как сотворил Господь, твердо утвердил и крепко укрепил жилы мои и кости мои, и белое тело мое, так же у меня, раба Божия (имя рек), не было бы на белом теле, на ретивом сердце, ни на костях моих, ни которой болезни, ни крови, ни раны, и ни щипоты, ни ломаты, ни опухоли. Един архангельский ключ; во веки веков, аминь»⁴³.

Заговоры иллюстрируют верование в могущество человеческой воли и выражают ее слова. Сила при этом исходила не только из природы, но и из человека, из его души. Интересным является тот

⁴³Русский народ. Кн. 2. Суеверия, приметы, заговоры / Сост. М. Забылин. Белый город. – М., 2005. – С. 93, 165.

факт, что с принятием христианства духовный компонент в лечении болезней сохраняет свою значимость, а порой достигает абсолюта. Причины же болезней в большей степени связываются с наказанием за грехи и возможностью их искупления. Христианство оказало большое влияние на развитие всей медицинской сферы: большее внимание стало уделяться больным, сформировалось осознание необходимости ухода за ними, монастыри стали центрами развития медицины, монахи, князья считали врачевание и помочь больным делом богоугодным, подвижническим, уделяли значительное внимание делу признания нуждающихся и т. п.

Особый интерес представляет повседневная культура и, прежде всего, гигиена как особая область знаний и практики, ориентированных на борьбу с болезнями и сохранение здоровья. К традиционным славянским методам гигиенической культуры относится закаливание водой: умывание ключевой водой, контрастные ванны из бани в снег или холодную воду, моржевание. Баня являлась не только гигиенической процедурой, но и своеобразным культом тела. Стирка белья принадлежала к одной из древнейших культурных традиций русского народа, а также обычай умывания лица и рук утром, мытье рук перед едой, рукомойник был одним из обычных предметов домашнего обихода, что нашло отражение в многочисленных поговорках и загадках. В широком употреблении были полотенца, не только для традиционной встречи гостей хлебом с солью, также были полотенца личные, ручные, банные, посудные. Система водоснабжения и канализаций в Новгороде относится к числу древнейших в средневековой Европе, замощение улиц в городах также способствовало поддержанию гигиены, улучшению в целом состояния здоровья горожан. Некоторое понимание контагиозности болезней, мероприятия по изоляции больных обеспечили высокий для того времени уровень санитарной культуры и относительно здоровый быт⁴⁴.

Особо следует остановиться на пищевой культуре наших предков. «Здоровье близко – ищи его в миске», – говорили на Руси. Крестьянская кухня отличалась простотой и натуральностью: «Щи да

⁴⁴Гуляева Е. Ш. Развитие древнерусской медицинской культуры: дис. на соис. уч. ст. канд. ист. наук. – Волгоград, 2006. – 144 с.

каша – пища наша». В пищу часто употребляли молочные продукты, овощи, ягоды, грибы, фрукты, похлебки на овощных отварах, разнообразные тури, травы (лебеда, крапива), кисель, квас. Пьянство не поощрялось. Мясо в пищу употребляли редко, в году было большое количество постных дней. Пищу готовили в русской печи или запекали, жиры, как правило, не нагревали⁴⁵. Наши предки, таким образом, в большинстве случаев жили в ситуации естественной диеты. Большой популярностью пользовались физические упражнения состязательного характера, особенно среди молодежи (кулачные бои, прыганье через костер и т. п.), – все это позволяло продемонстрировать свою ловкость и удаль, а также состояние здоровья.

Формируется общее отношение к болезни с выраженной национальной спецификой. Так, в западной традиции если кто-то болен, то должен находиться в покое, его мало кто посещает, посещения воспринимаются как социальный контроль. Совершенно противоположный подход в восточной традиции. Если кто-то заболел, его кровать выставляется в жилую комнату. Больной становится центральным объектом событий, посещается родственниками и друзьями. Отказ от посещений считается оскорблением⁴⁶.

На самом деле различий между восточной и западной трактовкой здоровья и болезни достаточно много, неслучайно в этой связи выделяют восточный и западный тип медицины. Для западной медицины характерна естественно-научная, а для восточной гуманитарная направленность⁴⁷. Восточная медицина представляет собой устойчивый во времени комплекс знаний и представлений о здоровье и болезни. Причем, главным принципом является стремление к нравственному и телесному совершенствованию. Здоровье рассматривается как высшая ценность, добиться которой, можно только постоянно самосовершенствуясь. Восточная медицина учит использовать все возможности организма в борьбе с болезнью,

⁴⁵Серова И. А. Вкус меры. Очерки философии здоровья. Серия «Политософское образование». – М.: Издательский дом «Стратегия», 2007. – С. 132–139.

⁴⁶Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / пер. с нем. – М.: Медицина, 1996. – С. 34.

⁴⁷Решетников А. В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ // Социология медицины. – 2005. – № 1. – С. 3–7.

причем воспитывается такое отношение почти с момента зачатия. Несмотря на бурное развитие научной медицины в современном мире, отношение к здоровью и болезни в традициях восточной медицины пользуется большой популярностью, и не только в регионах, где эта система является исторически сложившейся. В эпоху информационной цивилизации и ситуации глобализации она стала востребованной во многих регионах, часто подвергаясь значительным модификациям. Так, распространенной в настоящее время является индийская система здорового образа жизни Аюрведа, по которой здоровье рассматривается как некое единство физического и психического начал. Популярной является система совершенствования здоровья йога. Это учение и метод управления психикой и физиологией человека, элемент религиозной и философской систем Индии. Йога признает существование в человеке неосознаваемых сил и возможности управления через определенную организацию психики органическими и неорганическими процессами и телами, в том числе через систему физических упражнений. Основной ее идеей также является идея о взаимосвязи человеческой психики и физиологии с космосом, а в самом общем смысле это учение о гармонии души и тела.

Своеобразное представление о здоровье и болезни сложилось в Китае на основе самобытного представления о человеке и его связи со Вселенной. Человек своим поведением может влиять на ход событий, причем на уровне Космоса в том числе. Конфуцианство, например, видит причину болезни в нарушении законов и порядков, сложившихся в обществе, поэтому, чтобы вылечиться, нужно соответствующим образом изменить свое поведение. Древнекитайские мыслители разработали хорошо известное сегодня учение об «инь» и «янь», их равновесие в человеке определяет состояние здоровья для него. Всякая болезнь – это нарушение равновесия, важную роль в котором играет энергия «ци», по ее движению лежат определенные пути и активные точки человеческого организма. Китайская медицина предполагает активное участие самого человека в процессе выздоровления, важна также роль врача или человека, оказывающего помощь. Своеобразие китайской медицины сохраняется до настоящего времени, китайцы скорее сделают инъекцию, чем примут ле-

карственное средство в виде таблетки; также в арсенале медицины огромное количество растительных препаратов. Одним из составляющих элементов философии здоровья и болезни Востока является этический компонент. Для духовного здоровья важными признаются любовь, благодарность, доброта и т. п. Здоровье, по мнению человека Востока, зависит от благодати, поступающей из внешнего мира, поэтому вести себя надо так, чтобы получать как можно больше благодати. Таким образом, в области познания человеческого тела, связи его физического и психического аспектов Восток на несколько тысячелетий опережает западные цивилизации, как следствие возникает приоритет в создании религиозно-философских систем.

Западная медицина, как уже отмечалось, имеет естественно-научный характер, более рациональный, в первую очередь, определенный научно-техническими достижениями. Борьба с болезнью требует не столько личной ответственности индивида, сколько ориентации и надежды на врачебную помощь, а также медикаментозное лечение. Для западной медицины по сравнению с восточной характерно большее разделение болезни и личности пациента.

В настоящее время уделяется внимание этническим проблемам здоровья и болезни, однако истоки этого подхода можно найти уже в Древней Греции. Один из трудов «Гиппократова сборника», известный как «О воздухах, водах, местностях», является практически первым произведением, в котором рассмотрены разные формы воздействия окружающей природы на человека, обобщенные с позиций натурфилософии. В нем описаны различные типы людей, живущие в разных местностях, их болезни связываются, прежде всего, с местом проживания (на юге, на востоке, в горах или плодородных долинах), т. е. с условиями окружающей природы, временем года и т. д. Таким образом, древние греки считали, что люди каждого типа имеют свои особенности, которые предопределяют расположение к определенным болезням, влияют на их течение и требуют различного подхода в лечении⁴⁸. Возможно предположить, что разработка такого понятия, как «эндемичность» (это свойство отдельных болезней или их групп постоянно существовать в данной местности вслед-

⁴⁸Гиппократ. Избранные книги. – М.: Сварог, 1994. – 458 с.

ствие наличия определенных социальных и природных условий) берет свое начало с тех далеких времен.

Современные этнографические исследования относительно отдельных регионов предоставляют интересный материал в этом направлении. Например, обряды относительно болезни и здоровья на Кубани. Кубань является специфическим регионом нашей страны, где переплелись культурные традиции разных народов и конфессий. Например, соль здесь рассматривается как один из основных атрибутов гадания, с ее помощью предсказывали урожай, смерть, болезнь человека. Чтобы узнать, будет жить или умрет человек, его сажали перед столом, на котором раскладывали хлеб, соль, уголь, зажигали лучину. Если уголек лучины отклонится в сторону хлеба или соли – человек будет жить, а если в сторону угля, то умрет. Таким образом, прослеживалась магическая связь соли с жизненными силами человека, ее способность воздействовать на человеческое здоровье. Это традиционное представление находит отражение и в обращении к соли в отдельных заговорах: «Соль-солица, небесная царица, никто без тебя не может жить: не царь, не царица, не весь православный мир...». Таким образом, использование некоторых лекарственных средств имеет под собой архаичные мировоззренческие истоки, что в сочетании с вполне рациональными представлениями об их лекарственных свойствах обеспечивает сохранение и передачу древних рецептов⁴⁹. На основе данных этнографии можно выделить целый пласт лечебных средств, связанных с обрядами повседневной культуры. Элементы свадебной одежды, платье и фартук использовали при лечении «испуга» и младенческой болезни. Интересен комплекс представлений и лечебных приемов, направленных на оказание врачебной помощи путем использования атрибутов погребального обряда, предметов, связанных с покойником, частей, органов и останков умерших людей и животных, магических действий, заговоров, запретов, этических установок, примет и гаданий, в которых отразилось представление о целебности всего, затронутого

⁴⁹ Семенцов М. В. Состав народных медицинских знаний кубанских казаков в XIX – начале XX веков // Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. – Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995. – С. 22.

смертью. Эти способы лечения часто не находят рационального объяснения, если не принимать во внимание огромный эмоциональный и нередко психотерапевтический эффект. При стечении определенных обстоятельств подобные средства могли вызвать у суеверных людей не только ужас и отвращение, но и глубокую веру в столь необычные лекарственные средства⁵⁰. На этнографическом материале можно проследить причины болезней по народным представлениям: умыщленный вред, причиненный здоровью человека сознательно («порча», «сглаз», «присуха», «наговор», «закрутка» и др.); вред, причиненный здоровью человека неумышленно другими лицами («сглаз»); нарушение традиционных норм поведения, в т. ч. религиозных (запреты для беременной, новорожденного, запреты, связанные с погребальным, свадебным обрядом, сакральными днями); случайное неблагоприятное событие или явление природы и др.

Лечение болезней сохраняло черты двоеверия. Это проявляется в культурах Святых-целителей и почитании «чудесных» мест – рек, озер, родников, колодцев. Здесь пропаивают дохристианские черты – следы поклонения «сверхъестественным» природным явлениям. Приурочение лечебных ритуалов и обычаям, касающимся сбережения здоровья, к датам православного календаря и календаря вообще поддерживает сохранение древних представлений в определенном порядке. Лечебные ритуалы и другие средства оказания медицинской помощи сосредотачивались, в основном, вокруг праздников: Рождество, Крещение, Сретенье, Великий Пост, Пасха, Троица, Иван Купала, Петров день, Яблочный Спас. На Вербное воскресенье стегались веточками вербы, на Крещение набирали воду и на ее основе готовили лекарства. Особенно действенными считались травы собранные на рубеже между весной и летом. Элементы народной медицины, связанные с календарем, приурочены, в основном, к праздникам и обрядам зимнего, весенне-летнего цикла и группируются вокруг поворотных моментов года: зимнее и летнее солнцестояние, весеннее равноденствие. С календарными праздниками и обрядами связаны и многочисленные запреты, приметы, целью которых можно считать недопущение болезни. В первый день Великого Поста

⁵⁰Семенцов М. В. Указ соч. – С. 28.

женщине запрещалось первой заходить в жилище – нужно войти мужчине т. к. «это на счастье, а если баба, то на хворобу». С некоторыми праздниками (Великий четверг, Пасха) связаны магико-санитарные способы борьбы с вредными насекомыми. Связью лечебных ритуалов с календарем обеспечивается их устойчивость во времени, а приемы являлись и являются общедоступными.

Православная церковь отрицательно относится к лечению у «башек», знахарей, колдунов, а также служителей различного рода оккультных наук: магов, экстрасенсов, гипнотизеров и т. д. Во-первых, считалось, что, обращаясь к ним за помощью, человек совершает грех против заповеди Закона Божьего – «Аз есмъ Господь Бог твой, да не будут тебе Бози иные разве Мене». То есть, путем приобретения здоровья душа такого человека продаётся дьяволу. Во-вторых, согласно православному учению, целью человеческой жизни является спасение души, которое достигается через терпение скорбей, в том числе и болезней, посылаемых человеку Богом. Таким образом, церковь предостерегает людей совершать грех лечения посредством применения магии, дабы избежать страшных мук в вечной жизни.

Болезнь в православном христианстве чаще воспринимается как показатель греха. От него пытались исцелить душу, считая что «телесное» здоровье последует за оздоровлением души. К грехам, за которые Бог наказывает болезнями, народное сознание относит заповеди, запрещающие работу в большие церковные праздники и воскресные дни, прелюбодеяния, кражи, употребление в пищу скромных продуктов, брачные отношения в постные дни и дни больших церковных праздников и др.

Православное вероучение предлагает свои методы лечения: лечение через Святые таинства (исповедь, причастие, соборование), лечение через церковные святыни (святая вода, елей, антидор, артос, просфора), лечение через святые источники, чудотворные иконы, святые мощи, святое мирро, личные вещи Святых угодников Божих, земля с их могил и т. п. Так во время болезни ребенка мать могла причащать его каждую неделю, что, считалось, помогало в лечении многих болезней. Соборование применялось при излечении болезней не только телесных, но и духовных, т. е. грехов. Предпринимались паломничества в разные мо-

настыри, к старцам, которые, обладая даром прозорливости, помогали больному вспомнить тот грех, в котором таился корень болезни и раскаяться в нем. Если Господь прощал болящему смертные грехи, то это существенно изменяло его участь: облегчало протекание заболевания, способствовало иногда мгновенному или быстрому выздоровлению или сохранению жизни.

Помимо крещенской воды, обладающей огромной целительной силой, как раньше, так и теперь в домах многих людей хранится святая вода. Ее приносят домой с молебнов, которые служат на большие праздники. Святой водой смазывали, смачивали больные места, принимали внутрь, Святой водой окропляли маленьких детей, взрослых членов семьи, а также жилище, скот, защищая себя и свой дом от воздействия нечистой силы. Издавна, наряду со святой водой, используют в лечении святой хлеб – просфоры, антидор, артос, часто все называли «святым хлебом». Приносили из паломничества, во время болезни давали больным натощак с молитвой, иногда вместе со святой водой. В народе сохраняется традиция посещения Святых источников, Святых Мощей, Святых Чудотворных икон, могил Святых Угодников с целью спасения или исцеления, в том числе с благодарностью за спасение, как выполнение данного обета.

Святые источники часто дифференцируются по оказанию помощи при разных болезнях, также как иконы. В каждом приходе есть своя наиболее почитаемая икона. В народных представлениях издавна закрепилась их своеобразная специализация, так от слепоты и глазных болезней молятся Казанской иконе Богоматери, в грудной болезни – Святителю Димитрию Ростовскому, в горячке – апостолу Петру или Прп. Марону Сирийскому, от болезней головы – Прп. Иоанну Предтече Господню и т. д. Некоторым святым можно молиться при разных болезнях. Чудодейственной силой обладают освященные вещи (иконы, крестики и т. п.), из святых обителей везут землю, цветы, камушки. Как раньше, так и теперь считается, что нужно преодолеть трудности пути, поэтому до святых мест в былые времена чаще добирались пешком. Эти средства лечения активно используются и сегодня, о чем свидетельствуют материалы этнографических экспедиций.

Венецкая Екатерина Борисовна рассказывает: «Заболела раком, поихала в Тагонрого на могилку к старчику Павлу Тагонрогоскому. Там я земильку ела, водичку брала, в келью до него изделия. Я ездила полтора года, потом стала в церковь ходить, посты соблюдать и через три года выздоровела. Я верила, что старец Павел поможет. До этого в церковь не ходила, работала на выходные, посты не соблюдала, врачи мне сказали, что безнадежна. 23 марта память его, там служат в часовеньке, понайдут со всей страны. Все болящие едят землю, привозят кто что и кладут к нему на могилку усё. К старчику я посыпала и других людей больных раком»⁵¹. Еще одно свидетельство – рассказ Колесниченко Евдокии Ульяновны (1930 г. р.) из ст. Мартанской, долгое время страдавшей сильными головными болями: «Не то какие-то лекарства применяли, нет. Молебны служили. Вот на этом я и поправилась. Лекарства мне не давали... Знала только, что принесут водички, просвирочки... Напейся водички и съешь просвирочку. Лоб и все тело понамочылы – понамочылы и с тем я лежу»⁵².

Приведенные выше средства лечения, применяемые населением, позволяют говорить о том, что этнокультурные образы здоровья и болезни очень устойчивы, народные средства и методы лечения активно используются в современной жизни, они имеют характер паттерн. Анализ лечебных ритуалов, средств, предметов, используемых в лечении болезней, показывает, что речь идет не о простом наборе рецептов, а об этномедицинской системе, существование каждого элемента в которой обусловлено традиционным мировоззрением и древними мифологическими представлениями, культурными детерминантами.

Современная ситуация ориентации на здоровый образ жизни требует выделения рационального компонента национальной традиции в отношении здоровья и болезни. Научная общественность все более и более обращает внимание на эти проблемы. Так, на VIII конференции Европейской социологической ассоциации (Глазго, 2007) особое место занял анализ социокультурных факторов, которые требуют

⁵¹Рыбко С. Н. К вопросу о методах лечения в народной медицине (православный аспект) // Дикаревские чтения (11). Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Северного Кавказа за 2004 год. Материалы Северокавказской научной конференции. – Краснодар, 2005. – С. 206.

⁵²Семенцов М. В. Очерки по традиционной медицине этносов и этнических групп Северо-Западного Кавказа. – Краснодар: Изд-во «Крайбикколлектор», 2002. – С. 26.

иного взгляда на болезни и здоровье. Практика показывает, что динамика роста/уменьшения многих болезней обусловлена ускоряющимся формированием нового социума, культурными разрывами, переходом к новым типам рациональности. Главная причина тому – воздействия такого проявления глобализации, как медикализация на локальные культуры. Это касается, прежде всего, еды: имеет место рационализация диеты, утверждаются диетологические дискурсы, по существу, навязывающие принудительный выбор непривычных продуктов питания. Рационализация диеты ведет к растущей тенденции, называемой «рациональным невежеством», которое ставит под вопрос традиционную кухню, характерную для локального социума⁵³.

Для позитивного решения этих жизненных проблем необходимо максимально учитывать этномедицинские и культурные традиции этноса. Изучение народных знаний и этнокультурных представлений в области врачевания должно носить междисциплинарный медико-культурологический характер. В сегодняшней достаточно сложной ситуации в сфере здоровья важно не противопоставление представлений о здоровье и болезни, а поиск их оптимального синтеза, рационального взаимодополнения.

2.4. Опыт болезни

Независимо от типа культуры, к которой принадлежит человек, дисфункция тела, представленная в виде болезни, разрушает гармонию между физической, социальной и духовной сущностью индивида, приводит к изменению образа жизни. Плохие новости о состоянии здоровья могут привести к состоянию шока, дезориентации и чувству, что контроль над собственной жизнью постепенно теряется. Болезнь начинает оказывать влияние практически на всю жизнь и формировать новую идентификацию индивида. Болезнь или инвалидность, особенно если они вызывают нетрудоспособность, отдаляют людей от их социальных ролей и деятельности, включая работу, отношения и семейные обязательства. К числу серьезных последствий болезни для всех членов семьи заболевшего относится

⁵³Колесникова И. С. Новации в социологии медицины и здоровья // Социс. – 2008. – № 4. – С. 89–92.

изменение их собственного положения в системе социальных связей, часто им нужно максимально скооперироваться, перестроить свой личный график, изменить привычный ритм жизни.

Сегодня процессу переживания болезни уделяется значительное внимание, в науке разработано такое понятие как «карьера болезни», которое рассматривают как постепенное осознание индивидом болезни и реакцию на нее. Так Е. В. Дмитриева выделяет несколько этапов в болезни.

Первая ступень – человек замечает изменение в обычном самочувствии и должен принять решение – обратить внимание на ощущения или игнорировать их. Если человек не проигнорировал необычные ощущения, наступает следующая стадия.

Вторая ступень – определение степени серьезности симптомов и соответственно оценивание ситуации с точки зрения причисления себя к больному или нет.

Третья стадия – индивид должен выбрать стратегию своего поведения. Либо выжидать, когда симптомы исчезнут, либо заниматься самолечением, либо обратиться к специалисту.

Четвертая стадия – больной выбирает врача, к которому ему необходимо обратиться, ориентируясь на свое ближайшее окружение.

На пятой стадии индивид стоит перед выбором определенного вида помощи. Решение в данном случае чаще всего детерминировано советом близких ему людей.

На шестой – человек выбирает конкретного врача.

На седьмой решает, как поступить с данными ему рекомендациями⁵⁴.

Реакция на болезнь может быть самой разнообразной: от осознания ее как кратковременного неудобства до восприятия как трагедии всей жизни. Этот процесс зависит от многих факторов: личностных особенностей больного, социального статуса, тяжести болезни, взаимоотношений в семье, общения с врачом, объяснения причин болезни, возможностей медицины и т. п. Обычно вне зависимости от тяжести заболевания одобрения заслуживают больные, которые

⁵⁴ Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. – М.: Центр, 2002. – С. 142–143.

стически переживают свой недуг. Преодоление болезни во многом зависит от поддержки семьи, позитивного контакта с медицинскими работниками, информации о болезни и многих других факторов.

Опыт переживания болезни есть практически у каждого человека, рано или поздно человеку приходится встречаться с болезнью и выбирать модель отношения к ней. Медицинские социологии выделяют две стратегии в отношении к болезни. Первая стратегия – это управление (*coping*) болезнью, которая подразумевает, что пациенты знают о болезни, но предпочитают подстраивать лечение под свои социальные роли и продолжать участвовать в общественной жизни. Например, люди с сахарным диабетом, признавая наличие болезни, часто не считают себя больными. Они изучают возможности контроля своего состояния, вырабатывают у себя чувство его контроля. Вторая стратегия – это приспособление (*adapting*), при котором у индивида остаются проблемы на когнитивном уровне. Подобные пациенты изменяют структуру отношений с другими людьми, выключаются из системы привычных социальных ролей и обязанностей⁵⁵.

Среди многих факторов, влияющих на процесс переживания болезни, одним из интересных являются произведения искусства. Они достаточно плодотворно используются в лечебных целях. Поверье, будто болезнь можно излечить музыкой, имеет очень древнее происхождение, с давних пор верили, что музыка обладает сверхъестественной силой. Так, например, по библейскому сказанию, Давид играя на арфе излечивал царя Саула от припадков безумия. Примеры такого рода можно обнаружить в медицине античности, имеются в виде знаменитые асклепионы, прообразы современных санаториев. И в настоящее время музыка, художественная литература, изобразительное искусство целенаправленно или стихийно находят свое применения в лечебных учреждениях. Их используют в клиниках, косметологических кабинетах, санаториях, тренажерных залах и т. д.

В этой связи показательна роль документальной и художественной литературы, которая расширяет пространство опыта борьбы с болезнью. Так, например, описания болезней известных людей, каким образом они переживали болезнь, могут быть полезными как

⁵⁵ Дмитриева Е. В. Указ. соч. – С. 143–144.

своего рода средство психотерапии, оказать определенную поддержку в понимании того, что страдали многие, даже гении. Другими словами, истории болезней известных людей в определенной степени помогают пережить свою собственную болезнь. Рассказы о страданиях великих людей постепенно занимают определенные позиции и в медицинском дискурсе, их часто используют как иллюстративный материал при рассмотрении различных клинических случаев. Не может оставить равнодушным историю болезни великого Бетховена, героическое сопротивление композитора глухоте, делавшей практически невозможным главное занятие его жизни. В качестве иллюстрации приведем историю его болезни подробно. Следует обратить внимание, что публикация этих материалов представлена в журнале «Врач», что показательно в плане понимания важности информации для медицинской практики, а также для сопряжения междисциплинарных дискурсов естественных и гуманитарных наук при анализе феномена болезни.

Людвиг ван Бетховен (1770–1827) в молодости перенес тиф и оспу, в возрасте 26 лет у него стал ухудшаться слух, в это же время композитор отмечает свое страдание от частых поносов, коликов в кишечнике. Конечно, самые мучительные ощущения Бетховен испытывал от проблем со слухом, он даже составил завещание в связи с появившимися мыслями о самоубийстве (по мнению известного французского оториноларинголога Г. Канюи, многие страдающие сильными ушными шумами больные ищут выхода в смерти). Не прекращая работать, Л. Бетховен выработал собственную технику, он начал пользоваться деревянной палкой, один конец он вставлял под крышку рояля, а другой зажимал зубами. С помощью этого приспособления он писал музыку до конца своей композиторской деятельности, воспринимая не звуки, а вибрацию, хорошо передаваемую твердыми предметами.

Помимо этого на протяжении жизни композитор болел затяжным насморком и трахеобранхитом, наблюдалась кардиопатия, начались проблемы со зрением. Перед смертью страдал носовыми кровотечениями и кровохарканием, затем был выявлен асцит, жидкость эвакуировали путем пункций брюшной полости.

В соответствии с желанием Бетховена, его тело было вскрыто и подробно описаны все патологические изменения. Протокол вскрытия отмечает сильное исхудание всего тела. Кожа везде покрыта петехиями черного цвета. Живот вздут, особенно в нижней половине. Из брюшной полости удалено

4 черпака мутной жидкости серо-коричневого оттенка. Печень вдвое меньше обычных размеров, жестка как кожа, синевато-зеленоватой окраски. Поверхность органа бугристая. В строме обнаружены мелкие опухолевидные узелки, размером с фасоль. Сосуды печени сужены, уплотнены и не содержат крови. Желчный пузырь оказался наполненным темно-коричневой жидкостью с «достаточным количеством» камней. Селезенка более чем вдвое превышала обычные размеры, имела темную окраску и твердую консистенцию. Желудок и кишки были сильно вздуты. Обе почки окутывала мембрана толщиной в палец; они оказались наполненными мутной коричневой жидкостью. Ткань почек имела некоторые отклонения от нормы, их окраска была бледно-красной. Небольшие почечные лоханки были заполнены известковыми конкрементами, похожими на разрезанные пополам горошины. Детально описано состояние ушей. Но когда умер Бетховен, патологической анатомии в современном виде еще не существовало, патоморфологического исследования тканей под микроскопом еще не проводилось. Поэтому диагноз композитору поставлен примерный. Предполагают, что он страдал циррозом печени, вероятно наличие почечнокаменной болезни с гидронефрозом. Относительно болезни ушей, долгое время считали, что композитор страдал или сифилисом ушей, или отосклерозом. Впрочем, от первого диагноза быстро отказались, несмотря на распространенность сифилиса в Европе в это время, а изменения слуховых труб и барабанных перепонок чаще всего связывают с последствиями перенесенного ранее воспалительного процесса⁵⁶.

Есть некоторые разногласия этического характера по поводу опубликования и использования материалов такого рода. В случае Бетховена ситуация благоприятная, композитор сам задолго до смерти написал завещание о вскрытии его трупа. Так или иначе, внимание большинства людей всегда приковано к личностям известным, их жизни, поведению в сложных ситуациях, болезням, к смерти, наконец. Это своего рода платы за известность, часто очень жестокая. Особенно в случаях с нашими современниками, когда журналисты в погоне за сенсацией нарушают все возможные этические границы и нормы. И даже относительно умерших людей обращение к очень личным переживаниям может привести боль родным и близким. Обращение к темам такого рода может быть оправдано только благими целями – помочь переживания болезни другими людьми, то есть польза для медицинской практики.

⁵⁶Чумаков Ф., Чканников А. Болезни Бетховена // Врач. – № 1 (январь). – С. 44–46.

Обстоятельства болезни и смерти Н. В. Гоголя описаны в многочисленных мемуарах, письмах современников, но при этом до сегодняшних дней окружены большим количеством легенд и выдумок. Поэтому особенно интересны воспоминания А. Т. Тарасенкова, известного медика, главного врача Шереметьевской больницы в Москве, он занимался психиатрией, имел научные работы в этой области. Записки А. Т. Тарасенкова даже отдаленно не напоминают сухие записи истории болезни, это размышления человека, волею судьбы оказавшегося рядом с известным писателем в последние дни его жизни. Как известно, Н. В. Гоголь отказывался лечиться и принимать пищу, доктор проводит беседу с писателем, делясь позже своими впечатлениями.

«Говоря это, я обратил все внимание на лицо страдальца, чтобы посмотреть, что происходит в его душе. Выражение его лица нисколько не изменилось: оно было также спокойно и так же мрачно, как прежде: ни досады, ни огорчения, ни удивления, ни сомнения не показалось и тени. Он смотрел, как человек, для которого все задачи разрешены, всякое чувство замолкло, всякие слова напрасны, колебание в решении невозможно».

Через некоторое время врач запишет: «Увидев его, я ужаснулся. Не прошло месяца, как я с ним вместе обедал; он казался мне человеком цветущего здоровья, бодрым, свежим, крепким. А теперь передо мной был человек как бы изнуренный до крайности чахоткою или доведенный каким-либо продолжительным истощением до необыкновенного изнеможения. Все тело его до чрезвычайности похудело; глаза сделались тусклы и впали, лицо совершенно осунулось, щеки ввалились, голос ослаб, язык с трудом шевелился, выражение лица стало неопределенное, необъяснимое. Мне он показался мертвцом с первого взгляда. Он сидел, протянув ноги, не двигаясь и даже не переменяя прямого положения лица; голова его была несколько опрокинута назад и поклонилась на спинке кресел. Когда я подошел к нему, он приподнял голову, но недолго мог ее удерживать прямо, да и то с заметным усилием. Хотя неохотно, но позволил он мне пощупать пульс и посмотреть язык: пульс был ослабленный. Язык чистый, но сухой; кожа имела натуральную температуру. По всем соображениям видно было, что у него нет горячечного состояния, и не употребление пищи нельзя было приписать отсутствию аппетита»⁵⁷.

⁵⁷Тарасенков А. Т. Последние дни жизни Н. В. Гоголя // Гоголь в воспоминаниях современников. Серия литературных мемуаров. Государственное издательство художественной литературы. – М., 1952. – С. 517–519.

В ситуации оказания помощи известным личностям, врачи имеют свои трудности, по словам А. Т. Тараканкова, медицина не дает правил, как действовать при таких неопределенных явлениях и для такой исключительной личности. Здесь же просматривается еще одна грань – тема опыта переживания болезни, переживание болезни лечащими врачами, которая широко представлена в их мемуарах и воспоминаниях. Иногда врач может казаться суровым и неприступным, но это не означает, что он равнодушен к пациенту. Возможно, врачи не написали бы такое большое количество воспоминаний, если бы судьбы пациентов были им не интересны и безразличны. Воспоминания хирурга А. Г. Коневского яркий тому пример:

«Привезли к нам парня-комбайнера, у которого ногу втянуло до самой верхней области бедра в систему, похожую на мясорубку. Пришлось амputировать ему голень... Ампутация – очень тяжелая, калечащая операция. Часто она изменяет не только жизнь, профессию, но и всю судьбу пострадавшего человека. Больной испытывает не только тяжелые физические страдания, но получает психическую и моральную травму. ...Не могу говорить за всех хирургов, но я после такой операции не мог спать всю ночь. Мои мозги почему-то прокручивали все, что можно было представить в голове у больного: страх за жизнь, профессию, главное, за всю дальнейшую судьбу. Больной впадает в панику, он все время думает, что теперь он инвалид и никому не нужен. Именно такая глубокая депрессия является причиной самоубийств. В два часа ночи, мучимый бессонницей, я оделся и иду в больницу. ...Ещё работая в районе, я посещал ночью каждого больного после тяжелой операции»⁵⁸.

Еще одно направление исследования опыта переживания болезни – это болезни врачей. Врачи, люди с медицинским образованием особенно привлекают внимание, потому что непрофессионалы часто считают, что знания о болезни помогают им преодолеть болезнь быстрее, а иногда уверены, что врачи никогда не болеют. А. П. Чехов страдал от туберкулеза, в его время неизлечимой болезни. Вот как описал А. И. Куприн свои впечатления от этой ситуации: «Боролся он с неумолимой болезнью долго, страшно долго, но переносил ее мужественно, просто и терпеливо, без раздражения, без жалоб, по-

⁵⁸ Коневский А. Г. Припомни всё и оглянись назад. Исповедь доктора. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – С. 140–142.

чи без слов. За последнее время лишь мимоходом, небрежно упоминает он в письмах о своем здоровье. „Здоровье мое поправилось, хотя все еще хожу с компрессом...”, „Только что перенес плеврит, но теперь мне лучше...”, „Здоровье мое неважно... пишу понемногу...”. ... Знал ли он размеры и значение своей болезни? Я думаю, знал, но бестрепетно, как врач и мудрец, глядел в глаза надвигающейся смерти. Были разные мелкие обстоятельства, указывающие на это”⁵⁹.

Врачи могут ошибаться в постановке собственного диагноза. С. П. Боткин, будучи прекрасным диагностом, главной проблемой своего здоровья считал желчекаменную болезнь, на сердечную патологию внимания не обращал. Изучение истории болезни С. П. Боткина и результатов вскрытия позволяют с полным убеждением говорить, что после перенесенного серьезного инфаркта миокарда, он страдал ишемической болезнью сердца, атеросклерозом венечных сосудов, диффузным атеросклерозом с хронической недостаточностью коронарного кровообращения, повторными инфарктами легких, тотальной сердечной мышечной недостаточностью. Хотя у него и имелся хронический калькулезный холецистит и не резко выраженная мочекаменная болезнь⁶⁰. Врачи-пациенты могут не выполнять тех рекомендаций, которые могли бы дать своим пациентам. Известно, что последние дни жизни Зигмунда Фрейда были настоящим мучением. Рак челюсти и более двадцати операций сделали его лицо асимметричным и болезненным, кроме того, он страдал от других непрекращающихся болезней. Фрейд не мог бросить курить и был похож на большинство других докторов, в ситуации, когда речь заходила о собственном здоровье, его логика становилась абсурдной и появлялась странная слепота⁶¹.

М. Монтень в работе «Опыты» неоднократно и достаточно резко критикует медицину и врачей. Выносит весьма любопытное предложение, заключающееся в следующем: «Платон был прав, когда

⁵⁹Куприн А. И. Памяти Чехова // Куприн А. И. Собр. соч. в 5 т. Т. 5. – М.: Правда, 1982. – С. 443.

⁶⁰Будко А. А., Шабунин А. В. Великий Боткин. Сердце, отданное людям. – СПб.: ВММ МО РФ, 2006. – С. 206, 212.

⁶¹Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их гореврачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 51–52, 54.

говорил, что настоящему врачу, стремящемуся усовершенствоватьсь в своем искусстве, следовало бы испытать все болезни, которые он намеревается лечить. ... И правильно, если они хотят лечить сифилис, пусть переболеют им. Такому врачу я бы доверился, ибо все прочие, руководя нами, уподобляются тому человеку, который рисует моря, корабли, гавани, сидя за столом и в полной безопасности водя перед собою взад и вперед игрушечный кораблик»⁶². Мнение небесспорное.

М. Я. Каган-Пономарев, современный врач, оспаривает эту точку зрения: «Рискну утверждать на собственном опыте, что больной врач вовсе не становится более квалифицированным, чем его полностью здоровый коллега. Опыт собственной болезни позволяет врачу углубить понимание внутреннего состояния больного, но вовсе не патофизиологии болезни. Не случайно, врачи зачастую запускают собственные болезни и, тем самым, утяжеляют их течение, так как их профессиональные знания могут вести не только к минительности, но и (подозреваю, что чаще) к ее антиподу – наплевательскому фатализму и безразличию к собственному здоровью»⁶³. Возможно, что участники дискуссии по этому вопросу в более широком масштабе, скорее всего, разделятся по линии «врачи и непрофессионалы» и представлят еще более пеструю палитру точек зрения.

Опыт переживания болезни известными, гениальными людьми интересен в аспекте понимания их личностных характеристик, а также особенностей творчества, неслучайно эта проблема анализируется с позиций медицины⁶⁴. Предсмертные часы А. С. Пушкина описаны в отечественной литературе подробнейшим образом⁶⁵. Пытался разобраться в проблемах с собственным здоровьем писатель М. М. Зощенко, причем настолько скрупулезно, что его рассуждения

⁶²Монтень М. Опыты. Т. 3. – М.: «Терра», 1991. – С. 485.

⁶³Каган-Пономарев М. Я. Литераторы-врачи: Очерки и подходы с приложением Библиографического словаря. – М.: «Дашков и К», 2007. – С. 396.

⁶⁴Розин В. М. Понять жизнь и поступки Гоголя // Вопросы философии. – 2010. – № 1. – С. 130–140; Давыдов А. П. Душа Гоголя. – М.: Новый хронограф, 2008. – 264 с.; Чиж В. Ф. Болезнь Н. В. Гоголя. Записки психиатра. – М.: Терра – Книжный клуб, 2009. – 512 с. и др.

⁶⁵Гессен А. И. Набережная Мойки, 12. Последняя квартира А. С. Пушкина. – Петрозаводск: Карельское книжное изд-во, 1969. – С. 206–231.

анализируют психотерапевты⁶⁶. Болезни композиторов также являются предметом пристального внимания со стороны представителей различных наук⁶⁷. В книге известного немецкого профессора, доктора медицины А. Ноймайра описаны истории жизни и болезней великих композиторов Гайдна, Моцарта, Бетховена, Шуберга с точки зрения достижений современной медицины⁶⁸. В. Лехциер в работе «Эффекты медикализации и апология топоса», комментируя доклад Валерия Подороги, касающегося «Лекции о Прусте», отмечает, что М. Мамардашвили приводит интересную интерпретацию манеры написания известного произведения М. Пруста «В поисках утраченного времени». В частности, М. Пруст писал свое произведение в состоянии тяжелого астматического заболевания, которое писатель отказывался лечить и которое как бы изживал своим письмом, влияние астмы заметны в тексте, в стилистике, в развитии мысли. Страницы текста представляют собой различные вариации описания астматического криза, Пруст использует болезнь для формирования формы письма. В. Подорога отмечает, что Пруст обладал «астматическим переживанием мира»⁶⁹. Болезнь человека, особенно творческого, необходимо учитывать, ведь она вносит свой вклад, и часто существенный, в процесс создания художественных произведений.

Также в связи с опытом болезни показательны ее визуальные образы в изобразительном искусстве. На протяжении истории человек осознанно или неосознанно изображал болезни. Осознанно, когда хотел изобразить именно болезнь и страдания человека, неосознанно, когда писал реалистичный портрет кого-либо. Изображение болезни в живописи может оказывать двойственное влияние. Обнаружение пациентом своего заболевания на полотнах может вызвать мысли не только о своих собственных страданиях, но и сомнение о возможности избавления от этой болезни и успехах медицины в ее лечении, особенно, если это изображение из прошлых времен.

⁶⁶Зощенко М. М. Повесть о разуме. – М.: Педагогика, 1990. – 192 с.

⁶⁷Дворецкий Л. Легочный туберкулез или... (о болезни Ф. Шопена) // Врач. – 2010. – № 10. – С. 76–80.

⁶⁸Ноймайр А. Музыка и медицина. Т. 1. На примере классической школы. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 1997. – 448 с.

⁶⁹Лехциер В. Л. Эффекты медикализации и апология патоса. – Режим доступа: <http://topos.ehu.lt/zine/2006/1/lekhzier.htm>

В настоящее время появилось еще одно направление использования в переживании болезни средств искусства. Имеется в виду активность самих пациентов. С появлением СПИДа возрос интерес со стороны исследователей культуры к изображениям этой болезни. Чтобы обратить внимание на негативные стереотипы, господствующие в обществе, люди, больные СПИДом, начали выступления против отрицательных изображений этой болезни в средствах массовой информации. Коалиции больных СПИДом в нескольких западных странах (США, Англия, Австралия) организовали протесты с активным использованием средств искусства. Организации, такие как лондонская «Группа СПИД и фотография», подготовили фотографии и выставки, которые начали процесс изменения представлений о СПИДЕ в СМИ и общественном сознании.

Современный английский фотограф Джо Спенс, используя свой опыт пациента с раком груди, изобрела технику, которую назвали фототерапия, синтез фотографии и психоаналитической теории. Ее собственное тело стало предметом фотографий, она откровенно демонстрировала изображения возрастных изменений, физических дефектов и боли. Спенс проделала эту работу для того, чтобы дать силы другим больным людям противостоять угрозе болезни, привлечь внимание к проблемам функционирования системы здравоохранения и т. п. Фотографии Спенс были представлены на двух выставках. Первая – «Рисунок здоровья», где она критиковала потерю чувства собственного достоинства и силы, которые сопровождают болезнь. Вторая – «Рассказ о болезни: ритуализированные процедуры», где она представила многочисленные медицинские вмешательства на теле и их последствия. Таким образом, Спенс провела своеобразное протоколирование собственной болезни.

Есть и другие примеры такого рода активности пациентов, например, фотограф Матучка документировала собственное тело в серии автопортретов после того, как ей удалили молочную железу. Автопортрет появился на обложке известного журнала и вызвал противоречивые отзывы из-за откровенного изображения ее груди после операции. Целью Маточки было представление своей борьбы, сопротивление негативному отношению и жалости.

Художница Сюзан Макфарлейн подготовила две большие выставки. Первая из них «Олицетворение здоровья: лечение рака груди в картинках и рисунках». Выставка последовательно освещала этапы трудного пути женщин, столкнувшихся с диагнозом «рак груди»: первая консультация, биопсия и цитология, маммография, операция, гистологические и другие лабораторные исследования, радиотерапия и, наконец, выздоровление, путь домой здоровой и свободной женщины. Вторая выставка – «Жизнь с лейкемией: детская лейкемия в картинках и рисунках». В этой серии прослеживались все этапы, которые проходит ребенок, больной лейкемией: лабораторная диагностика, госпитализация в палату детской онкологии, пункция, пересадка костного мозга, радиотерапия и, в конце концов, выздоровление и возвращение домой. В качестве моделей художница использовала реальных пациентов, которые принимали активное участие в создании художественных полотен. По мнению посетителей выставки, живопись Сюзан Макфарлейн представляет диагностику и лечение лейкемии таким гуманистическим образом, как не смогли бы сделать ни разговорная речь, ни печатное слово. Эти произведения полны глубокой человечности и оптимизма, могут оказать помощь всем, кто прямо или косвенно столкнулся с этими болезнями⁷⁰. Показательно, что героями таких художественных произведений становятся не вымышленные, а реальные, часто очень известные люди.

Занятие живописью, творчеством в любом виде потенциально служит нескольким целям для людей, которые больны. Выражение своих эмоциональных переживаний в творчестве позволяет слегка ослабить страхи, смущение и беспокойство вокруг серьезной болезни. Но когда работа приобретает публичность, когда ее выставляют, печатают, передают по радио или телевидению, в этом случае редко можно услышать подавленный голос автора (пациента), это уже сигнал борьбы и силы, проблемы больных людей становятся всеобщим достоянием. Появляется возможность активно действовать и возможность выразить свою точку зрения, свободно говорить о своих

⁷⁰ Эмери А., Эмери М. Медицина в искусстве / Перевод, комментарии, научная редакция и предисловия к русскому изданию проф. Т. С. Сорокиной. – М.: Центр развития межрегиональных программ, 2009. – Кн. 2. – С. 140.

собственных проблемах, помогая, таким образом, многим и многим людям в сходных ситуациях.

В последнее время группы самолечения и поддержки пациентов стали популярными видами самореализации в западных странах. Такие группы предлагают возможность общения для людей, которые чувствуют изоляцию и отчуждение. Группы «Анонимные алкоголики», группы по снижению веса часто устраивают демонстрации, привлекая внимания к своим проблемам. Движения самопомощи критикуют за ориентацию на возможную замену профессионалов-методов и из-за угрозы распространения самолечения. В нашей стране такой опыт не представлен широко (за исключением Интернет-сообществ и многочисленных форумов на медицинские темы), хотя система взаимоотношений «пациент – пациент» признается очень важной.

Современные СМИ предлагают большое количество информации на медицинские темы. Интернет дает возможность для групп самолечения и отдельных пациентов быстро обмениваться и обновлять огромные пластины информации, оказывать эмоциональную поддержку друг другу. По данным СМИ, каждый третий пользователь ищет информацию о своем здоровье в Интернете. Активно используются собственные странички в Интернете, в которых предлагают для ознакомления истории своего заболевания, дают возможность подробно изложить собственный опыт болезни для тех, кто лечится или стоит перед проблемой выбора лечения. Эти рассказы-откровения могут критиковаться представителями официальной системы здравоохранения, врачами-практиками, но, тем не менее, позволяют пациентам превратиться в производителей информационных ресурсов, давать советы другим и, таким образом, ощущать себя нужными и значимыми, повышать собственную самооценку.

Перечисленные тенденции в опыте переживания болезни не единственные – существуют и другие направления. Главное, что, используя разнообразные средства, пациент из пассивного объекта медицины превращается в активный субъект, имеет возможность ослаблять образы болезни, облегчать собственное переживание болезни. При современном стремлении к максимальному сосредоточению на интересах пациента, представляется, что эти тенденции необходимо

учитывать в плане улучшения оказания помощи больному человеку с учетом его индивидуальных настроений и устремлений.

Особым опытом переживания болезни обладает человек, попавший в больницу. Болезнь и больница слова однокоренные и тесно связанные. Слово «больница» имеет в нашей традиции негативный оттенок, поскольку чаще всего его происхождение связывают со словом «боль», даже, несмотря на то, что подразумевается избавление от нее. Больница является местом, наполненным массой противоречивых чувств и эмоций: беспокойства, надежды, разочарования, радости, страха и наказания. Она вызывает некоторые из наших самых глубоких страхов – боль и смерть. Большинство людей, больные или здоровые, ощущают в больнице состояние дискомфорта. Больница является институтом, сигнализирующим о проблемах, и так было на протяжении истории: «Когда-то в России истории болезни назывались «скорбными листами». Госпитализация во всех случаях ассоциировалась с печалью, скорбью»⁷¹.

Первые больницы, возникшие в период раннего средневековья, еще не были похожи на современные, больше напоминали богадельни и приюты. Они возникли в связи с другими целями, с идеей гостеприимства и помощи нуждающимся, бедным, немощным, т. е. с идеей христианской благотворительности. Об этом свидетельствует само их название (греч. *posoconium*, лат. *hospitium* – помещение для приезжих, от лат. *hospes* – чужеземец, приезжий, и *hospitalitas* – гостеприимство). Но уже тогда, поступая в госпиталь, каждый давал обет воздержания и послушания начальству. Постепенно больной человек становился «пациентом», что в переводе с латинского означает «страдающий», получал пассивную роль, его главной функцией было переносить и ждать, выполнять все больничные правила и предписания.

Строгие правила поведения в больнице существуют до сегодняшнего дня, время распределено по часам, необходимо соблюдать внутренний распорядок, за нарушение больничного режима можно оказаться досрочно выписаным. Когда пациенты входят в современную больницу, они попадают в медицинский мир, в котором нуж-

⁷¹ Эльштейн Н. В. Медицина и время. – Талинн: Валгус, 1990. – С. 104.

но смириться со строгими правилами и обязанностями. Больницу часто сравнивают с тюрьмой, где пациент мало контролирует или вообще не контролирует вопросы, когда есть или спать, какую одежду носить, уровень шума и света помещения и т. п. Происходит нарушение привычного ритма и распорядка жизни, индивид оторван от привычной социальной среды, профессиональной деятельности, формируется впечатление непродуктивного проведения времени.

В больнице между пациентом и медперсоналом есть нечто общее – это изменение понятия времени. Для пациентов понятие нормального времени разрушается, т. к. они становятся жителями института, где их жизни полностью контролируются и границы общественного и личного пространства изменяются. Разрушение понятия времени происходит также для специалистов-медиков, потому что в любое время их могут вызвать к больному, но, в отличие от пациентов, у медперсонала есть больший выбор привилегий распределения личного времени.

Вся совокупность мироощущения человека, находящегося в больнице, и в большей степени негативные проявления получили название «госпитализм». Под госпитализмом понимают совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома, это своеобразный синдром отрыва от дома. Понятие ввел в оборот австро-американский психоаналитик Р. Спитс, исследовавший его причины, проявления и последствия у детей, долго находившихся в больницах. Явления госпитализма, по Спитсу, возникают в различных заведениях, где уход за детьми и их воспитание осуществляются при полном или частичном отсутствии матери и в условиях семьи, где матери не любят своих детей или не уделяют им должного внимания.

Госпитализм может поражать взрослых, особенно больных в пожилом возрасте, находящихся в течение длительных периодов в больничной среде в связи с хроническими заболеваниями. Это связано с увеличением средней продолжительности жизни и с недостаточным количеством мест в учреждениях социального обеспечения. Если больной человек в течение длительного времени находится в больнице, то его жизнь в медицинском учреждении и само заболева-

ние становится «стилем жизни», он отвыкает от жизни дома и даже прикладывает значительные усилия для того, чтобы снова вернуться в больницу. Что касается пациентов молодого возраста, то большую тенденцию к госпитализму проявляют невротики, которых больница защищает от жизненных потрясений и ударов.

Еще одним проявлением госпитализма в медицинской практике является появление устойчивых к антибиотикам форм микроорганизмов у больных и особенно персонала, который становится носителем и распространителем внутрибольничных инфекций. Таким образом, госпитализм – явление многоаспектное. На сегодняшний день оно не ограничивается рассмотрением влияния только на детей, пожилых, психически нездоровых людей, а расширяет сферу влияния в более широком контексте.

На определенный дискомфорт, влияние на болезнь и социальные последствия госпитализма указывал М. Фуко, говоря о проектах времен Революции, в работе «Рождение клиники». Он в частности приводит пример, когда предлагалось создавать не больницы, а дома здоровья, разумеется, для больных: «Больница как цивилизация является искусственным местом, внедряясь в которое болезнь рискует утратить свое истинное лицо. Она сразу же встречает форму осложнений, которую врачи называют тюремной или больничной лихорадкой...». Как альтернативные меры предполагается, что: «Естественное место болезни – это естественное место жизни: семья, нежность непосредственных забот, свидетельства преданности, общее желание выздоровления, все входит в согласие с тем, чтобы помочь природе в борьбе с болезнью и тем, чтобы ей самой дать проявиться в своей истине. Врач в больнице видит лишь двусмысленную, искаженную болезнь, полностью искривленную патологию; тот же, кто лечится дома, «достигает за короткое время истинного опыта, основанного на естественных феноменах всех типов болезни». Обращается внимание на социальные последствия госпитализации: «Больной, безусловно, не способен работать, но если он помещен в больницу, это становится для общества двойной нагрузкой: признание, которое он получает, предназначается лишь для него, а его оставленная семья оказывается, в свою очередь, в нищете и болезни. Больница, прародительница болезней в закрытом и зараз-

ном пространстве, которое она образует, удваивается в социальном пространстве, где она размещается»⁷².

Сходные проблемы были и в России, относительно ситуации XVIII века существуют следующие свидетельства: «И неудивительно, что, стоя перед фактом огромной детской смертности, внутри больничной инфекции и госпитализма в воспитательных домах, Раухфус особенно детально разработал мероприятия по предупреждению этого бича прежних детских учреждений»⁷³. Речь идет о создании системы воспитательных домов и проблем, появившихся в связи с их открытием. Во второй половине XIX века земским врачам приходилось сталкиваться с серьезными трудностями во взаимоотношениях с пациентами, преодолевать их недоверие. О существовавших на тот момент больницах известный общественный деятель, земский врач С. И. Мицкевич писал: «Смертность в больницах – отчасти вследствие всей постановки дела в них, была огромной: крестьяне привыкли приписывать смерть самому факту поступления больного в больницу и питали к больницам ужас и отвращение, называя их морилками»⁷⁴. Земствам и земским врачам предстояла трудная задача по преодолению негативного отношения к больницам⁷⁵.

Как уже отмечалось, госпитализм активно проявляется в психиатрической практике, в ней же появились и первые явления антигоспитализма. Ф. Пинель подверг революционному изменению представления о лечении психических болезней, создал человеческие условия содержания в больницах, снял с психически больных цепи, им разрешали заниматься трудовой деятельностью. Но представление Пинеля о помещении в больницу как о безусловном благе для душевнобольных обернулось для многих пожизненным лишением свободы. Как отмечает И. А. Серова, «Появился так называемый фе-

⁷²Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – С. 43–46.

⁷³Конюс Э. М. Истоки русской педиатрии. – Москва, Золотые страницы медицины, Библиотека классики медицинской литературы, 2007. – С. 240.

⁷⁴Мицкевич С. И. Записки врача-общественника (1888–1918). – М.: Изд-во «Медицина», 1969. – С. 58.

⁷⁵Кузьмин В. Ю. Земская медицина в России (1864–1914) // Вестник Московского университета; серия 8 «История». – № 2. – С. 119–137; Денисов И. На земской службе // Наше наследие. – 1997. – № 42. – С. 58–76.

номен госпитализма, который в 60–70-е годы XX века спровоцировал мощное антигоспитальное движение. Антипсихиатры пропагандировали идею о том, что психических болезней нет, есть микросоциальные кризисные ситуации, которые провоцируют людей на неадекватное поведение. В результате в Америке произошло массовое закрытие государственных психиатрических больниц. За счет душевнобольных резко возросло число бездомных, бродяг»⁷⁶. Как видим, госпитализм – понятие и явление далеко неоднозначное, расширяющее поле своего толкования, в том числе с противоположным значением.

Пациенты, которые часто бывали в больнице, упоминают свое крайне дискомфортное состояние во время лечения. Описания и мнения из различных источников выделяют эффект отчуждения, чувства отхода, дистанцирования от собственного тела, стыд несоответствия стандартам принадлежности к физической норме, необходимость показывать свое обнаженное тело по требованию и т. п. В различных описаниях очевидно наличие чувства беспомощности, потери контроля над собственным телом и распорядком жизни. Медперсонал, как правило, описывается с недостатком человечности, обращающимся с пациентом, как с чем-то неживым, и подчеркивающим превосходство над ним. Проблемы такого рода особенно обсуждаются в западной литературе, где в обществе сильны понятия индивидуализма и личной свободы.

В отечественной традиции одним из первых на эти проблемы указал В. В. Вересаев, который уделял внимание этическим аспектам медицины. Он рассматривал существующие трудности для человека, находящегося в больнице и проходящего обследование, особенно это касалось женщин. В современных реалиях российского общества рассуждения о реализации хоть каких-то принципов индивидуальной свободы пациента, находящегося в больнице, рассыпаются под гнетом значительного количества фактов госпитализации за плату. Пациенту часто бывает важно просто попасть в больницу, получить квалифицированную помощь, в такой ситуации забы-

⁷⁶ Серова И. А. Вкус меры. Очерки философии здоровья. Серия «Политософское образование». – М.: Издательский дом «Стратегия», 2007. – С. 51–52.

вают о личных неудобствах, смиряются со всеми сопутствующими проблемами. Эти случаи являются маркерами неэффективного функционирования системы здравоохранения в целом.

У госпитализма есть еще одно проявление, которое также зависит от уровня организации системы медицинской помощи. Он может стать настоящим испытанием для родственников больного, госпитализация одного из членов семьи может нарушить привычный уклад, распорядок жизни остальных, потому что в современных российских клиниках (если это не дорогостоящая частная) пациенту и его родственникам приходится заботиться об уходе, поиске сиделок, нужных лекарств, диетическом питании и т. п. И такая ситуация, к сожалению, сохраняется уже на протяжении нескольких десятилетий. Вот как описывает одну из таких ситуаций отец онкологически больного ребенка:

«Вспоминаю пустые ночные коридоры Онкоцентра, по которым я бегаю в поисках медсестры отделения, поскольку необходимо срочно снять капельницу у ребенка, иначе воздух войдет в вену. Медсестры нет, видимо, спит, я бегу на другой этаж, в другое отделение и прошу кого-нибудь из тамошних медсестер подняться и сделать необходимую процедуру. Но молоденькие сестры не хотят, они сидят и пьют чай, и говорят, что мой ребенок не из их отделения. После долгих уговоров – одна из них нехотя соглашается пойти, и я усиленно благодарю ее за такое благодеяние»⁷⁷.

Когда медики сами серьезно заболевают и попадают в больницу, собственный опыт дает им возможность получить отражение природы болезни и встречи с медперсоналом. Для врачей, которые заболели, столкновение двух ролей – пациента и медика, которое особенно резко проявляется при помещении в стационар, дает интересную картину рождения пациента. Обычно врачи, которые стали пациентами, отмечают, что принять роль пациента очень нелегко, нелегко сменить белый халат врача, символизирующий авторитет и силу на пижаму пациента, символизирующую беспомощность и подчинение. Для некоторых врачей важно максимально долго сохранять роль врача, которая обеспечивает им некоторую уверен-

⁷⁷Бобров Н. Сашенька. Последний год // Человек. – 1992. – № 4. – С. 144.

ность. Доктора, которых готовили быть решительными борцами с болезнями других, с неизменным постоянством переживают неуверенность и озабоченность, когда они сами оказываются не в порядке. Когда доктора сами больны, их самой большой трудностью может быть принятие беспомощной роли пациента, потому что они привыкли находиться по другую сторону, диктовать свои условия в борьбе с болезнью.

Госпитализм нашел широкое отражения в произведениях искусства, и это еще раз подчеркивает значимость проблемы. Например, «Раковый корпус» А. Солженицына показывает реакцию на госпитализацию представителей различных социальных слоев. В известном фильме М. Козакова «Покровские ворота» герой эмоционально описывает свое состояние во время хирургической операции: «Сколько я пережил... я лежал на столе обнаженный и беззащитный. Со мной могли сделать все, что угодно...». Есть такие примеры и в зарубежном искусстве. Во время периодических приступов психической болезни Ван Гога помещали в психиатрические больницы. Больничная палата в Арле стала сюжетом одной из его картин, интерьер палаты мрачный и отталкивающий. В письме к своему брату Тео он откровенно рассказывает, что ощущает себя заключенным в мире странных людей и что его картина – это «...исследование палаты сумасшедших в больнице в Арле».

Изображения заботы, исходящей от медсестер, внимательных докторов, веселых пациентов становятся частью позитивной пропаганды опыта госпитализации, который предназначен для смягчения опасений пациентов. Ведь «можно ясно сознавать, что больница неизбежна, необходима, что она принесет выздоровление или облегчение, и все же она напоминает, что тебе нехорошо, что ты не успел или не успеешь что-то сделать.... Поэтому так остро стоит проблема сведения до минимума того, заведомо отрицательного, что несет с собой само пребывание человека в больнице», – отмечает Н. В. Эльштейн⁷⁸. В больничных условиях важнее другое – заставить человека меньше думать о своей болезни, убедить в благополучном исходе. В конечном счете – это тоже лечение.

⁷⁸Эльштейн Н. В. Медицина и время. – Таллинн: Валгус, 1990. – С. 105.

Самые разнообразные выходы предлагают для преодоления негативных последствий госпитализма, даже учитывать психологическое воздействие цвета на пациентов, находящихся в больнице. Написаны целые трактаты о цветотерапии, для медицины предлагается более 30 цветов и оттенков. Цвет имеет важное функциональное значение. В интересах главврача «раскрасить» все отделения, чтобы отслеживать потоки медперсонала. Возможно, это будет полезно для лучшей организации обслуживания пациентов и лучшей организации работы клиники. Даже сам по себе цвет – это лекарство. С его помощью разбавляется монотонная стерильность учреждения, создаётся домашняя обстановка, снимается напряжение пациентов. Цвет имеет значение, как для реальных лекарственных препаратов, так и пустышек-«плацебо». Именно с цветом таблетки пациент часто идентифицирует получаемое лекарство, если точно не знает названия: «утром – синенькую, днем – желтую, перед сном – белую». Цвет лекарственных средств может вызывать у пациентов ассоциации, которые исторически сложились в соответствующем обществе (в искусстве, в религии) или возникли в личном опыте самого человека. Свежие яркие цвета повышают эффективность плацебо⁷⁹.

Есть и другие средства борьбы с госпитализмом. Например, в Великобритании в детских палатах сестры милосердия носят униформу, выполненную в повседневном стиле, чтобы создавать благоприятную эмоциональную атмосферу для маленьких пациентов. Примеры можно продолжать, но главное, что госпитализация воспринимается, как правило, негативно по многим параметрам в широком диапазоне: от сознания собственной девиации до высокой степени депривации и главная задача современной медицины – преодолеть это воздействие максимально в целях большего успеха лечения болезней.

В современной культуре термин «госпитализм», еще не получив достаточного научного осмыслиения, имеет и несколько иносказательное значение, он употребляется метафорически, например: «Госпитализм – не есть ли это термин для обозначения социального строя,

⁷⁹Зверева Н. В. Проблема отношения больного к лечению (о внутренней картине лечения // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины. Сборник научных статей / Под ред. Е. А. Андрияновой. – Саратов: Изд. центр «Наука», 2009. – С. 238.

утверждаемого на просторах бывшего СССР посредством шизофренизации?», как видим, термин активно внедряется в поле современной культуры и в иносказательном смысле в том числе⁸⁰.

Опыт переживания болезни представляет собой особого рода ценность. Л. Улицкая в одном из последних произведений «Священный мусор» пишет следующее: «...и я счастлива и благодарна всем и всему. А также моей болезни, которая, отодвинувшись на какое-то время, дала мне дополнительную остроту зрения, усилила радость видения мелких и огромных вещей, освободила (немного, немного, но вектор есть!) от суетного стремления немедленно сделать это, и еще это, и то, и другое. Остановись, мгновенье, ты прекрасно! И каждый день – целая коллекция минут. Ничего не надо с ними делать – просто жить и радоваться, сколько отведено времени. Если для этого ощущения надо было перенести две операции, химиотерапию и облучение, оно того стоило».

2.5. Культурные стереотипы медикализации

Прослеживая периоды и этапы развития медицины, нетрудно заметить, что история медицины – это история борьбы с болезнями, и, по большому счету, история превращения человека в пациента. История медицины показывает перемещение акцента с осознания ценности здоровья на научное исследование болезней, их причин и лечения. Болезнь занимает значительное место в жизни человека, причем как относительно физиологии, так и ее концептуализации в культуре. На современном этапе четко прослеживается тенденция рассмотрения человеческой жизни в контексте соотношения здоровья и болезни как медицинской проблемы.

Сегодня тема медицины чрезвычайно актуальна. Это связано с попытками преодоления кризисных явлений в организации системы здравоохранения, кардинальными изменениями технологий и роли пациента в лечебном процессе. Достижения в медицине определяют новую стратегию и тактику борьбы с различными заболеваниями, что влечет за собой необходимость разрешения возникающих эти-

⁸⁰Люсий А. Пути на пользу. К 220-летию путешествия Екатерины II в Крым (1787) и 14-летию поездки туда же Африки // Вопросы культурологии. – 2007. – № 6. – С. 25.

ческих проблем, связанных с трансплантацией органов, искусственным оплодотворением, клонированием, эвтаназией и т. п. Развитие фармацевтической промышленности в сотрудничестве с рекламной индустрией способствуют активному продвижению различных новшеств от медицины в повседневную культуру. Что касается России, то в связи с угрозой депопуляции, превышении уровня смертности над уровнем рождаемости, индивидуальное и общественное здоровье становятся предметами особой заботы и выделяются в качестве государственного приоритета, подтверждением чего является принятие и реализация национального проекта «Здоровье».

По большому, счету эта тема не нова – одним из первых, кто обратил внимание на тенденцию укрепления позиций медицины в обществе, был М. Фуко, который использовал понятие «медиакализация» для характеристики возрастающей роли медицины⁸¹. Истоки и проявления медиакализации находят на ранних этапах развития человечества, например, в трактатах «Гиппократова сборника», отразившего ситуацию медиакализации античной культуры, когда врачевание не ограничивалось узко специализированной сферой деятельности. Медицина выступала как система воспитания, как элемент практики заботы о собственном теле, представляя собой особую античную модель целостной заботы человека о самом себе. По мнению Е. И. Кириленко, в европейской истории ситуация медиакализации культуры повторялась трижды: в культуре античности, Возрождения, в современном мире⁸². По-разному складывались отношения между медициной и человеком, были периоды недоверия, опровержения, массовых отказов от медицинской помощи, но современный человек прочно связан с медициной, он стал потенциальным пациентом. В наше время возрастающего влияния медицины и всеобщей озабоченности собственным здоровьем, растущего стремления укрепить его любыми доступными средствами для обозначения всех процессов, так или иначе связанных с медициной, исследователи активно используют термин «медиакализация».

⁸¹Фуко М. Указ. соч.

⁸²Кириленко Е.И. Медицина как феномен культуры: опыт гуманитарного исследования: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. докт. философ. наук. – Томск, 2009 – 43 с.

Медикализация как явление и термин далеко неоднозначны, употребляются в разных контекстах. Эта проблема в целом находится в центре исследовательского внимания философов, культурологов, социологов, психологов. Попытки научной рефлексии данного понятия привели к появлению его определений, одним из них является следующее: «медикализация – процесс закрепления медицинских “ярлыков” за теми типами поведения, которые считаются социально или нравственно нежелательными. Термин обладает определенным подтекстом, заключающимся в том, что современная медицина якобы способна исцелять общество от всех проблем, стоит только признать их “болезнями” (включая вандализм, алкоголизм, гомосексуальность, склонность к нарушению правил дорожного движения или политическую девиантность). Термин используется теми критиками современной медицины, которые утверждают, что ныне врачи обладают слишком большим политическим влиянием в тех вопросах, в которых они не компетентны»⁸³.

Исходя из такой трактовки, можно говорить о медикализации эмоций, можно лечить, например, не только тревожность, но и зас tenчивость, а любовь предлагают внести в реестр психических заболеваний. То, что всего сто лет назад рассматривалось как норма, сегодня – почти обязательное показание для лечения (предменструальный синдром, климакс, возрастное снижение сексуальной активности у мужчин и т. п.). Начались дискуссии вокруг природы преступлений, в ходе которых встречаются объяснения нарушения общепринятых норм уровнем гормонов крови. Многие виды деятельности сегодня рассматриваются как болезнь, что влечет за собой ценностные изменения в отношении к ним. Такая ситуация трактуется по-разному: от поддержки до недоумения, примерно как у геройни одного из рассказов Д. Рубиной «Дом за зеленой калиткой» по поводу клептомании: «...если человек украдет, скажем, велосипед, даст ли врач ему бюллетень? Ведь если это болезнь?». Действительно, если перечисленные выше состояния являются болезнью, то не станут ли все без исключения пациентами и достаточно ли будет средств для оплаты больничных листов при таких заболеваниях?

⁸³Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – С. 837–838.

Налицо медикализация беременности и родов. На ранних сроках беременности будущие мамы должны стать на учет в женской консультации, а роды принимают в специальных родильных домах, за самым редким исключением, которые, как правило, осуждаются общественностью и особенно профессионалами. Хотя исторически беременность, так же как и климакс, воспринимались как вполне естественное состояние женщины, не требующее медикаментозного лечения. Роды проходили в привычной домашней обстановке, а для женщин невысокого социального происхождения этот процесс мог произойти между делом, во время работы, например у крестьянок роды во время полевых работ были распространенным явлением. Произведения художественной литературы, исторические источники дают нам наглядные доказательства такого положения дел. Немногие женщины сельской местности знали о существовании врачей-акушеров, и никто из них не пользовался помощью этих специалистов: «Дети рождались с помощью бабок-повивалок без всяких дипломов, научившихся путем практики. Когда же роды происходили в поле, далеко от села (и это случалось частенько), повитуху заменяла одна из женщин, уже имевшая детей. Если же роженица была в поле одна с мужем, то обязанности “бабки” выполнял муж»⁸⁴.

Этот же автор отмечает невысокой уровень медицинской помощи в деревне, даже в период существования земской медицины. Заботы земства о здоровье населения проявлялись, главным образом, во время холерных эпидемий и ограничивалась, в большинстве случаев, посылкой фельдшеров или санитаров, которые приходили в избы, где были умершие, и заставляли родственников класть покойников в гроб. Потом они обрызгивали тело раствором извести и приказывали прибивать крышку гвоздями до отпевания и выноса покойника из избы, что противоречило православным обрядам и оскорбляло религиозные чувства. Что касается других болезней, даже во время эпидемии скарлатины и дифтерии, уносившей 15–20 детей в день, крестьяне не видели медицинского персонала в своем селе. Медицин-

⁸⁴Столяров И. Записки русского крестьянина // Записки очевидца: Воспоминания, дневники, письма / Сост. М. Вострашев. – М.: Современник, 1989. – С. 71–72.

кая помощь, таким образом, была непривычным явлением для населения достаточно долгое время.

Абсолютно противоположную ситуацию мы наблюдаем сегодня. Врач в большинстве случаев сопровождает человека от момента рождения до смерти. В настоящее время можно говорить не только о медикализации жизни, но и смерти, «...люди с каждым годом все сильнее хотят наслаждаться жизнью именно здесь и сейчас, а не дожидаться “вечной жизни”. Поэтому во многих вопросах они уже не обращаются к священнику, разбирающемуся в том, как разрешит их вопросы Вечность, а идут к врачу, главному уполномоченному по делам здоровой жизни здесь, на земле»⁸⁵. В данной ситуации именно врач рассматривается как спаситель, происходит новый виток повышения престижности врачебной профессии и соперничества со священником. Медицина становится спасительной для большинства населения, как когда-то религия. Врач заменил священника у постели больного, смерть стала объектом внимания врачей и представителей похоронного бизнеса. Большинство современных пациентов умирает в больницах⁸⁶. Мы можем говорить о медикализации смерти особенно в случае эвтаназии, которая стала одной из самых обсуждаемых проблем на страницах учебников, в прессе и научных конференциях. Проблема эвтаназии, сфокусировавшая ценность жизни и ее качества, социальную роль врача, правовые аспекты добровольного ухода из жизни, достойную смерть и т. п. является одной из самых сложных на сегодняшний день.

В исследовательском поле социологии медицины проведено значительное количество инициативных исследований, касающихся различных аспектов медикализации⁸⁷. По мнению современных иссле-

⁸⁵ Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их гореврачей. – СПб.: Питер, 2010. – С. 71–72.

⁸⁶ Лаун Б. Дети Гиппократа XXI века: дела сердечные / Бернард Лаун; пер. с англ. М. Вавиловой. – М.: Эксмо, 2010. – С. 267.

⁸⁷ Бударин Г. Ю. Медицина как социальный контроль: автореф. дисс. на соиск. уч.ст. канд. социал. наук. – Волгоград, 2005. – 24 с.; Боязитова А. Н. Медикализация как социальный процесс: автореф. дисс. на соиск. уч.ст. канд. социал. наук. – Волгоград, 2005. – 24 с.; Михайлова О. Н. Медикализация детства: социологический анализ: автореф. дисс. на соиск. уч.ст. канд. социал. наук. – Волгоград, 2005. – 24 с.; Атагаджиева М. С. Социальные и клинические особенности медикализации предменструального синдрома: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. канд. социал. наук. – Волгоград, 2005. – 24 с. и др.

дователей, социальными субъектами медикализации выступают: а) врачи, б) пациенты и обслуживающие их СМИ, в) фармацевтические компании⁸⁸. На самом деле медикализация неотделима от финансовой структуры медицинского обслуживания, которая имеет большое количество проблем, в том числе в связи с реформированием системы здравоохранения. Комбинация медикализации и финансовой структуры общества формирует особый стиль поведения медицинского работника по отношению к пациенту. Если целью является получение денег, то врачи объяснят пациенту каждый симптом как отдельную болезнь, которая требует обязательного лечения. Если же в обществе стоит установка на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие длительного исследования и проверки случаи или комплексные медицинские проблемы⁸⁹. Относительно нашей страны медикализации способствует существующая практика получения теневых доходов врачами, причем непосредственно на рабочем месте, назначение излишних процедур и избыточного лечения с единственной целью получения дополнительных доходов наличным способом. Основными причинами такой ситуации называют: тенденцию деквалификации врачей; увеличение количества организаций, ограничивающих автономию врачей; наличие фиксированной зарплаты в большинстве случаев врачебной практики, а не гонораров; увеличение числа узких специалистов из-за продолжающейся специализации в медицине и т. п.

Во многих научных исследованиях подчеркивается важность проблемы, которая состоит в том, что расширение медикализации усиливает функцию медицины как социального контроля. Существует реальная возможность, что врачи смогут контролировать социальное поведение людей, расширяя медицинские назначения и рекомендации. Механизм распространения этой ситуации также определяют как медикализацию, как и сам процесс повышения зависимости пациентов от медицинских работников по различным направлениям. Медицина заметно влияет на многие социальные институты, на про-

⁸⁸Бударин Г. Ю. Указ. соч. – С. 11.

⁸⁹Ковалева М. Д. Женщины в медицине: монография. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – С. 43–44.

цесс принятия решений государственного масштаба (списки льготных лекарственных препаратов, признание состояния здоровья достаточным для прохождения военной службы, определение группы инвалидности и т. п.). Обсуждая бурный процесс развития медицины, перспективы ее почти безграничных возможностей в будущем, как следствие отмечают рост престижа врача в обществе. Сегодня можно стать свидетелями широких дискуссий о постбиологической эволюции, основными вопросами которой являются: будет ли бессмертие, если возможным станет замена всех, без исключения частей тела человека, станут ли врачи в этой ситуации выступать в роли конструкторов, ведь они начинают обретать абсолютный авторитет в своей и других видах деятельности. Повышение зависимости пациентов от врачей может создать многочисленные социальные риски, которые обусловлены, в том числе, низкими статусными характеристиками профессиональной группы медицинских работников, и к которым наше общество пока не готово.

Медикализация, имея различные формы, будь то расширение лекарственной терапии или обязательное генетическое консультирование, имеет сущность – инвариантную для всех этих форм, возрастание зависимости людей от медицинских вмешательств и все возрастающий авторитет профессиональной деятельности врача. Врач в ситуации медикализации выступает необходимым экспертом, хотя именно врач зачастую выступает и одним из агентов медикализации, как уже отмечалось выше. Эта двойственность положения врача в большей степени, чем что-либо в ситуации медикализации нуждается в осмыслении и практических выводах. Какая роль врача, эксперта или агента медикализации будет преобладать – от этого во многом будет зависеть авторитет и отношение в обществе к этой профессии. Дополнительный импульс медикализации, по мнению Е. Г. Гребенщиковой, детерминирован бурными дискуссиями относительно перспектив и возможностей «улучшения» и «расширения» человека, инициирующих переосмысление антропологических нарративов и смысложизненных ценностей, структурирующих современное культурное пространство. Автор, обобщая явления, существующие вокруг медикализации, дает следующее ее определение: «В сложившейся трактовке под медикализацией понимается: 1) власть

медицинских институтов в обществе, в результате чего традиционные функции лечения и профилактики дополняются социальным контролем; 2) привлечение медицинской терминологии для описания социальных процессов и явлений и интерпретация последних в духе медицинского диагноза»⁹⁰. Медикализацию часто определяют как «процесс распространения влияния медицины на все новые сферы общественной жизни, ранее не связывающиеся со здоровьем человека»⁹¹. В самом широком контексте под медикализацией понимается сложный социокультурный процесс, связанный с повышенным интересом людей к медицине, с их возрастающими потребностями в качественном медицинском обслуживании. С 70-х годов XX века этот термин превратился в одно из ключевых понятий во многих странах мира, постепенно уточняясь его дефиниция. Под медикализацией стали понимать два процесса: во-первых, «постепенное втягивание все большего числа людей в сеть медицинского обеспечения; во-вторых, “рационализацию поведения”» человека по отношению к собственному телу...» Процессу медикализации населения соответствовал процесс профессионализации людей, занимавшихся лечением, а вместе они составляли еще более глобальный процесс модернизации общества»⁹².

Медикализация характеризуется проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления, медицинских концепций и представлений о причинах, формах протекания и лечении болезней, возрастанием зависимости от медицины обычных людей в повседневной жизни. Все популярнее становится мнение о необходимости формирования здорового образа жизни, здорового и красивого тела, правильного питания, что позволяет констатировать повышение рейтинга здоровья в системе ценностей общества. Медицина

⁹⁰Гребенщикова Е. Г. Медицина в горизонте культуры: амбивалентность медикализации // Вопросы культурологии. – 2011. – № 1. – С. 76.

⁹¹Варламова С. Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социс. – 2010. – № 4. – С. 86–87.

⁹²Шлюмбом Ю. Введение. История медицины: актуальные тенденции и перспективы / Ю. Шлюмбом, М. Хагнер, И. Сироткина // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / Под общ. ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И. Сироткиной; отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К. А. Левинсона. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алтейя, 2008. – С. 21.

демонстрирует тесную связь со сферой питания, производством продуктов (достаточно обратиться к рекламным роликам, представляющим какой-либо продукт питания, как правило, акцент будет сделан на его полезности для здоровья), спортом, психическим здоровьем общества. Призывы к сохранению и поддержанию здоровья настойчиво сопровождают в быту и повседневной жизни. Это могут быть специальные телевизионные программы, печатные издания, предупреждения о вреде курения и употребления алкоголя или реклама на пищевых продуктах, отражающих их ценность и пользу для здоровья и т. п.

Массовый наплыв разнообразной информации на тему медицины способствует повышению интереса населения в этом направлении. В настоящее время происходит активное расширение информационного поля, касающегося медицины. Темы медицины, культивирования здорового образа жизни входят в повседневную жизнь современного человека. Практически каждый телевизионный канал имеет передачи, посвященные проблемам медицины. Они обладают широкой зрительской аудиторией, вызывают постоянный интерес. Среди них: утренняя передача «Доброе утро», включающая раздел «Советы народной медицины», передача «Здоровье», ежегодная трансляция вручения премии «Признание» за особые достижения в области медицины, передача «Без рецепта» с доктором Брандом, «Малахов +», «Жить здорово», «Контрольная закупка» и др. Появился целый ряд художественных фильмов: «Скорая помощь», «Ускоренная помощь», «Неотложка», «Интерны» и др. Среди периодических изданий уже много лет лидирует по числу читателей журнал «Здоровье», кроме того, любой женский журнал имеет раздел, касающейся проблем здоровья и медицины. Газета «Здоровый образ жизни» («ЗОЖ»), содержащая советы из опыта народной медицины и состоящая из историй борьбы читателей с каким-либо недугом, пользуется чрезвычайной популярностью среди населения. В книжных магазинах можно найти большое количество справочных изданий для домашнего пользования, появился целый раздел «Популярная медицина», действительно популярной по качеству и уровню информации и по степени востребованности читателями.

Не обходит вниманием темы здоровья и реклама различных продуктов питания. Так, один из молочных заводов г. Волгограда использовал следующую рекламу на своей продукции:

«Обратите внимание! На упаковке Вашего любимого кефира появилась печать доктора Бранда. Доктор Я. Б. Бранд, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, руководитель отдела неотложной кардиохирургии Института скорой помощи им. Склифосовского, ведущий программы «Без рецепта» на НТВ. Кисломолочные продукты являются источником здоровья людей всех возрастов, так как при их регулярном употреблении нормализуются процессы усвоения всех питательных веществ. Содержащиеся в кисломолочных продуктах лактобактерии улучшают баланс кишечной микрофлоры, укрепляют иммунитет. Доктор Брандт советует: включите в свой ежедневный рацион кисломолочные продукты. Ваше питание должно быть как вкусным, так и полезным. Пусть продукты родного края принесут Вам здоровье».

В рекламе «Кавказского мацони» (подзаголовок «народные рецепты – закваска здоровья кавказского») использована, наряду с другими, цитата из произведения Фазиля Искандера: «Чик попробовал ложку густейшего мацони. «Это, – подумал он, – вкуснее, чем сливки...» «А может, они от настоящего мацони все такие здоровые, – подумал он»».

Нужно отметить, что в рекламе не только продуктов питания, но и многих промышленных товаров (мебель, матрасы, обувь, одежда и т. п.) активно используется тема здоровья и здорового образа жизни, иногда, впрочем, доходя до грани спекуляции. Отдельного анализа требует реклама лекарственных препаратов, биологически активных добавок, с ужеочно вошедшими в жизнь слоганами: «Некогда болеть», «Все болит, ничего не помогает» «С тревогой жить нельзя – ее необходимо лечить» и т. п. А если добавить к этому огромное количество аптек, частных клиник, объявлений «на столбах» о предоставлении самых разнообразных медицинских услуг, в том числе диагностики... Многочисленные публицистические программы и блоки новостей также содержат информацию на эту тему, программы на радио, сайты в Интернете дополняют общую картину.

Кажется, что в такой ситуации есть свои небольшие плюсы. Врачи-стоматологи отмечают, что пациенты стали чаще, описывая проблемы с полостью рта, употреблять слово «кариес», а не «дырка в зубе» или «дупло». Вполне возможно, что это свидетельство действия рекламы, предлагающей различные зубные пасты, жевательные резинки и т. п., часто упоминающие это слово, а также показывающие на макетах что это такое. Хотя сложно проследить, насколько внимательнее пациенты, владеющие медицинской терминологией,

следят за полостью рта. На это обстоятельство обращают внимание исследователи, так, по мнению Т. А. Ковелиной, «в настоящее время стала рельефно проявляться очередная волна медикализации культуры... При этом медикализация культуры еще не стала условием формирования медицинской культуры общества»⁹³.

Интернет и болезни – тема сравнительно новая, но требующая отдельного анализа в контексте рассмотрения проблемы медикализации. Известно, что виртуальное пространство обладает массой форумов, специализирующихся на информации о болезнях и даже он-лайн консультациях. Огромное количество людей ищет информацию о своих болезнях или болезнях родственников, знакомых в Интернете. Активные пользователи вполне могут быть более грамотными в медицинских вопросах, так как, увлекаясь «виртуальной медициной», следят и интересуются новостями в этой области, используют на практике советы и рекомендации. Пользуясь новейшими средствами коммуникации, информацию о болезнях и их лечении может получить человек из любого, даже самого отдаленного места проживания и это, безусловно, положительная сторона. Также позитивным моментом является возможная анонимность врачебной консультации, возможность поделиться своими личными сомнениями и чувствами относительно какого-либо заболевания. Открытая информация о болезнях и их последствиях может помочь людям приготовиться к возможным трудностям, свыкнуться с мыслью о болезни, узнать о возможностях достойной жизни с нею. Известно, что бывший президент США Рональд Рейган был одним из первых известных людей, кто публично заявил, что страдает болезнью Альцгеймера. Один из шведских политических деятелей опубликовал дневник, в котором описал трудности ухода за больной женой. Эта информация могла не только удивить, но и оказать определенную помощь другим людям. Однако не у всех пациентов или их родственников хватает мужества открыто рассказать о своих проблемах, в этой ситуации на помощь приходит Интернет.

⁹³Ковелина Т. А. Образ врача в культуре: автореф. дис. на соиск. уч.ст. докт. филос. н. – Ростов н/Д., 2006. – 48 с.

Представители научной медицины часто высказывают опасение в связи с тем, что пациенты могут отказываться посещать врачей, используя возможность консультирования в Интернете. И совершенно справедливо предупреждают об определенных рисках: не всегда точные и проверенные сведения, информация, предоставленная непрофессионалами, максимально упрощенные сведения, иска жающие смысл, скорее напоминающие любительские советы или на самом деле являющиеся таковыми и т. п. Часто рекомендации носят самый общий характер, они не учитывают индивидуальные особенности организма больного человека, сопутствующие заболевания, возможный прием других лекарственных препаратов или их непереносимость, прием препаратов, противоречащих друг другу и т. д. Советы даются без проведения анализов, медицинских исследований, врачебного осмотра. Часто идет скрытая реклама лекарственных средств, частных медицинских центров, нацеленных, в первую очередь, на получение прибыли. Многочисленные разоблачения не останавливают надежд на чудесное исцеление или нахождения панацеи от всех болезней. Просмотр фотографий, видео или чтение описаний симптомов болезней провоцируют человека к поиску возможных признаков заболевания в собственном организме и, как следствие, могут привести к недоверию лечащему врачу. В итоге, постепенно формируется особая категория пациентов, которых можно определить как «Интернет-пациентов». Помимо этого значительное количество врачей пользуется сомнительной информацией в Интернете и не прочь давать советы в сети, таким образом, можно предполагать возможное формирование особой группы врачей, которых, в свою очередь, определяют как «Интернет-врачей».

Медикализации общества способствует низкая профессиональная культура врачей, очереди в поликлиниках; нехватка времени у врача для индивидуальных консультаций и беседы с пациентами значительно усугубляют эту ситуацию. В жизни, увы, можно встретить врачей менее грамотных, чем советы на сайтах, человек ответственен за свое здоровье, поэтому в его интересах самостоятельно проводить анализ полученных данных относительно собственного состояния, добывших из разнообразных источников. Интернет становится важным средством заботы о своем здоровье, избежать его

влияния вряд ли удастся, поэтому необходимо максимально ограничить негативные последствия этого процесса.

Таким образом, по-прежнему представления о болезнях у населения, как правило, формируются за счет достаточно хаотичного характера информации на медицинскую тематику. Они, по выражению А. Моля, имеют характер мозаичной культуры, представляют результат случайного скопления разрозненных элементов, совокупный продукт изобилия всевозможных знаний и действия технических средств массовой коммуникации⁹⁴. Интернет в этом процессе играет далеко не последнюю роль, даже выходит на лидирующие позиции, аккумулируя в себе все предыдущие источники информации и представления населения о болезнях, сложившихся исторически и имеющих риски и пользу.

В последнее время в научных дискурсах, в публицистике, на уровне бытовой культуры термин «медиакализация» употребляется с явно негативным оттенком. Из-за желания быть здоровым общество становится все более и более медиакализированным, человек постепенно превращается в хронического (а не потенциального) пациента, происходит формирование пациентского сознания. Человек пытается решить свои проблемы с помощью лекарственных средств: сегодня стали популярными таблетки от ожирения, для улучшения памяти; избавиться от болей в позвоночнике, вызванных малоподвижным, сидячим образом жизни пытаются с помощью лекарственных средств, а не каждодневных физических упражнений, активно рекомендуемых врачами.

Есть еще одна модель поведения, характеризующаяся другой крайностью. Многие люди, чтобы не казаться маргиналами, считают, что они должны знать о витаминах, протеинах, «плохом» и «хорошем» холестерине. Стихийный интерес к медицинским проблемам приводит к ситуации «рационального невежества», появлению культурно обусловленных патологических синдромов, например, экстремальные формы озабоченности здоровьем, гигиенический стресс, патологические проявления целительства⁹⁵. Антинаучная популяризация медицинских

⁹⁴Моль А. Социодинамика культуры. – М.: Изд-во «Прогресс», 1973. – С. 84.

⁹⁵Колесникова И. С. Новации в социологии медицины и здоровья // Социс. – 2008. – № 4. – С. 90.

знаний при отсутствии системы квалифицированной медико-гигиенической подготовки приводит к формированию слоя некомпетентных людей, которые в стремлении оказать медицинскую помощь себе, родным или близким, на самом деле выступают фактором риска.

Современная популярная медицинская литература, СМИ достаточно часто убеждают пациентов в том, что они не должны всегда и безоговорочно соглашаться с указаниями врача. Этот подход к оказанию медицинской помощи поддерживается идеологией индивидуальной добровольности, стратегией поведения, набирающей силу и в нашей стране. В обществе присутствуют некоторые ожидания, что пациент поможет себе сам, что забота о здоровье человека лежит на нем самом. Желание быть здоровым зачастую провоцирует самолечение, что совершенно противоположным образом сказывается на состоянии здоровья человека. Действия такого рода часто могут принести больше вреда, чем пользы, в условиях современной цивилизации, снижения иммунитета, распространения многочисленных инфекционных заболеваний и т. п. такое поведение имеет значительные риски. У пациента в современном обществе есть большая автономия в отношении образа жизни, в качестве и количестве медицинских услуг, которыми он пользуется. Такая ситуация чрезвычайно усложняет работу врача, на приеме значительную часть времени он затрачивает на разъяснение тех или иных заблуждений или неправильных сведений, полученных пациентом. Существует известная закономерность: чем образованнее человек, тем меньше он что-то воспринимает на веру. Нужны убедительные методы и формы, которыми далеко не все врачи владеют.

Человек намного чаще стал обращаться к врачу, проходить медицинские обследования и выявлять у себя болезни или отклонения от нормы, он может числиться на диспансерном учете, и, таким образом, становится постоянным пациентом. Неслучайно в современной социологии парсоновское понятие «роль больного» дифференцируется на «роль острого больного», «роль хронического больного», «роль безнадежного больного»⁹⁶. В медицинской этике

⁹⁶Лехциер В. Л. «Больное место»: эпистемологические импликации современных медицинских практик. – Режим доступа: //http://www.phil63.ru/bolnoe-mesto.

сегодня идет речь о том, чтобы медицина открыто стала ориентироваться на хронического больного как типичный врачебный случай, поэтому возникло даже понятие «хронического врача», ориентированного на этику заботы, сопровождение больного, не имеющее временных границ.

Современная патология выделяет «тихие» заболевания, которые часто остаются скрытыми до тех пор, пока болезнь не начинает прогрессировать и ее уже невозможно действенно лечить. Медицинские технологии приобретают все большее и большее значение, сегодня все чаще обнаруживают скрытые до определенного времени болезни. Ранняя диагностика асимптоматических заболеваний является краеугольным камнем превентивной медицины; как медицинская, так и непрофессиональная литература выделяют ценность раннего диагноза. Растущая популярность различных видов обследований для диагностики болезней на ее ранних стадиях подразумевает новое понимание здоровья и болезни. Практически здоровых людей убеждают проявить интерес к обнаружению скрытых болезней или их признаков: антитела СПИДа, высокий уровень холестерина, гипертония, генетические маркеры заболевания. Этот процесс требует, чтобы уровень озабоченности своим здоровьем был достаточно высок для тех людей, которые не испытывают симптомов, но при этом хотят пройти какое-либо обследование, поскольку беспокоятся о состоянии своего здоровья. Для этого, требуется, чтобы люди ставили под вопрос состояние своего собственного здоровья и опирались на медицину (обычно высокие технологии) чтобы обнаружить невидимые признаки болезни.

Поход к врачу без видимой причины, таким образом, должен стать нормой. Медицинский осмотр автоматически кажется решением для борьбы с болезнью. Само слово «осмотр» в данном контексте является синонимичным слову «тест» и ассоциируется с прохождением установленного стандарта. Поэтому существует риск, что к тем, кто «не сдал» тест, будут относиться как к девиантам, которые не смогли достичь установленного стандарта. Пройдя медицинский тест, ранее здоровые люди входят в пограничное состояние, в котором их состояние здоровья ставится под вопрос, пока они ждут результатов теста, и болезнь может быть обнаружена. Когда результаты теста возвраща-

ются и результат положительный, ярлык больного наклеивается даже до того, как заговорит само тело, индивид знает, что заболевание есть или будет в нем. В результате возникает паника перед лицом ужасных признаков болезни. Потенциальное или пограничное заболевание также расстраивает индивида, как и реальная болезнь и даже, порой, вызывает больше беспокойства. Для многих людей процесс прохождения процедур обследования, сопровождающийся неизвестностью, хуже, чем получение точного диагноза.

Более того, медицина активно распространяет свое влияние на те сферы, которые не связаны с проблемой преодоления болезни, избавления человека от боли. В. А. Рыбин отмечает, что: «Будучи перенесены на человека, биотехнологические новации обретают явственную экзистенциальную нагруженность, что особенно заметно в медицине, где наглядно проступает тенденция «медицинализации» всей современной культуры: медицинская профилактика и применение медицинских рекомендаций в самых разных сферах производства и обыденной жизни и, главное, колоссальное увеличение набора медицинских услуг, причем все чаще не только с лечебной, сколько с эстетической, репродуктивной или психологической целью (пластика хирургия, включая пирсинг и вживление чипов), операции по перемене половой принадлежности, генетическое моделирование некоторых физических характеристик будущего ребенка и т. д.⁹⁷. Действительно, медицинское вмешательство в связи с эстетической, косметической целью стало важным направлением современной медицины и чрезвычайно востребованной со стороны населения: «...мужчины и женщины сознательно идут на операции, укладываясь в прокрустово ложе и подвергая свое тело манипуляциям, подтягивающим кожу лица, увеличивающим объем груди, удаляющим излишний жир или добавляющим его в случае нехватки... В современном мире, где тщеславие стало достоинством, грань между операциями пластической хирургии ради здоровья и операциями ради внешних эстетических эффектов очень тонкая. Вопрос о том, кому *пересадят* но-

⁹⁷Рыбин В. А. Эвтаназия. Медицина. Культура: Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологическом аспекте. – Челябинск: Челяб. гос. ун-т., 2006. – С. 9.

вый орган и кто будет донором, становится вопросом не только морали, но и денег, потому что трансплантация внутренних органов сегодня превращается в большой бизнес»⁹⁸.

Мы уже немного касались обсуждения вопроса взаимодействия медикализации и финансовой стороны медицинских услуг, в области косметологии они стоят наиболее остро и имеют абсолютно разнонаправленные проявления и последствия. Трансплантология, сделавшая колossalный скачок в своем развитии в XX веке и продолжающая продуктивно развиваться в настоящее время, также является сложным комплексом проблем этического, эстетического и экономического характера. Сегодня мы с интересом рассматриваем протезы прошлых эпох, сделанные из дерева, кожи, металла, кости, удивляемся их громоздкости, несовершенству, но редко задумываемся об их доступности, безобидному происхождению исключительно из окружающей внешней природы. В настоящее время в качестве материала для протезирования, в самом широком смысле этого слова, человек начал использовать самого себя, свой собственный организм, вернее, организм другого человека. Это направление в медицине, в отличие от косметологии, связано со спасением жизни или улучшением ее качества, но имеющие все тот же комплекс проблем этического и финансового порядка. Не секрет, что искусственное оплодотворение, генная инженерия, трансплантология и т. п. являются затратными и порождающими массу спекулятивных явлений, идущих в разрез с ценностями, культивируемыми в обществе. И это, пожалуй, одни из тех проблем, которые требуют разностороннего рассмотрения и разрешения как со стороны правового регулирования органами государственной власти, так и учета ценностей, сформировавшихся в ходе культурно-исторического развития.

Еще одно направление медикализации – возможность избавления от боли. Но и здесь есть свои особенности, ведущие к возможным более широким последствиям морально-этического порядка. По мнению Н. В. Гришечкиной, отношение к боли двойственное. С одной стороны, это сигнал о неблагополучии в организме. С дру-

⁹⁸Хейстад Уле М. История сердца в мировой культуре от Античности до современности. – М.: Текст, 2009. – С. 296–297.

гой стороны, боль – это то, что мешает нормально функционировать моему организму, значит, необходимо от боли избавиться. Понимание и осознание своей боли делает возможным осознание боли другого человека, позволяет сочувствовать и сопереживать другому индивиду⁹⁹. Это качество сопереживания другому человеку, как следствие, желание помочь ее преодолеть и пережить – качество сугубо гуманистическое, присущее человеку. Сегодня существует огромное количество обезболивающих препаратов, позволяющих осуществлять анестезию. Встает закономерный вопрос – избегая собственной боли, не потеряем ли мы способность сопереживать друг другу, не нарушим ли сущность человеческого общения, не изменим ли ценностное отношение ко всему живому и жизни? Несложно заметить существование в современной массовой культуре многочисленных сюжетов и сцен жесткого насилия, которые многие исследователи связывают с избавлением от боли в реальной жизни или с ее компенсацией в случае отсутствия.

Еще одно направление рассуждений в этой связи – спасение от боли и разрушение вековой концепции страдания человека по подобию Христа, которое является спасительным. Преодоление боли с помощью лекарственных средств ведет к значительным культурно-этическим изменениям. Известный современный философ В. Савчук отстаивает необходимость боли, он говорит об обществе обезболенных, стерильном и анестезированном обществе индивидов, тех, кто утратил боль и ищет способы получения реальных ощущений, что особенно характерно для молодежной среды¹⁰⁰.

Отметим, что дискуссии вокруг освобождения от боли и последствий этого процесса не новы. Развитие медицины и особенно хирургии происходило медленно по причине отсутствия обезболивания, впрочем, так же как обескровливания, асептики и антисептики. Каж-

⁹⁹Гришечкина Н. В. Бегство от себя: феномен боли в современном обществе // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины. Сборник научных статей / Под ред. Е. А. Андрияновой. – Саратов: Издательский центр «Наука», 2009. – С. 43–50.

¹⁰⁰Савчук В. В. Боль авангарда // Литературный авангард в политической истории XX века. Тезисы I международной научно-практической конференции 24–28 мая 1999. – СПб., 1999. – С. 8–11.

дое из перечисленных нововведений с большим трудом пробивало себе дорогу и доказывало свою необходимость. В случае обезболивания этот процесс был тесно связан с религиозной традицией. Изобретение и применение анестезии стало одной из самых непростых и скандальных страниц истории медицины. Приведем в качестве примера отрывок из письма Симпсона, одного из первооткрывателей анестезии, первому акушеру, который использовал анестезию на территории Англии:

«Здесь в Эдинбурге, я уже не встречаю никаких возражений по этому вопросу, ибо и религиозные, и другие возражения против использования хлороформа среди нас уже не слышны. Но поначалу в Эдинбурге дела обстояли далеко не так: я сталкивался с большим количеством пациентов, религиозные воззрения которых не допускали его применения. Некоторые даже консультировались со священником. Однажды при встрече преподобный Х. остановил меня и сказал, что он только что отпустил грехи больной, которая воспользовалась хлороформом во время родов, чтобы избежать страданий, но с тех пор страдает оттого, что ей кажется, будто она совершила что-то непотребное и грешное. До настоящего времени лишь некоторые священники громко выступают против хлороформа. Я недавно видел письмо, написанное неким священником своему другу-медику, в котором он объявляет, что хлороформ – это (я цитирую его собственные слова) “приманка Сатаны, который таким образом хочет прельстить женщин, но, в конце концов, лишь огрубит общество и лишит Господа наших взываний к Нему о помощи в минуты тяжких испытаний”»¹⁰¹.

Действительно, священники долгое время и во многих странах утверждали, что любые попытки спасти женщину от родовых мук вступают в прямое противоречие с наставлениями Господа, ибо, согласно Библии, после того как Ева ослушалась в саду Эдема, Бог проклял ее со словами: «Умножая умножу скорбь твою в беременности твоей; в болезни будешь рожать детей; и к мужу твоему влечение твое, и он будет господствовать над тобой». Потребовалось время, чтобы врачи могли спокойно использовать обезболивание в различных сферах медицины.

¹⁰¹ Уоллер Д. Правда и ложь в истории великих открытий / Джон Уоллер; пер. с англ. К. Лукьяненко. – М.: Колибри. Азбука-Аттикус, 2011. – С. 388.

Таким образом, мы выделили некоторые из проблем, касающиеся медикализации. Подводя итог, необходимо отметить, что в ситуации, когда медицина имеет значительный авторитет в обществе, ситуация медикализации неизбежна. Более того, медикализация как явление и термин быстро расширяет поле своего научного и повседневного значения. На этот процесс сегодня обращают внимание многие исследователи, которые в большинстве случаев рассматривают медикализацию в широком контексте, как одно из направлений развития современной культуры, а не только медицинскую проблему¹⁰².

Современному человеку необходимо иметь хотя бы самые общие представления о культуре здоровья, здоровом образе жизни, так называемой медицинской культуре, которая рассматривается как одна из составляющих общей культуры индивида. Интериоризация медицинских знаний происходит на уровне повседневной культуры, они являются профилактики и лечения болезней, санитарно-гигиенических представлений, формирования компетентного пациента, навыков здоровьесберегающего поведения, что позволяет человеку провести анализ собственного состояния, вовремя обратиться к врачу, четко и грамотно выполнять его назначения. Человек должен стремиться заботиться о себе, выступать активным субъектом личного здоровья, ему необходимо ориентироваться, знать, где и каким образом можно получить информацию о каком-либо лекарственном препарате или виде медицинской услуги. Именно такое поведение индивида имеет большое значение и важную социальную значимость. Для человека, как существа социального, эти характеристики определяются еще и воспитанием, образованием, системой внутренних установок.

Медикализация способствует формированию представлений о возможности существования человека без болезней, человека с абсолютным здоровьем. Несмотря на утопичность идеи, мысль эта существует как некий призрачный вариант и, в свою очередь, работает на медикализацию. Погоня за «совершенным», «полным» или «позитивным» здоровьем, которая включает многие сферы жизни

¹⁰² Серова И. А. Медикализация культуры – вектор развития? – Режим доступа: <http://history.pstu.ac.ru/serova.htm>; Лехциер В. Л. Эффекты медикализации и апология патоса. – Режим доступа: // <http://topos.ehu.lt/zine/2006/1/lekhzier.htm> и др.

человека и видится большим, чем простое отсутствие болезни или дискомфорта, связанного с болью, во многих случаях лишь добавляет медикализации культуре. Современному человеку нужно осознать необходимость здорового образа жизни, правильного использования возможностей современной медицины, а главной задачей врачей должно стать недопущение ситуации, когда здоровый человек становится пациентом и превращается в новый вид человека – *Homo medicus*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезнь – это особое культурно-историческое явление. В каждом обществе и у каждой исторической эпохи были свои параметры здоровья и болезни. Факт болезни не отрицается ни в одной культуре, но отношение к этому феномену различное. Культура болезни зависит от статуса болезни в культуре, а индивидуальная и социальная ценность болезни связаны закономерно. Именно болезнь, опыт ее переживания позволяет проследить, как возрастила роль здоровья в иерархии ценностей человека.

Медицинский дискурс концептуализации болезни тесно связан с социокультурным, а социокультурный с медицинским, поэтому для более широкого понимания болезни только медицинского знания недостаточно, необходимо использовать данные всего комплекса гуманитарных наук. Новый подход в исследовании феномена болезни может быть создан в рамках культурологии, способной объединить существующие подходы и представить альтернативный взгляд на болезнь как на сложный продукт культуры. Интегративный подход позволяет включить в сферу исследования как научные, так и обыденные представления человека о мире и о себе. Именно такой подход в современном знании о человеке позволяет показать наиболее полное взаимодействие макро- и микроуровней существования человека, реконструировать набор стратегий и практик, отражающих культурные явления и интерпретировать их комплексно, соединить онтологию явления с историко-культурной канвой его бытия.

В современном обществе для реализации идеи признания главными ценностями человека и его здоровья необходимы специальные гуманитарные знания, причем с учетом не только социальной, но и культурной неоднородности общества. Они весьма актуальны в современных условиях, когда члены общества часто принадлежат к разным культурным сообществам, со своими, иногда очень специфическими представлениями о здоровье и болезни, о теле, о душе, о том, что значит лечить или оказывать помощь больному и т. д. Информация такого рода может быть полезной медицинским работни-

кам, которые на практике имеют дело с людьми, придерживающиеся взглядов и принципов, порой совершенно отличающихся от тех, что имеют сами врачи. Особенно актуализируются подобные знания в ситуации глобализации, где множество контактов, по соседству друг с другом живут люди, имеющие разные представления о гигиене, обладающие разной культурой восприятия здоровья и болезни, отношения к медицине и лечению. А поскольку всем людям свойственно сталкиваться с проблемами здоровья, то решают они их в большинстве случаев по-своему, в соответствии со своей культурой, своими представлениями и ценностями. Внедрению различных программ по продвижению здорового образа жизни способствует изучение обыденных представлений о здоровье и болезни, понимание мотивов поведения людей в этой сфере. Знания о болезни важны для разработки профилактических и образовательных программ, программ по формированию здорового образа жизни.

И, наконец, в настоящее время происходит активная трансформация смыслов и коннотаций относительно болезни. Самая главная из них – болезнь не есть смерть. Сегодня в большинстве случаев больной считает, что за болезнью не обязательно должна последовать смерть и это большое достижение медицины. Некоторые люди стали хроническими больными, остаются ими до момента своей смерти и та жизнь, которую они ведут, это просто специфическая форма жизни. Таким образом, здоровье и болезнь – разные формы существования жизни, и болезнь – это все-таки жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев Д. Особенности православного подхода в психотерапии / Д. Авдеев // Церковный вестник. – 2007. – № 23 (372). – С. 11.
2. Аксенов В. А. Российская наномедицина: как выдать ситро за шампанское / В. А. Аксенов // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. – 2009. – № 2. – С. 38–43.
3. Амосов Н. М. Мысли и сердце: Повесть / Н. М. Амосов. – М.: «Мол. гвардия», 1976. – 319 с.
4. Андреев И. Л. Психиатрия как философия медицины / И. Л. Андреев // Философские науки. – 2012. – № 2. – С. 130–146.
5. Андриянова Е. А. Современная медицина: социально-профессиональные основания науки и практики / Е. А. Андриянова. – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 2005. – 204 с.
6. Андронова С. В. Быт и лечение на сарептском курорте Екатерининские воды в конце XVIII в. / С. В. Андронова // Сарепта: Историко-этнографический вестник. Вып. 1. – Волгоград: Волгоградское научное изд-во, 2006. – С. 56–70.
7. Антиленко В. А. Врач, больной и православная церковь / В. А. Антиленко // Клиническая геронтология. – 1996. – № 4. – С. 62–63.
8. Аристотель. Поэтика / пер. М. Л. Гаспарова // Аристотель. Сочинения в 4 т. Т. 4. – М.: Мысль, 1984. – 830 с.
9. Арнаутова Ю. Е. Колдуны и святые: Антропология болезни в средние века / Ю. Е. Арнаутова. – СПб.: Алетейя, 2004. – 398 с.
10. Арнаутова Ю. Е. Колдовство и колдовские болезни в средние века / Ю. Е. Арнаутова // Вопросы истории. – 1994. – № 11. – С. 158–162.
11. Арнольд из Виллановы. Салернский кодекс здоровья; Цвет медицины Салерно: Стихотворные предписания Салернской школы; Немецкий Архипоэт; Просьба по возвращению из Салерно / пер. с лат. Ю. Ф. Щульца. – М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2002. – 176 с.
12. Архимандрит Рафаил (Карелин). На камени веры. Вопросы и ответы. – Самара: Изд-во «Самарский Дом печати», 2007. – 351 с.
13. Афанасьев А. Н. Поэтические воззрения славян на природу. В 3 т. / А. Н. Афанасьев. – М.: Советский писатель, 1995.

14. Барабанова К. С. Дневники и воспоминания как источник по истории холерных бунтов в Петербурге 1831 г. / К. С. Барабанова // Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16–17 мая 2011 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. С. Н. Полтарака. – СПб.: Полторак, 2011. – С. 46–49.
15. Барт Р. Миѳология / пер. с франц. С. Зенкина. – М.: Изд-во им. Сабашниковых, 1996. – 312 с.
16. Бароян О. В. Закономерности и парадоксы: Раздумья об эпидемиях и иммунитете, о судьбах ученых и их труде / О. В. Бароян. – М.: Знание, 1986 – 616 с.
17. Башляр Г. Вода и грёзы / Г. Башляр. – М.: Изд-во гуманистической литературы, 1998. – 270 с.
18. Башляр Г. Новый рационализм / Г. Башляр. – М.: Прогресс, 1987. – 376 с.
19. Безгин В. Б. Душевнобольные в русском селе конца XIXв. / В. Б. Безгин // Представления людей о «норме» или «патологии» в процессе исторического развития: материалы XXXI Всерос. науч. конф. Санкт-Петербург, 14–15 мая 2012 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. Полтарака. – СПб.: Полторак, 2012. – С. 79–84.
20. Бекишева Е. В. Категориальные основы номинации болезней и причин, связанных со здоровьем: монография / Е. В. Бекишева. – Самара: «Содружество», 2007. – 250 с.
21. Белоусова А. М. Ребенок как пациент: интерпретация социальной роли: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук / А. М. Белоусова. – Волгоград, 2006. – 24 с.
22. Беспалов О. В. Человек и опыт смерти. Интерпретация современного искусства / О. В. Беспалов // Человек. – 2009. – № 6. – С. 150–167.
23. Бессмертный Ю. А. Жизнь и смерть в Средние века / Ю. А. Бессмертный. – М.: Наука, 1991. – 280 с.
24. Блок М. Короли-чудотворцы: очерк представлений о сверхъестественном характере королевской власти, распространенной преимущественно во Франции и Англии / М. Блок. – М.: Школа русской культуры», 1998. – 712 с.

25. Бобров Н. Сашенька. Последний год (записки отца) / Н. Бобров // Человек. – 1992. – № 4. – С. 139–158; № 5. – С. 108–127; № 6. – С. 113–136.
26. Бобров О. Е. Медицинские преступления: правда и ложь / О. Е. Бобров. – Петрозаводск, 2003. – 448 с.
27. Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы: автореф. на соиск. уч. ст. д. психолог. н. / И. Б. Бовина. – М., 2009. – 50 с.
28. Богданов К. А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVII–XIX веков / К. А. Богданов. – М.: ОГИ, 2005. – 504 с.
29. Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / под общ. ред. Ю. Шлюмбома, М. Хагнера, И. Сироткиной; отв. ред. И. Сироткина; пер. с англ. и нем. К. А. Левинсона. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2008. – 304 с.
30. Боннар А. Греческая цивилизация: в 3 т. / А. Боннар. – Т. 2. – М., 1992. – 298 с.
31. Борзенко А. С. Первая версия медико-географического атласа Волгоградской области / А. С. Борзенко [и др.] // Вопросы краеведения. Вып. 12. Материалы XX краевед. чтений. – Волгоград: Издво ВолГУ, 2010. – С. 431–438.
32. Бородулин В. И. История медицины России. Клиника внутренних болезней во второй половине XIX – первой половине XX века: цикл лекций / В. И. Бородулин. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 144 с.
33. Боязитова А. Н. Медикализация как социальный процесс: автореф. на соиск. уч. ст. канд. социал. наук / А. Н. Боязитова. – Волгоград, 2007. – 27 с.
34. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
35. Бродель Ф. Динамика капитализма / Ф. Бродель. – Смоленск: «Полиграмма», 1993. – 124 с.
36. Бударин Г. Ю. Медицина как социальный контроль: автореф. на соиск. уч.ст. канд. социал. наук / Г. Ю. Бударин. – Волгоград, 2005. – 27 с.
37. Будко А. А. Великий Боткин. Сердце, отданное людям / А. А. Будко, А. В. Шабунин. – СПб.: ВММ МО РФ, 2006. – 308 с.

38. Бужилова А. П. *Homo sapiens: история болезни* / А. П. Бужилова. – М.: Языки славянской культуры, 2005. – 320 с.
39. Бульст Н. Почитание святых во время чумы: социальные и религиозные последствия эпидемии чумы в Позднее Средневековье / Н. Бульст // Одиссей. Человек в истории. – М., 2000. – С. 152–185.
40. Быховская И. М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении / И. М. Быховская // Психология телесности между душой и телом. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007. – С. 53–67.
41. Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук. Соч. в 2 т. Т. 1. / Ф. Бэкон. – М.: Мысль, 1977. – 251 с.
42. Бэкон Ф. Новый Органон / Ф. Бэкон. – ОГИЗ. СОЦЭКГИЗ Ленинградское отделение, 1935. – 582 с.
43. Варламова С. Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад / С. Н. Варламова, Н. Н. Седова // Социс. – 2010. – № 4. – С. 75–88.
44. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учебное пособие для студ. высш. учеб. завед / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатова. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.
45. Васильев К. Г. История эпидемий и борьба с ними в России в XX столетии / К. Г. Васильев. – М.: Медицина, 2001. – 256 с.
46. Ваша газета. – 02.11.2006. – С. 2, 3, 20.
47. Вересаев В. В. По поводу «Записок врача». Собр. соч. в 4 т. Т.1. // Вересаев В. В. – М.: Правда, 1985. – С. 401–445.
48. Вересаев В. В. Записки врача. Собр. соч. в 4 т. Т. 1. // Вересаев В. В. – М.: Правда, 1985. – С. 210–401.
49. Вернадский В. И. Мысли о современном значении истории знаний / В. И. Вернадский. – Самара: Лотос, 1999. – 122 с.
50. Вигарелло Ж. Чистое и грязное: телесная гигиена со временем Средневековья (главы из книги) / Ж. Вигарелло // Ароматы и запахи в культуре. В 2 кн. Кн. 1. / сост. О. Б. Вайнштейн. – М.: Новое лит. обозрение, 2003. – С. 519–556.
51. Виноградова С. В. Этнические проблемы здоровья и болезни как предмет исследований в социологии медицины: автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. социал. наук / С. В. Виноградова. – Волгоград, 2007. – 24 с.

52. Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни: монография / Д. Витулкас. – М.: Алониссос, 1997. – 55 с.
53. Вишневский А. А. Дневник хирурга Великая Отечественная война. 1941–1945 гг. / А. А. Вишневский. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1970. – 253 с.
54. Власов Вл. Г. Этническая медицина: вчера – сегодня – завтра / Вл. Г. Власов. – М.: «Оргсервис – 2000», 2006. – 239 с.
55. Военнопленные в СССР. 1939–1956: документы и материалы. Т. 5. кн. 1 // Региональные структуры ГУПВИ НКВД – МВД СССР. 1941–1951: отчетно-информационные документы / под ред. М. М. Загорулько. – Волгоград: Издатель, 2005. – 1008 с.
56. Воронов А. А. Традиционная медицинская культура и этническая экология / А. А. Воронов // Этническая экология: теория и практика. – М.: Наука, 1991. – С. 125–139.
57. Воробьев А. А. Хирургия в изобразительном искусстве / А. А. Воробьев, И. А. Петрова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 368 с.
58. Гавриков В. А. Мудрое слово о здоровье и долголетии В. А. Гавриков, Н. А. Гавриков. – Краснодар: Книжн. изд-во, 1984. – 176 с.
59. Гамалея Н. Ф. Холера и борьба с нею. Собр. соч. в 6 т. Т. 1. / Н. Ф. Гамалея. – М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1956. – С. 139–219.
60. Гарбузов В. И. Человек – жизнь – здоровье. Древние и новые каноны медицины / В. И. Гарбузов. – СПб., 1995. – 198 с.
61. Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения / Ф. Гартман; пер. с англ. – М.: Новый Акрополь, 1997. – 272 с.
62. Гессен А. И. Набережная Мойки, 12. Последняя квартира А. С. Пушкина / А. И. Гессен. – Петрозаводск: Карельское книжное изд-во., 1969. – 272 с.
63. Гиппократ. Избранные книги. – М.: Сварог, 1994. – 736 с.
64. Глязер Г. Драматическая медицина. Опыты врачей на себе / Г. Глязер. – М.: Молодая гвардия, 1965. – 215 с.
65. Грекова Т. И. Медицинский Петербург. Очерки, адресованные врачам и их пациентам / Т. И. Грекова, Ю. П. Голиков. – СПб. : Фолио-Пресс, 2001. – 416 с.
66. Голицына О. Ю. Медицина в культуре России XVIII века: автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. и. н. / О. Ю. Голицына. – Волгоград, 2009. – 29 с.

67. Гончаров Н. И. Зримые фрагменты истории анатомии: научное издание / Н. И. Гончаров; под ред. проф. И. А. Петровой. – Волгоград: Издатель, 2005. – 312 с.
68. Гончаров Н. И. Иллюстрированный словарь эпонимов в морфологии / Н. И. Гончаров; под ред. проф. И. А. Петровой. – Науч. изд. – Волгоград: Издатель, 2009. – 504 с.
69. Горелова Л. Е. Медицинские воззрения языческой Руси / Л. Е. Горелова. – Русский медицинский журнал. – 2000. – № 4. – С. 185–187.
70. Горелова Л. Е. Целители древней Руси / Л. Е. Горелова. – Русский медицинский журнал. – 2001. – № 18. – С. 784–785.
71. Гохман И. И. Палеоантропология и доисторическая медицина / И. И. Гохман // Антропология-медицине / под ред. Т. И. Алексеевой. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – С. 5–15.
72. Грачев Ф. Ф. Записки военного врача / Ф. Ф. Грачев. – Л.: Лениздат, 1970. – 208 с.
73. Гребенщикова Е. Г. Медицина в горизонте культуры: амбивалентность медикализации / Е. Г. Гребенщикова // Вопросы культурологии. – 2011. – № 1. – С. 75–81.
74. Громбах С. М. Пушкин и медицина его времени / С. М. Громбах. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
75. Гуляева Е. Ш. Развитие древнерусской медицинской культуры: дис. на соис. уч. ст. канд. ист. наук / Е. Ш. Гуляева. – Волгоград, 2006. – 144 с.
76. Гуревич А. Я. Средневековый мир: культура безмолвствующего большинства / А. Я. Гуревич. – М.: Искусство, 1990. – 396 с.
77. Гуревич А. Я. От истории ментальности к историческому синтезу / А. Я. Гуревич // Споры о главном. – М., 1993. – С. 16–29.
78. Гуревич А. Я. Категория средневековой культуры / А. Я. Гуревич. – М., 1984. – 282 с.
79. Гуссерль Э. Кризис европейских наук и трансцендентальная философия / Э. Гуссерль. – СПб.: Владимир Даль, 2004. – 212 с.
80. Давыдов А. П. Душа Гоголя / А. П. Давыдов. – М.: Новый хронограф, 2008. – 264 с.
81. Дальке Р. Болезнь как язык души / Р. Дальке. – СПб.: ИГ «Весь», 2009. – 336 с.

82. Дворецкий Л. Легочный туберкулез или... (о болезни Ф. Шопена) / Л. Дворецкий // Врач. – 2010. – № 10. – С. 76–80.
83. Декарт Р. Избранные произведения / Р. Декарт. – М.: Изд-во полит. лит-ры, 1950. – 510 с.
84. Денисов И. На земской службе / И Денисов // Наше наследие. – 1997. – № 42. – С. 58–76.
85. Дефо Д. Дневник чумного года / Д. Дефо. – М.: Наука, Ладомир, 1997. – 475 с.
86. Джерештиева М. Р. Социологический анализ этнического фактора в медицине (На материале стоматологической практики): автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Р. Джерештиева. – Волгоград, 2009. – 24 с.
87. Дибольд Г. Выжить в Сталинграде. Воспоминания фронтового врача. 1943–1946 / Г. Дибольд; пер. с нем. А. Н. Анвасра. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2013. – 220 с.
88. Дильтман В. М. Четыре модели медицины / В. М. Дильтман. – Л.: Медицина, 1987. – 288 с.
89. Добровольская Е. В. Второй Всероссийский конгресс фольклористов / Е. В. Добровольская // Вестник Московского университета. Сер. 9. Филология. – 2010. – № 5. – С. 202–211.
90. Добровольский Е. Хирургия повседневных катастроф / Е. Добровольский // Октябрь. – 1996. – № 7. – С. 156–172.
91. Домострой. – М.: Советская Россия, 1990. – 304 с.
92. Дудников П. Ф. Мудрое слово о здоровье / П. Ф. Дудников. – М.: «Знание», 1969. – 79 с.
93. Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы / Е. В. Дмитриева. – М.: Центр, 2002. – 224 с.
94. Занозина В. Н. Медицина – Культура – Милосердие (В фотографиях и документах конца XIX – начала XX века) / В. Н. Занозина, Н. Ю. Семенов, Е. П. Желаева. – СПб.: «Лики России», 2002. – 240 с.
95. Записки императрицы Екатерины II. М., 1989. Репринт. – СПб., 1907. – 743 с.
96. Зубкова О. С. Медицинская метафора как результат культурной фиксации в медицинской терминологии / О. С. Зубкова // Вестник ЛГУ имени А. С. Пушкина. Научный журнал. Серия Филология. – 2008. – № 5 (19). – С. 127–135.

97. Зубкова О. С. Отражение телесности посредством медицинской метафоры / О. С. Зубкова // Теория языка и межкультурная коммуникация: межвузовский сборник научных трудов / Под ред. Т. Ю. Сазоновой. – Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та, 2006. – С. 28–35.
98. Жаров Л. В. Парадоксы русской сексуальности / Л. В. Жаров. – Ростов н/Д.: АПСН СКНЦ ВШ, 2006. – 128 с.
99. Жаров Л. В. Медицина и культура на рубеже ХХ-ХХI веков / Л. В. Жаров, В. А. Мерклин, Т. Н. Давыдова // Медицина, экология и культура: Сб. научн. тр. – Ростов н/Д., 1998. – С. 46–53.
100. Жаров Л. В. Человеческая телесность: философский анализ / Л. В. Жаров. – Ростов н/Д.: Изд-во РГУ, 1988. – 110 с.
101. Жаров Л. В. Медицина как феномен культуры / Л. В. Жаров // Вестник АМН СССР. – М. 1979. – Вып. 6. – С.70–75.
102. Жильяр П. Воспоминания наставника цесаревича Алексея. 1905–1918 / П. Жильяр. – М.: Центрополиграф, 2006. – 224 с.
103. Жирнов В. Д. Здоровье как антропологическая проблема / В. Д. Жирнов // Человек. – 2002. – № 6. – С. 37–39.
104. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. на соиск. уч. ст. д. филолог. н. / В. В. Жура. – Волгоград, 2008. – 40 с.
105. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография / В. В. Жура. – Волгоград, Изд-во ВолГМУ, 2008. – 376 с.
106. Журавлева И. В. Информированность в сфере здоровья и источники ее формирования / И. В. Журавлева // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровня ответственности: сборник статей по материалам Интернет-конференций. – М.: «ИПЦ «Маска», 2008. – С. 162–169.
107. Зорин К. В. Что такое «наследственная порча». Взгляд православного врача / К. В. Зорин; 4-е изд., испр. и доп. – М.: Русский Хронограф, 1991, 2006. – 384 с.
108. Зощенко М. М. Повесть о разуме / М. М. Зощенко. – М.: Педагогика, 1990. – 192 с.
109. Ергина Н. Т. Высшая медицинская школа России, 1917–1953 / Н. Т. Ергина. – Ярославль: ИПК «Индиго», 2010. – 640 с.

110. Епанчин Н. А. На службе трех императоров. Воспоминания генерала от инфантерии / Н. А. Епанчин. – М.: Наше наследие, Полиграфресурсы, 1996. – 820 с.
111. Ерохин В. Г. Медицина и общество / В. Г. Ерохин, Г. И. Царегородцев, О. П. Щепин. – М., 1983. – 264 с.
112. Ефименко С. А. Пациент в системе охраны здоровья / С. А. Ефименко. – М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2007. – 284 с.
113. Иванюшкин А. Я. История медицинской этики и медико-биологических экспериментов на человеке и животных / А. Я. Иванюшкин // Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998. – С. 76–79.
114. Изуткин А. М. Культура и здоровье человека / А. М. Изуткин, И. Ф. Матюшин. – М., 1980. – 144 с.
115. Интегративная медицина и экология человека / Под ред. Н. А. Агаджаняна, И. Н. Полуниной. – Москва-Астрахань, 1998. – 355 с.
116. Ионов А. Английский Чехов / А. Ионов // Медицинский вестник. – 2011. – № 17–18 (558–559). – С. 23.
117. История медицины. Ч. 1, выпуск первый: а) Медицина Востока; б) Медицина в древней Греции / сост. С. Ковнер. – Киев: Унив. тип. (И. Завадского), 1878. – 244 с. – репринтная копия.
118. История медицины / Заблудовский П. Е. [и др.]. – М.: Медицина, 1981. – 352 с.
119. Кабакова Г. И. Антропология женского тела в славянской традиции / Г. И. Кабакова. – М.: Ладомир, 2001. – 335 с.
120. Кабанов А. Г. Эпидемии холеры в Области Войска Донского (XIX – начало XX веков) / А. Г. Кабанов // Сарепта: Историко-этнографический вестник. Вып. 3. – Волгоград: ООО «МИРИА», 2007. – С. 217–226.
121. Кабанов А. Г. Из истории оспопрививания в Области Войска Донского (конец XVIII – начало XX веков) / А. Г. Кабанов // Сарепта: Историко-этнографический вестник. Вып. 4, часть 1. – Волгоград: ООО «МИРИА», 2011. – С. 78–83.
122. Каган-Пономарев М. Я. Литераторы-врачи: очерки и подходы с приложением Библиографического словаря / М. Я. Каган-Пономарев. – М.: «Дашков и К», 2007. – 438 с.
123. Кагитина И. В. Профессиональная социализация студентов медицинских вузов: автореф. дис. ... канд. социал. наук / И. В. Кагитина. – Волгоград, 2008. – 28 с.

124. Карасев Л. В. Ромео и Джульетта (история болезни) / Л. В. Карасев // Вопросы философии. – 2002. – № 10. – С. 86–92.
125. Каримов А. У. Клиника и терапия психогенно обусловленных тревожно-фобических расстройств у больных шизофренией с явлениями госпитализма: автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. м. н. / А. У. Каримов. – М., 2008. – 24 с.
126. Кафка Ф. Процесс. Письма / Ф. Кафка. – СПб.: «Симпозиум», 1999. – 539 с.
127. Керенский А. Ф. Россия на историческом повороте. Мемуары / А. Ф. Керенский. – М.: Республика, 1993. – 392 с.
128. Кесаева Р. Э. Взаимодействие семьи и медицины как социальных институтов: монография / Р. Э. Кесаева, К. А. Рейтер. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006. – 180 с.
129. Кибасова Г. П. Представления людей о «норме» или «патологии» в процессе исторического развития: Из истории борьбы с женской сексуальностью как с проявлением болезни / Г. П. Кибасова // Материалы XXXI Всерос. науч. конф. Санкт-Петербург, 14–15 мая 2012 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. Полторака. – СПб.: Полторак, 2012. – С. 20–24.
130. Кириленко Е. И. Медицина как феномен культуры: опыт гуманитарного исследования: автореф. дис. на соиск. уч. ст. д. филос. н. / Е. И. Кириленко. – Томск, 2009. – 43 с.
131. Кирюхина Т. В. Роль самообразования в профессиональном совершенствовании врача: автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. мед. наук / Т. В. Кирюхина. – Волгоград, 2009. – 26 с.
132. Киселева М. С. Языческий архетип здорового и больного человека в тексте XVII века / М. С. Киселева // Человек. – 2003. – № 1. – С. 161–168.
133. Кованов В. В. Хирургия без чудес: очерки, воспоминания / В. В. Кованов. – М.: Сов. Россия, 1981. – 320 с.
134. Ковалева М. Д. Женщины в медицине: монография / М. Д. Ковалева. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2004. – 216 с.
135. Ковелина Т. А. Образ врача в культуре: автореф. дис. на соиск. уч. ст. докт. филос. н. / Т. А. Ковелина. – Ростов н/Д., 2006. – 41 с.
136. Колесникова И. С. Новации в социологии медицины и здоровья / И. С. Колесникова // Социс. – 2008. – № 4. – С. 89–92.

137. Колесов В. В. Мир человека в слове Древней Руси / В. В. Колесов. – Ленинград: изд-во Ленинградского университета, 1986. – 310 с.
138. Конюс Э. М. Истоки русской педиатрии / Э. М. Конюс. – М.: Золотые страницы медицины, Библиотека классики медицинской литературы, 2007. – 350 с.
139. Корниец Н. И. О формировании медицинской культуры / Н. И. Корниец // Гуманитарное образование и медицина: Сб. науч. трудов. Т. 60. Вып. 1. – Волгоград, 2003. – С. 321–325.
140. Костомаров Н. И. Домашняя жизнь и нравы великорусского народа / Н. И. Костомаров. – М.: Экономика, 1993. – 399 с.
141. Красильникова И. П. Исповедь врача и становление характера / И. П. Красильникова. – Волгоград: ВМА, 1996. – 252 с.
142. Крелин Ю. З. Извивы памяти: Врачебное искусство / Ю. З. Крелин. – М.: «Захаров», 2003. – 258 с.
143. Кривенков С. Г. «Безумными» времена делают конкретные нетерпимые люди / С. Г. Кривенков // Представления людей о «норме» или «патологии» в процессе исторического развития: Материалы XXXI Всерос. Науч. конф. Санкт-Петербург, 14–15 мая 2012 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. Полторака. – СПб.: Полторак, 2012. – С. 24–30.
144. Кузнецов Г. П. Профессиональная культура врача / Г. П. Кузнецов // Семейная медицина: Руководство в 2 т. / под ред. А. Ф. Краснова. – Самара: Самарский дом печати, 1994. – С. 218–227.
145. Кузнецов А. В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медикализации: автореф. дис. на соис. уч. ст. канд. социол. наук / А. В. Кузнецов. – Волгоград, 2009. – 25 с.
146. Кузьмин В. Ю. Земская медицина в России (1864–1914) / В. Ю. Кузьмин // Вестник Московского университета. Серия 8. История. – № 2. – С. 119–137.
147. Культура: теории и проблемы. – М.: Наука, 1995. – 279 с.
148. Курашов В. И. История и философия медицины в контексте проблем антропологии: учебное пособие / В. И. Курашов. – КДУ, 2012. – 368 с.
149. Куприн А. И. Чудесный доктор // Куприн А. И. Собр. соч. в 5 т. Т. 1. – М.: Правда, 1982. – С. 227–236.

150. Куприн А. И. Памяти Чехова // Куприн А. И. Собр. соч. в 5 т. Т. 5. – М.: Правда, 1982. – С. 415–445.
151. Кууси П. Этот человеческий мир / П. Кууси. – М.: Прогресс, 1988. – 363 с.
152. Кухтевич А. Общество и медицина: ожидания и реальность / А. Кухтевич // Alma mater. – 2001. – № 8. – С. 27–30.
153. Лакофф Дж. Метафоры, которыми мы живем / Дж. Лакофф, М. Джонсон // Теория метафоры. – М.: Прогресс, 1990. – С. 387–415.
154. Лаптева Т. А. Повседневная жизнь провинциального дворянства в XVII в. / Т. А. Лаптева // Российская история. – 2010. – № 4. – С. 107–118.
155. Лаун Б. Дети Гиппократа XXI века: дела сердечные / Бернард Лаун; пер. с англ. М. Вавиловой. – М.: Эксмо, 2010. – 288 с.
156. Лебедева И. В. Н. И. Пирогов в годы Крымской войны (1853–1856) / И. В. Лебедева, Л. И. Каспрук // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Материалы Международного симпозиума «Традиции и новаторство в истории Отечественной медицины», посвященного 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова. – М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2010. – С. 43–44.
157. Леви-Брюль Л. Сверхъестественное в первобытном мышлении / Л. Леви-Брюль. – М.: Педагогика-Пресс, 1999. – 608 с.
158. Леви-Строс К. Первобытное мышление / К. Леви-Строс. – М.: Республика, 1994. – 384 с.
159. Леви-Строс К. Структурная антропология / К. Леви-Строс; пер. с фр. Выч. Вс. Иванова. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. – 512 с.
160. Ле Гофф Ж. Средневековый мир воображаемого / Ж. Ле Гофф. – М.: Прогресс, 2001. – 440 с.
161. Ле Гофф Ж. История тела в средние века / Ж. Ле Гофф, Н. Трюон. – М.: «Текст», 2008. – 198 с.
162. Леоненко Е. А. Метафора и телесная метафора в психотерапии: опыт осмысления и систематизации / Е. А. Леоненко, Г. В. Тимошенко // Психология телесности между душой и телом. – М.: ACT: ACT МОСКВА, 2007. – С. 616–641.

163. *Лехциер В. Л.* Эффекты медикализации и апология патоса [Электронный ресурс] / В. Л. Лехциер. – Режим доступа: <http://topos.ehu.lt/zine/2006/1/lekhzier.htm>
164. *Лехциер В. Л.* Боль и переходность: набросок экзистенциальной альгодицеси / В. Л. Лехциер // Вопросы философии. – 2007. – № 12. – С. 41–50.
165. *Лехциер В. Л.* «Больное место»: эпистемологические импликации современных медицинских практик [Электронный ресурс] / В. Л. Лехциер. – Режим доступа: <http://www.phil63.ru/bolnoe-mesto>
166. *Лисицын Ю. П.* Теория медицины на стыке веков / Ю. П. Лисицын. – М., 1998. – 153 с.
167. *Лисицын Ю. П.* История медицины: краткий курс / Ю. П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 304 с.
168. *Лисицын Ю. П.* Союз медицины и искусства / Ю. П. Лисицын, Е. П. Жиляева. – М.: Медицина, 1985. – 185с.
169. *Лисицын Ю. П.* Детерминационная теория медицины. Доктрина адаптивного реагирования / Ю. П. Лисицын, В. П. Петленко. – СПб., 1992. – 207 с.
170. *Лихачев Д. С.* Культура Руси времени Андрея Рублева и Епифания Премудрого / Д. С. Лихачев. – М., Л.: Изд-во академии наук СССР, 1962. – 172 с.
171. *Лотман Ю. М.* Беседы о русской культуре: Быт и традиции русского дворянства (XVIII – начало XIX века) / Ю. М. Лотман. – СПб.: Искусство – СПББ, 1994. – 493 с.
172. *Лузик Е. В.* Медико-социальные особенности и последствия рекламной деятельности на фармацевтическом рынке России: автореф. дисс. на соискание ученой степени кандидата социологических наук / Е. В. Лузик. – Волгоград, 2006. – 24 с.
173. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.
174. *Майер П.* Парацельс врач и провидец. Размышления о Теофрасте фон Гогенхайме / П. Майер; пер. с нем. Е. Б. Мурзина. – М.: Аллегейа, 2003. – 560 с.
175. *Майорова А. С.* Культура и повседневная жизнь дворянства Саратовской губернии в конце XVIII – первой половине XIX в. / А. С. Майорова // Российская история. – 2010. – № 4. – С. 118–134.

176. *Маркарян Э. С. Науки о культуре и нормативы эпохи / Э. С. Маркарян.* – М., 2000. – 299 с.
177. *Марчукова С. М. Медицина в зеркале истории / С. М. Марчукова.* – СПб.: Европейский Дом, 2003. – 272 с.
178. *Марчукова С. М. История медицины в современном образовании / С. М. Марчукова // Историко-биологические исследования.* – 2011. – Т. 3. – № 1. – С. 76–89.
179. *Марьинович А. Взрыв и цветение: Нобелевские премии по медицине, 1901–2002 / А. Марьинович, И. Князькин.* – СПб.: ДЕАН, 2003. – 800 с.
180. *Маслова И. В. Будни и праздники купечества уездных городов Вятской губернии XIX – начала XX в. / И. В. Маслова // Российская история.* – 2010. – № 4. – С. 134–142.
181. Материалы Второго Всероссийского конгресса фольклористов (февраль 2010 года) [Электронный ресурс]. – Режим доступа://http://fored.3dn.ru/news/_hernovoj_variant_programmy_vtorogo_vserossijskogo_kongressa_folkloristov_na_2/2010-04-12-55.
182. Медики шутят. – М.: «Книга плюс», 2011. – 319 с.
183. Медицина в поэзии греков и римлян / сост. Ю. Ф. Шульц. – М.: Медицина, 1987. – 128 с.
184. *Медникова М. Б. Трепанации в древнем мире и культ головы / М. Б. Медникова.* – М.: Алетейя, 2004. – 208 с.
185. *Мельник-Боткина Т. Е. Воспоминания о царской семье и её жизни до и после революции / Т. Е. Мельник-Боткина.* – М.: Анкор, 1993. – 206 с.
186. *Мерло-Понти М. Феноменология восприятия / М. Мерло-Понти; пер. с франц. под ред. И. С. Вдовиной, С. Л. Фокина.* – М: «Ювента», «Наука», 1999. – 608 с.
187. Метафоры и терминологически устойчивые выражения в медицине: Словарь-справочник / Авт. – сост. А. П. Дьяченко. – Мн.: Новое знание, 2003. – 428 с.
188. *Миклашевская Е. П. Утоли мои печали. Милосердные традиции Лефортова / Е. П. Миклашевская, М. С. Цепляева.* – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Галерия, 2003. – 128 с.
189. *Мирский М. Б. История медицины и хирургии: учебное пособие для студентов учреждений высш. проф. образ / М. Б. Мирский.* – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 528 с.

190. Мирский М. Б. Российская земская медицина (к 130-летию земства) / М. Б. Мирский // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1994. – № 2. – С. 46–51.
191. Мирский М. Б. Медицина России X–XX веков: Очерки истории / М. Б. Мирский. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2005. – 632 с.
192. Мирский М. Медицина в средние века на Руси / М. Мирский // Вопросы истории. – 2000. – № 11–12. – С. 106–117.
193. Мирский М. Б. Православная медицина / М. Б. Мирский // Клиническая медицина. – 1999. – № 2. – С. 65–67.
194. Мирский М. Б. Доктор Чехов / М. Б. Мирский. – М.: «Наука», 2003. – 238 с.
195. Михайлов Ф. Т. Избранное / Ф. Т. Михайлов. – М.: Индрик, 2001. – 656 с.
196. Михель Д. В. Болезнь и всемирная история: учеб. пособ. для студентов и аспирантов / Д. В. Михель. – Саратов: Научная книга, 2009. – 196 с.
197. Михель Д. В. Медицинская антропология: что это такое? / Д. В. Михель // Логос. – 2007. – № 6 (63). – С. 17–40.
198. Михель Д. В. Оспа в контексте истории/ Д. В. Михель // Логос. – 2007. – № 6 (63). – С. 17–40.
199. Мицкевич С. И. Записки врача-общественника (1888–1918) / С. И. Мицкевич. – М.: Изд-во «Медицина», 1969. – 239 с.
200. Моль А. Социодинамика культуры / А. Моль. – М.: Изд-во «Прогресс», 1973. – 406 с.
201. Монахов С. А. Изобразительное искусство глазами дерматовенеролога / С. А. Монахов. – М.: Изд-во «Сервис-графика», 2005. – 176 с.
202. Монахов С. А. Ревматические болезни сквозь призму изобразительного искусства / С. А. Монахов // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 4. – С. 94–96.
203. Монахов С. А. ХХ: итinerарий по изящным искусствам / С. А. Монахов. – М.: «Ритм», 2011. – 160 с.
204. Монтень М. Опыты в 3-х книгах. Кн 2. – М.: «Терра», 1991. – 710 с.
205. Монтень М. Опыты в 3-х книгах. Кн 3. – М.: «Терра», 1991. – 500 с.

206. Мудрость здоровой жизни (Афоризмы, пословицы, поговорки). – М.: Медицина, 1986. – 112 с.
207. Мурашов Ю. Препарированное тело: к медикализации тел в русской и советской культуре / Ю. Мурашов // Русская литература и медицина: Тело, предписания, социальная практика: Сборник статей / под ред. К. Богданова, Ю. Мурашова, Р. Николози. – М.: Новое изд-во, 2006. – С. 221–228.
208. Муромцев В. А. Медицина в XXI веке. От древнейших традиций до высоких технологий / В. А. Муромцев, В. Н. Кидалов. – СПб.: «Истан», 1998. – 206 с.
209. Мусохранова М. Б. Терминогенез как основа речевой компетентности врача / М. Б. Мусохранова // Личность. Культура. Общество. – 2010. – Т. XII, вып. 1 (№№ 53–54). – С. 303–308.
210. Назарова И. Б. Здоровье в представлении жителей России / И. Б. Назарова // Общественные науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 91–101.
211. Наследков В. Н. Системный подход в изучении медицинской культуры / В. Н. Наследков // Смирновские чтения: Междунар. конф. – М.: ИФРАН, 1997. – С. 147–149.
212. Наследков В. Н. Медицинская культура и биоэтика в России / В. Н. Наследков, Т. Б. Наследкова // Биоэтика, принципы, правила, проблемы. – СПб. – М., 1998. – С. 96–99.
213. Наследков В. Н. О преподавании медицинской культуры / В. Н. Наследков // Проблемы и перспективы развития культурологии в вузах России: Тезисы Всерос. конф. 20–21 мая 1993 г. – Ростов н/Д., 1993. – С. 49–50.
214. Наследков В. Н. Концепция медицинской культуры в развитии и перспективе / В. Н. Наследков // Гармония и здоровье. – 1995. – № 1. – С. 6–9.
215. Нахапетов Б. А. Тайны врачей дома Романовых / Б. А. Нахапетов. – М.: Вече, 2005. – 319 с.
216. Наука и научность в исторической перспективе / под общ. ред. Д. Александрова. – М., Хагнера, СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2007. – 330 с.
217. Ни давности, ни забвения... По материалам Нюрнбергского процесса. – М.: Юрид. лит., 1983. – 400 с.

218. Николаева В. В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: дис. докт. психол. наук / В. В. Николаева. – М., 1992. – 400 с.
219. Ноймайр А. На примере классической школы. Т. 1 // Музыка и медицина. – Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1997. – 448 с.
220. Овсянникова Т. В. Российские средства массовой информации о медицине и врачах / Т. В. Овсянникова // Гуманитарное образование и медицина: сб. научных трудов. – Т. 62, вып. 3. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – С. 48–53.
221. Омега С. «Лишняя хромосома – лишний человек?» / С. Омега // Литературная газета. – № 47 (6095) 22–28 ноября 2006 г. – С. 12.
222. Орtega-и-Gasset X. Две главные метафоры [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://orel.rsl.ru/nettext/foreing\ortega-i-gtasse/kant/html>.
223. Осоргин М. Рассказы бесхитростного / М. Осоргин // Родина. – 1994. – № 5. – С. 95–97.
224. Павловский Е. Н. Бессменные дозоры (Рассказы о работах советских медиков по борьбе с природно-очаговыми заболеваниями) / Е. Н. Павловский. – М.: Знание, 1963. – 253 с.
225. Пальцев М. Аллея жизни / М. Пальцев, А. Сточик // Наше наследие. – 1990. – № 6 (18). – С. 12–27.
226. Паспорт специальности научных работников. Шифр специальности: 14.00.52 – социология медицины // Социология медицины. – 2004. – № 1. – С. 65.
227. Парсонс Т. Система современных обществ / Т. Парсонс; пер. с англ. Л. А. Седова и А. Д. Ковалева; под ред. М. С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998 – 270 с.
228. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан; пер. с нем. – М.: Медицина. 1996. – 464 с.
229. Петленко В. П. Проблема человека в теории медицины / В. П. Петленко, В. Ф. Сержантов. – Киев: Здоровья. 1984. – 200 с.
230. Петров В. А. Холера в жизни и творчестве А. С. Пушкина (к 200-летию поэта) / В. А. Петров // Вестник Волгоградской медицинской академии. – 1999. – № 5. – С. 151–152.
231. Подорога В. А. Полное и рассеченное / В. А. Подорога // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М.: ACT: ACT МОСКВА, 2005. – С. 67–138.

232. Попов Г. И. Русская народно-бытовая медицина / Г. И. Попов. – Рязань: Александрия, 2010. – 472 с.
233. Пушкарева К. В. Институт семьи как субъект первичной социализации пациента / К. В. Пушкарева // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровня ответственности: сборник статей по материалам Интернет-конференций. – М.: «ИПЦ «Маска», 2008. – С. 200–203.
234. Пушкарева Н. Л. Сексуальная этика в частной жизни древних руссов и московитов (Х–XVII вв.) / Н. Л. Пушкарева // Секс и эротика в русской традиционной культуре. – М., 1996. – С. 44–91.
235. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
236. Решетников А. В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ/ А. В. Решетников // Социология медицины. – 2005. – № 1. – С. 3–17.
237. Решетников А. В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2005. – № 2. – С. 3–25.
238. Розин В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема / В. М. Розин // Мир психологии. – 2000. – № 1 (21). – С. 12–30.
239. Розин В. М. Понять жизнь и поступки Гоголя / В. М. Розин // Вопросы философии. – 2010. – № 1. – С. 130–141.
240. Розин В. М. Человек культурный. Введение в антропологию: учеб. пособие / В. М. Розин. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 304 с.
241. Русская литература и медицина: Тело, предписания, социальная практика: сборник статей / под ред. К. Богданова, Ю. Мурашова, Р. Николози. – М.: Новое издательство, 2006. – 304 с.
242. Русский народ. Кн. 2. Суеверия, приметы, заговоры / Сост. М. Забылин. – М.: Белый город, 2005. – 175 с.
243. Рыбин В. А. Эвтаназия. Медицина. Культура: Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологии / В. А. Рыбин. – М.: Издательство МГУ, 2008. – 256 с.

пологическом аспекте / В. А. Рыбин. – Челябинск: Челяб. гос. ун-т., 2006. – 391 с.

244. Рыбко С. Н. К вопросу о методах лечения в народной медицине (православный аспект) / С. Н. Рыбко // Дикаревские чтения (11). Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Северного Кавказа за 2004 год: мат-лы Северокавказской науч. конференции. – Краснодар, 2005. – С. 198–209.

245. Сабанов В. И. Лекции по истории мировой медицины: Учебное пособие для студентов медицинских вузов / В. И. Сабанов, Л. Н. Грибина. – Волгоград: Комитет по печати, 1996. – 112 с.

246. Савельева Ж. В. Медицина и врачи в символической реальности средств массовой коммуникации: социальное конструирование образа российской прессой / Ж. В. Савельева // Биоэтика. – 2011. – № 1 (7). – С. 27–30.

247. Савчук В. В. Боль авангарда / В. В. Савчук // Литературный авангард в политической истории XX века. Тезисы I международной научно-практической конференции 24–28 мая 1999. – СПб., 1999. – С. 8–11.

248. Салихова А. Проблема ожирения: от античности до современности / А. Салихова, Л. Фархутдинова // Врач. – 2012. – № 5. – С. 34–36.

249. Сверкер Уредсон. Два правителя и их народы. Карл XII. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // bibliotekar.ru>polk-16/3.htm.

250. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий) Дух, душа и тело. Общество любителей православной литературы. – Киев: Изд-во имени святителя Льва, папы Римского, 2002. – 149 с.

251. Седова Н. Н. Биоэтика и право в медицинской культуре / Н. Н. Седова // Гуманитарное образование и медицина: сб. научных трудов. – Т. 62, вып. 3. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – С. 203–214.

252. Седова Н. Н. Биоэтика: курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов / Н. Н. Седова. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. – 204 с.

253. Седова Н. Н. Право и этика в педиатрии: проблема информированного согласия / Н. Н. Седова, Л. А. Эртель. – М., 2004. – 164 с.

254. Седова Н. Н. Биоэтика в пространстве культуры: монография / Н. Н. Седова, Н. В. Сергеева. – М.: Триумф, 2010. – 336 с.

255. Семенцов М. В. Состав народных медицинских знаний кубанских казаков в XIX – начале XX веков / М. В. Семенцов // Фольклорно-этнографические исследования этнических культур Краснодарского края. – Краснодар: Краевой научно-методический центр народного творчества, отдел традиционных национальных культур, 1995. – С. 5–36.
256. Семенцов М. В. Народные представления о причинах возникновения болезней как элемент фольклорной медицины / М. В. Семенцов // Традиции в многонациональном обществе. Тезисы докладов всесоюзной конференции. – Мн., 1990. – С. 172.
257. Семенцов М. В. Этномедицинские знания в традиционном свадебном обряде кубанских казаков / М. В. Семенцов // Дикаревские чтения (1). Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Кубани за 1994 год. Мат-лы науч.-практич. конференции. – Белореченск, 1995 – С. 14–20.
258. Семенцов М. В. Очерки по традиционной медицине этносов и этнических групп Северо-Западного Кавказа / М. В. Семенцов. – Краснодар: Изда-во «Крайбиколлектор», 2002. – 115 с.
259. Семенцов М. В. «Дьявольское творение» (домашние насекомые в народной медицине кубанских казаков) / М. В. Семенцов // Дикаревские чтения (5), Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Кубани за 1998 год. Мат-лы региональной науч.-практич. конференции. – Краснодар, 1999. – С. 118–128.
260. Семенцов М. В. Врачевальные средства «человеческого происхождения» в народной медицине кубанских казаков / М. В. Семенцов // Дикаревские чтения (9), Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Северного Кавказа за 2002. Мат-лы региональной науч. конференции. – Краснодар: Изд-во «Крайбиколлектор», 2003. – С. 133–139
261. Серова И. А. Вкус меры. Очерки философии здоровья. Серия «Политософское образование» / И. А. Серова. – М.: Издательский дом «Стратегия», 2007. – 160 с.
262. Серова И. А. Медикализация культуры – вектор развития [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://history.pstu.ac.ru/serova.htm>.
263. Силуянова И. В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма / И. В. Силуянова // Медицинское право и этика. – 2001. – № 4. – С. 81–84.

264. Силюянова И. В. Этика врачевания: современная медицина и православие / И. В. Силюянова. – М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троикой Сергиевой Лавры, 2001. – 245 с.
265. Скворцов В. Я. Медицинская тематика в искусстве / В. Я. Скворцов, А. И. Скворцова. – Волгоград, 1992. – 99 с.
266. Скворцов В. Я. О плодотворности поиска взаимосвязи медицины, философии и гуманитарного знания / В. Я. Скворцов // Гуманитарное образование и медицина: Сб. научных трудов. – Т. 57, Вып.2. – Волгоград, 2001. – С. 107–117.
267. Скворцов В. Я. Искусство, эстетика, медицина / В. Я. Скворцов. – Волгоград, 1993. – 160 с.
268. Скворцов В. Я. Социально-философский анализ взаимодействия медицины и искусства. автореф. дис. на соиск. уч. ст. д. филос.н. / В. Я. Скворцов. – Волгоград, 1998. – 41 с.
269. Смусева Т. В. Из истории Сарептской медицины к. XVIII – н. XX вв. / Т. В. Смусева // Историческая и современная регионалистика Верхнего Дона и Нижнего Поволжья: сборник научных статей по мат-лам науч. конференции «Историческое и этнокультурное развитие Нижнего Поволжья» 2004. – Волгоград: Волгоградское научное изд-во, 2005. – С. 177–190.
270. Соколов И. И. Народная медицина – наука и традиционное знание / И. И. Соколов, В. В. Степанов. – СПб: Гидрометеоиздат, 2001. – 63 с.
271. Солженицын А. И. Раковый корпус / А. И. Солженицын. – Петрозаводск: Карелия, 1991. – 440 с.
272. Сонтаг С. Болезнь как метафора / С. Сонтаг // Иностранный литература. – 2004. – № 8. – С. 224–257.
273. Сорокин П. А. Социокультурная динамика / П. А. Сорокин // Человек. Цивилизация. Общество. – М.: Политиздат, 1992. – 549 с.
274. Сорокина Т. С. История медицины: учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Т. С. Сорокина. – 9-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 560 с.
275. Сорокина Т. С. Врачевание в средневековой Руси: от язычества к христианству / Т. С. Сорокина // Российский медицинский журнал. – 1996. – № 2. – С. 56–58.

276. Сталинградский городской Комитет Обороны в годы Великой Отечественной войны: Документы и материалы / Серия «История Волгограда в документах и материалах». Т. 1 / под. ред. М. М. Загорулько. – Волгоград: Государственное учреждение «Издатель», 2003. – 920 с.

277. Степин В. С. Научная картина мира в культуре техногенной цивилизации / В. С. Степин, Т. Ф. Кузнецова. – М.: Наука, 1994. – 312 с.

278. Сточик А. М. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке / А. М. Сточик, С. Н. Затравкин. – 2-е изд., доп. – М.: Шико, 2000. – 366 с.

279. Сточик А. М. Становление человека и человеческого общества. Возникновение медицины / А. М. Сточик // Избранные лекции по курсу истории и культурологии. – М.: Эрус, 1991. – 30 с.

280. Столяров И. Записки русского крестьянина / И. Столяров // Записки очевидца: Воспоминания, дневники, письма / сост. М. Вострашев. – М.: Современник, 1989. – С. 323–484.

281. Страшун И. Д. Русский врач на войне / И. Д. Страшун. – М.: Медгиз, 1947. – 144 с.

282. Стрельченко А. Б. Медицина для успешных людей. Концептуальные и организационно-методические аспекты / А. Б. Стрельченко, И. А. Чеглова // Психотерапия. – 2005. – № 5. – С. 34–37.

283. Супотницкий М. В. Развитие биологического оружия еще не начиналось [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://supotnitskiy.ru/stat/stat67.htm>.

284. Супотницкий М. В. Очерки истории чумы: В 2-х кн. Кн.1: Чума добактериологического периода / М. В. Супотницкий, Н. С. Супотницкая. – М.: Вузовская книга, 2006. – 468 с.

285. Супотницкий М. В. Очерки истории чумы: В 2-х кн. Кн.2: Чума бактериологического периода / М. В. Супотницкий, Н. С. Супотницкая. – М.: Вузовская книга, 2006. – 696 с.

286. Социально-философские аспекты наномедицины: перспективы, проблемы, риски. Круглый стол // Философские науки. – 2009. – № 9. – С. 5–29; 2010. – № 2. – С. 80–89.

287. Таллис Р. Краткая история головы: Инструкция по применению / Рэймонд Таллис; пер. с англ. Л. Речной и З. Замчук. – СПб.: Амфора. ТИД Амфора, 2010. – 351 с.

288. Тарасенков А. Т. Последние дни жизни Н. В. Гоголя / А. Т. Тарабенко // Гоголь в воспоминаниях современников. – Государственное издательство художественной литературы, 1952. – С. 511–526.
289. Тарасонов В. М. Символы медицины как отражение древних народов / В. М. Тарасонов. – М.: Медицина, 1985. – 117 с.
290. Теодоропулос И. Феномен боли и нестабильные формы воспитания / И. Теодоропулос // Вопросы философии. – 2002. – № 4. – С. 170–178.
291. Толстой Л. Н. Смерть Ивана Ильича // Толстой Л. Н. Собр. соч.: в 12 т. Т. 11. – М.: Правда, 1984. – С. 42–97.
292. Токарев С. А. История русской этнографии (Дооктябрьский период) / С. А. Токарев. – М., Изд-во «Наука», 1966. – 453 с.
293. Токаревич К. Н. По следам минувших эпидемий / К. Н. Токаревич, Т. И. Грекова. – Л.: Лениздат, 1986. – 158 с.
294. Тропкина Н. Е. Типы и модели пространства в русской поэзии второй половины XX – начала XXI века / Н. Е. Тропкина // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. Серии Педагогические науки, филологические науки, социально-экономические науки и искусство. – 2011. – № 8 (62). – С. 161–165.
295. Тхагапсова Г. Г. Музыка как лекарство (на примере адыгской и абхазской традиционных культур) / Г. Г. Тхагапсова, А. Н. Соколова // Дикаревские чтения (6). Итоги фольклорно-этнографических исследований этнических культур Кубани за 1999 год. Мат-лы региональной науч.-практич. конференции. Ст. Крепостная Краснодарского края 26–28 мая. – Краснодар, 2000. – С. 95–102.
296. Тхостов А. Ш. Семиотика телесности и мифология болезни / А. Ш. Тхостов // Телесность человека: междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 110–112.
297. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
298. Уайт Л. А. Понятие культуры / Л. А. Уайт // Личность. Культура. Общество. – 2004. – Т. VI, Вып. 2. – С. 59–87.
299. Углов Ф. Сердце хирурга: автобиографическая повесть / Ф. Углов. – Л.: Дет. лит., 1987. – 270 с.

300. Уоллер Д. Правда и ложь в истории великих открытий / Джон Уоллер; пер. с англ. К. Лукьяненко. – М.: Колибри. Азбука-Аттикус, 2011. – 416 с.
301. Федоров Л. А. Советское биологическое оружие: история, экология, политика / Л. А. Федоров. – М.: МСоИС, 2006. – 302 с.
302. Федорова Г. В. Медицинские династии Западной Сибири в историко-биографических очерках (кон. XIX – XX в.) / Г. В. Федорова, С. Г. Резников. – Омск, 1999. – 459 с.
303. Философия биомедицинских исследований: Этос науки начала третьего тысячелетия. – М., Институт человека РАН; Независимый институт гражданского общества, 2004. – 128 с.
304. Фролова И. В. Образ дворянки Новгородской губернии в первой половине XIX века на примере дневниковых записей Е. П. Квашниной-Самариной / И. В. Фролова // Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16–17 мая 2011 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. С. Н. Полтарака. – СПб.: Полторак, 2011. – С. 49–54.
305. Фрэзер Д. Д. Золотая ветвь: Исследование магии и религии / Д. Д. Фрэзер; пер. с англ. – 2 изд. – М.: Политиздат, 1986. – 703 с.
306. Фуко М. Рождение клиники / М. Фуко. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
307. Фуко М. Археология знания / М. Фуко; под ред. Бр. Левченко. – К.: Ника-Центр, 1996. – 208 с.
308. Фуко М. История безумия в классическую эпоху / М. Фуко; пер. с фр. И. К. Страф. – М.: АСТ МОСКВА, 2010. – 698 с.
309. Фуко М. История сексуальности-III: Забота о себе / М. Фуко; пер. с фр. Т. Н. Титовой и О. И. Хомы; под общ. ред. А. Б. Мокроусова. – Киев: Дух и литература; Грунт; М.: Рефл-бук, 1998. – 288 с.
310. Хагнер М. История науки. Введение / М. Хагнер // Наука и научность в исторической перспективе / под общ. ред. Д. Александрова. – М. Хагнера. СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2007. – С. 8–37.
311. Хагнер М. Просвещенные монстры / М. Хагнер // Наука и научность в исторической перспективе / под общ. ред. Д. Александрова, М. Хагнера. – СПб.: Европейский университет в Санкт-Петербурге; Алетейя, 2007. – С. 72–122.

312. Хейстад Уле М. История сердца в мировой культуре от Античности до современности / Уле Мартин Хейстад; пер. с норвеж. С. Карпушиной, А. Наумовой. – М.: Текст, 2009. – 317 с.
313. Ходасевич Г. Гений и болезнь. Благодаря или вопреки?: Избранные эссе. Вып. 1. – М., Атмосфера, 2005. – С. 10–16.
314. Хорда Вега Медицина в искусстве от античности до наших дней / Вега Хорда, Мелиssa Риккетс: пер. с испанского Е. Е. Бергер. – М., «МЕДпресс-информ», 2009. – 224 с.
315. Хрусталев Ю. М. Философия науки и медицины: учеб. для аспирантов и соискателей / Ю. М. Хрусталев, Г. И. Царегородцев. – М.: ГЕОТАР-МЕДИЯ, 2005. – 510 с.
316. Хрусталев Ю. М. Этюды философских мыслей / Ю. М. Хрусталев. – М.: ВУНМЦ, 1998. – 268 с.
317. Хрусталев Ю. М. Философия – интеллектуальная и моральная основа здоровья (социально-гуманитарный концепт здоровья) / Ю. М. Хрусталев // Терапевтический архив. – 2006. – № 1. – С. 83–87.
318. Хрусталев Ю. М. Философия / Ю. М. Хрусталев. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 604 с.
319. Чазов Е. И. Как уходили вожди: Записки главного врача Кремля / Е. И. Чазов. – М.: Алгоритм: Эксмо, 2012. – 240 с.
320. Чахоян А. О. Влияет ли диагноз «предменструальный синдром» на расширение медикализации? / А. О. Чахоян, О. В. Костенко // Биоэтика. – 2011. – № 1 (7). – С. 52–54.
321. Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины. Сборник научных статей / под ред. Е. А. Андрияновой. – Саратов: Издательский центр «Наука», 2009. – 430 с.
322. Черкасова А. Е. Взаимодействие медицины и религии (на примере российской медицины и русского православия): монография / А. Е. Черкасова; под ред. А. В. Решетникова, В. З. Кучеренко. – М.: Софт Издат, 2005. – 272 с.
323. Чернышева И. В. Медицина в социокультурной динамике общества: автореф. дис. на соиск. уч. ст. к. филос. н. / И. В. Чернышева. – Волгоград, 2007. – 27 с.
324. Чернышева И. В. Борьба с инфекционными заболеваниями в Сталинграде (1942–1943 гг.) / И. В. Чернышева // Материалы Все-

российской научно-практической конференции «Опыт и уроки развития медицины в годы Второй мировой войны». – Волгоград: Изд-во ВолГГМУ, 2012. – С. 80–82.

325. Чиж В. Ф. Болезнь Н. В. Гоголя. Записки психиатра / В. Ф. Чиж. – М., Терра – Книжный клуб, 2009 – 512 с.

326. Чижкова В. М. Антропологическая парадигма отечественного естествознания и медицины / В. М. Чижова. – Волгоград: ВолГАСА, 2001. – 184 с.

327. Чикин С. Я. Врачи-философы / С. Я. Чикин. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.

328. Чумаков Ф. И. О магии и религии в медицине и оториноларингологии / Ф. И. Чумаков // Вестник оториноларингологии. – 1999. – № 4. – С. 58–59.

329. Чумаков Ф. Болезни Бетховена / Ф. Чумаков, А. Чкаников // Врач. – 1997. – № 1. – С. 44–45.

330. Шангина И. И. Русский народ. Будни и праздники: Энциклопедия / И. И. Шангина. – СПб.: Азбука-классика, 2003. – 560 с.

331. Шаповалова О. А. Роль СМИ в распространении информации о здоровье / О. А. Шаповалова // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровня ответственности: сборник статей по материалам Интернет-конференций. – М.: «ИПЦ «Маска», 2008. – С. 211–216.

332. Шерстнева Е. В. Регламентирование медицинской рекламы в России (вторая половина XIX – начало XX вв.) / Е. В. Шерстнева // Материалы международного симпозиума «Традиции и новаторство в истории отечественной медицины»; Бюллетень Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – М., 2011. – С. 166–169.

333. Шестова Т. Ю. Восприятие медицины социальными слоями России XVIII – начале XX в. по мемуарной литературе. / Т. Ю. Шестова // Воспоминания и дневники как историко-психологический источник: Материалы XXIX Междунар. науч. конф. Санкт-Петербург, 16–17 мая 2011 г. / под ред. д-ра ист. наук, проф. С. Н. Полтарака. – СПб.: Полторак, 2011. – С. 34–38.

334. Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. – 2007. – № 9. – С. 102–109.

335. Циттлау Й. Могло бы быть и хуже. Истории знаменитых пациентов и их горе-врачей / Й. Циттлау. – СПб.: Питер, 2010. – 224 с.
336. Экишут С. Так говорил «матерый человечеще» / С. Экишут // Родина. – 2012. – № 12. – С. 87–95.
337. Эльштейн Н. В. Медицина и время / Н. В. Эльштейн. – Таллинн: Валгус, 1990. – 352 с.
338. Эмери А. Медицина в искусстве / А. Эмери, М. Эмери; перевод, комментарии, научная редакция и предисловия к русскому изданию проф. Т. С. Сорокиной. – М.: Центр развития межрегиональных программ, 2009. – Кн. 1 – 124 с.; Кн. 2 – 152 с.
339. Эфрон А. «А жизнь идет как Енисей...». Туруханская ссылка: из писем, стихов, рассказов, записей / Ариадна Эфрон // Рядом с Алей. Воспоминания / Ада Федерольф; сост. С. С. Виленский, М. М. Уразова. – М.: Возвращение, 2010. – 392 с.
340. Юдин С. С. Из мемуарной повести «Захарьино» и анекдоты о знаменитом московском докторе Захарьине / С. С. Юдин // Социум. – 1994. – № 4–5. – С. 41–50.
341. Юдин С. С. Размышления хирурга / С. С. Юдин. – М.: Медицина, 1968. – 368 с.
342. Юдин Б. Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Б. Г. Юдин // Философия здоровья. – М., 2001. – С. 72–79.
343. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность / Б. Г. Юдин // Мир психологии. – 2000. – № 1. (21). – С. 54–68.
344. Янгсон Р. Медицинские ошибки, заблуждения и преступления / Р. Янгсон, Я. Счотт. – М., СПб., Киев, Алматы, Вильнюс: «Издательский дом «Азбука», 2009. – 372 с.
345. Яровинский М. Я. Века Москвы медицинской / М. Я. Яровинский. – М.: Медицина, 1997. – 592 с.
346. Coherencein Psychotic Discourse. - Oxford: Oxford University Press, 1994. – 320 p.
347. Ferrara K. W. Therapeutic ways with words. – Oxford: Oxford University Press, 1994. – 199 p.
348. McNeill W. Plagues and Peoples. – New York: AnchorBooks; Doubleday, 1976. – 369 p.
349. Kemp M. Visualizations: The Nature Book of Art and Science. – Oxford University Press, 2000. – 220 p.

350. *Lupton D.* Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies. – London. New Dehli: SAGE Publication, 1994. – 193 p.
351. *Porter R.* The greatest benefit to mankind. A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present. – Fontana Press, 1999. – 839 c.
352. Social medicine and medical sociology in the twentieth century. Edited by Dorothy Porter. Amsterdam – Atlanta, GA 1997. – 202 p.
353. Short history of medicine. The textbook / I. A. Petrova [and td.]. – Second edition, revised. – Volgograd: VolSMU, 2010. – 172 p.
354. The Cambridge World History of Human Disease. Edited by Kenneth F. Kiple. – Cambridge University Press, 1999. – 1176 p.
355. With Words and Knives: Learning Medical Dispassion in Early Modern England by Lynda Payne Hardcover, Published November 14th 2007 by Ashgate Publishing. – 182 p.

Научное издание

**Медведева
Лариса Михайловна**

**БОЛЕЗНЬ В КУЛЬТУРЕ
И КУЛЬТУРА БОЛЕЗНИ**

Монография

Редактор *М. Ю. Лепеско*
Компьютерная верстка *Н. З. Белоусовой*
Дизайн обложки *Е. А. Мосгутиной*
Директор Издательства ВолгГМУ *Л. К. Кожевников*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 34.12.01.543. П 000006.01.07 от 11.01.2007 г.

Подписано в печать 06.11.2013. Формат 60x84/16.
Усл. печ. л. 14,65. Уч.-изд. л. 12,65. Бумага офсетная. Гарнитура «Times».
Тираж 500 экз. (1 зав. – 200 экз.) Заказ **263.**

Волгоградский государственный медицинский университет
400131, Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Издательство ВолгГМУ
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45

