

ДИСКУССИОННЫЙ КЛУБ

СЕМЕНКОВ ВАДИМ ЕВГЕНЬЕВИЧ

кандидат философских наук, доцент кафедры теории и технологии социальной работы
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,
semenkov1959@rambler.ru

VADIM YE. SEMENKOV

*Cand.Sc. (Philosophy), Associate Professor at the Department of Theory and Technology
of Social Work of St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*

УДК 17

БОЛЕЗНЬ КАК СОМАТИЧЕСКИЙ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕНЫ

DISEASE AS A SOMATIC AND EXISTENTIAL PHENOMENON

Аннотация. В статье рассматривается болезнь как соматический и экзистенциальный феномен. Автор исходит из того, что опыт болезни — важнейшая составляющая повседневного опыта жизни любого человека. Хроническая болезнь участвует в учреждении совершенно особого «мира», отличного от того, в котором живут обычной жизнью «здоровые» люди, — «мира» с особой логикой, онтологией и этосом. Дихотомия в понимании болезни может быть сформулирована следующим образом: либо мы продолжаем считать болезнь чем-то вроде устранимой (или нет) поломки машины, либо признаем болезнь фундаментальной составляющей субъективного опыта, — и тогда анализ субъективных смыслов обязателен.

ANNOTATION. The article deals with the disease as a somatic and existential phenomenon. The author proceeds from the fact that the experience of the disease is the most important component of the daily experience of any person's life. The author points out that chronic disease participates in the establishment of a very special "world", different from the one in which "healthy" people live a normal life — "world" with special logic, ontology and ethos. The dichotomy in the understanding of the disease can be formulated as follows: either we continue to consider the disease as something like a fixable (or not) machine failure, or we recognize the fundamental component of subjective experience and then the analysis of subjective meanings is mandatory.

Ключевые слова: болезнь как экзистенциальное событие, медицинализация жизни, нарратив болезни, астенизация больного.

KEYWORDS: disease as an existential event, medicalization of life, narrative of disease, asthenization of the patient.

Введение

Опыт болезни — важнейшая составляющая повседневного опыта жизни любого человека. Болезнь, особенно тяжелая, хроническая (а именно о таком заболевании пойдет речь дальше), ставит нас перед ситуацией утраты некоторых наших способностей: мы не можем быть такими, как были раньше, и, соответственно, мы должны быть и вести себя по-другому. Эта необходимость быть и вести себя по-другому, понимаемая автором данной статьи как *экзистенция*, с неизбежностью ставит перед любым заболевшим человеком проблему выбора в своем отношении к этому событию. В рамках формирования своего отношения к болезни индивид конституирует какой-то новый формат повседневности, отличный от формата повседневной жизни «здоровых» людей. Хронический больной, с одной стороны, отчужден своей болезнью от социального мира, и в этом мире он уже

«свой-чужой», а с другой стороны, он, за счет этой экзистенции больного, становится чужим самому себе. Эта чуждость самому себе требует адекватных форм выражения, ибо в рамках академичной медицины болезнь рассматривается сугубо как соматический феномен, а экзистенциальный опыт или игнорируется как несущественный в ходе лечения больного, или редуцируется до патологии.

Дихотомия в понимании болезни может быть сформулирована следующим образом: либо мы продолжаем считать болезнь чем-то вроде устранимой (или нет) поломки машины, либо признаем болезнь фундаментальной составляющей субъективного опыта — и тогда анализ субъективных смыслов, ею порождаемых, обязателен¹.

¹ Это высказывание принадлежит профессору Владимиру Ивановичу Медведеву. Сделано при обсуждении проблемы болезни на одном из заочных круглых столов.

Болезнь в контексте философской антропологии

Болезнь как внутренний субъективный опыт и как экзистенциальное событие, в ходе которого происходит формирование субъективных смыслов болезни, — вполне достойная тема для философского осмысления.

Конечно, эта тема может быть интересна лишь той философии, которая антропологически ориентирована. Для представителей аналитической и классической философии такая тема заведомо посторонняя. Равно как тема болезни неинтересна для всех, кто ориентирован на сциентистское понимание философии. И это достаточно очевидно: когда философ видит свою задачу в отделении достоверного научного знания от знания лженаучного и ненаучного, в поле его внимания заведомо не попадут вещи, неуловимые для изучения с помощью общезначимых эмпирических методов. Только пристальный учет субъективного опыта в формировании самости человека может сфокусировать исследовательский интерес философа на такой теме, как болезнь.

При этом до банальности очевидно, что болезнь в рамках научного дискурса — тема более чем важная, а в ряде направлений — просто фундаментальная. Но дело в том, что болезнь для позитивной науки — соматический по преимуществу феномен, и изучаться этот феномен должен теми методами, которые дают общезначимое знание. Философская антропология, понимаемая как дисциплина, выходящая за пределы сциентизма, наоборот, именно эти субъективные смыслы и ставит во главу угла, именно их анализирует в рамках того, что можно определить как некое экзистенциальное событие.

Эти субъективные смыслы ускользают от внимания медицины в ее традиционном понимании. Дело в том, что медицина в традиционном понимании является таким знанием о человеке, которое можно назвать принципиально негуманитарным. Медицина, равно как и любая иная научная и негуманитарная дисциплина, стремится к объективности и технологичности. Но объективирующий технологический подход в медицине имеет границы. Эти границы непреодолимы в рамках натуралистической модели знания и требуют иной перспективы видения — гуманитарной перспективы. В этом случае возникают вопросы: кто должен реализовывать эту гуманитарную составляющую медицины? какие для этого должны быть институты? в рамках какой методологии имеет смысл вести изучение этой составляющей медицины?

На последний вопрос ответ представляется очевидным: в рамках феноменологической методологии. Что касается ответов на другие вопросы, то здесь все не так очевидно. Однако стратегически значимой представляется перспектива теоретического обоснования значимости голоса пациента.

Медикализация жизни в современном обществе

Уже отмечено, что в современном обществе повседневная жизнь индивида существенно изменилась ввиду процесса медикализации жизни, когда

человек «начинает смотреть на себя как на пациента, а человеческое тело от рождения и до смерти становится объектом пристального медицинского контроля и регулирования» [4, с. 63]; иными словами, теперь «роль больного» (*sick role*) исполняется на протяжении всей жизни, благодаря чему формируется особый тип человека, «тотально зависимого от медицинского знания» [4, с. 64]. Поэтому если в «старых мирах» взаимодействие со своей болезнью требовало сил, то в «прекрасном новом мире», наступившем вместе с революционными прорывами химико-фармацевтической промышленности, человек превращается в астеничное (от лат. *stenos* — «сила») существо. Он, с одной стороны, уже не должен прилагать усилия к работе над собой («все делает таблетка»), а с другой стороны, нуждается в постоянной медицинской заботе и опеке. Так возникает феномен *медикализации жизни*.

Конечно, «медикализация» жизни и астенизация человека далеко не исчерпывают перечень эффектов «прекрасного нового мира», утраты им гуманистической составляющей в медицине. В частности, одним из эффектов ухода из ситуации болезни самого больного как субъекта взаимодействия является объективация болезни. Болезнь начинает восприниматься как «самостоятельная биологическая сущность», а связанные с ней трансформации самости остаются абсолютно незатребованными ни на уровне практик оказания врачебной помощи, ни в корпусе медицинского знания. «Индустриализация врачебного дела» закрепляет и усиливает объективацию болезни и способствует обезличиванию медицины, при том обезличиванию не только со стороны пациента, но и со стороны врача.

Подобно тому, как «культура» приходит на место «искусства», «техника» — на место «науки», «управление» — на место «политики», а «сексуальность» подменяет «любовь» (А. Бадью), «медицина» как технология вытесняет «врачевание», а «медик» — «врача»². «Медик» — это «технолог», который представляет собой «фигуру власти над пациентом», тогда как «врач» является «фигурой этики»; он, как верно заметил В. Лехциер, «имеет дело... с индивидуальным больным, целостью его опыта и открыт событию его патоса» [4, с. 231]. Ввиду этого объективация болезни и утрата значимости ее «смыслового измерения» неизбежно «обрачиваются неэффективностью терапии и необратимой хронизацией патологического процесса» [4, с. 233].

Нюрнбергским врачебным кодексом 1947 года был утвержден принцип границы медицинского вмешательства — «информированное согласие» (*informed consent*), — который предполагает трансформацию отношений между медиками и пациентами в субъект-субъектные. Именно в рамках Нюрнбергского процесса была осознана неприемлемость позиции медика как субъекта власти. Эта

² Это высказывание принадлежит доктору философских наук Юлии Владимировне Ватолиной. Сделано ею при обсуждении проблемы болезни на одном из круглых столов.

позиция неразрывно связана с объектной позицией пациента. В такой позиции врач всегда может получить «добровольное согласие» пациента, поэтому и сейчас на практике субъект-объектный паттернализм продолжает существовать и в ряде случаев усугубляется до вседозволенности.

Однако такое паттерналистское регулирование «извне» и «сверху» отношений «врач — пациент» вообще не органично для медицины. Как верно заметила Ю. Ватолина, медицина изначально является «терапией» как практикой «заботы», попечения (гр. *terapia* — забота, служение, попечение, лечение), с одной стороны, и восстановлением до целого («целительством») — с другой. С позиции феноменологического понимания болезни и форм отношения к ней, именно об этом «начале» медицина и должна вспомнить сегодня, именно это «начало» (*arkhe*) она, как свою суть, должна нести в себе³.

Что мешает воспоминанию? Можно указать на целый ряд проблем, связанных с глубинным культурно-историческим контекстом.

Дело в том, что сам базовый феномен медицинской — как «процесс патологизации общества, производства повседневного пациентского самосознания», которое предполагает «абсолютную отдачу себя на попечение врача и институциональных структур медицины» [4, с. 196].

Поскольку этот феномен порожден западной цивилизацией, а уже затем становится глобальным, то стоит рассмотреть его культурно-исторический контекст — то есть понять его как феномен современной цивилизации, или, еще точнее, как продукт десекуляризации общества и массового сознания.

Нам надо видеть и осмысливать фундаментальное различие в восприятии самой болезни традиционным религиозным сознанием и современным секуляризованным. Если для традиционного религиозного сознания при всех оговорках психологического плана болезнь всегда есть принципиально позитивный опыт, напоминающий человеку о его собственной вине в этой болезни и предстоящем после смерти ответе перед Богом; то для секуляризованного сознания, опять-таки при всех индивидуальных оговорках, болезнь есть принципиально негативный опыт, ломающий земные человеческие планы. Причем эти желанные планы часто ломаются до такой степени, что эта земная жизнь начинается представляться человеку законченной и бессмысленной вследствие физической неспособности реализовать эти планы. Тем не менее у этих двух разных модусов восприятия болезни есть общий знаменатель: в обоих случаях болезнь переживается как стресс и крушение планов, часто dochodящее до полного отчаяния. Только в первом случае этот стресс понимается как опыт позитивный — вразумление; а во втором — как негативный (утрата).

Выше уже было приведено высказывание Ю. Ватолиной о том, что «медицина» как технология вытесняет «врачевание», а «медик» — «врача».

Это, в свою очередь, поднимает проблему расчеловечивания фигуры пациента, свойственного современному технологическому и автоматизированному подходу к процессу оказания медицинской помощи. В ходе этого технологического и автоматизированного подхода пациент из субъекта взаимоотношений с врачом превращается в объект медицинской манипуляции, а врач становится в глазах пациента безликой функцией. Современная армянская писательница Марьям Петросян в своем знаменитом романе «Дом, в котором» хорошо формулирует различие человека и пациента: «Пациент не может быть человеком. Это два совершенно разных понятия. Делаясь пациентом, человек утрачивает свое “Я”. Стирается личность, остается животная оболочка, смесь страха и надежды, боли и сна. Человеком там и не пахнет. Человек где-то за пределами пациента дожидается возможного воскрешения. А для духа нет страшнее, чем стать просто телом» [5, с. 156].

Утрата медициной искусства гуманистического патронажа как интересубъективного общения с больным имела своим следствием проблематизацию в интерпретации феномена боли и страдания. Эта проблематизация обусловлена тем, что врач через использование медицинского категориально-понятийного аппарата и сведения болезни к соматическому феномену узурпирует феномен боли и заболевания.

Очевидно, что больной индивид нуждается в профессиональном медицинском объяснении того, что с ним происходит. Но все дело в том, что это объяснение не всегда оправдывает его ожидания ввиду того, что для врача болезнь пациента — медицинский факт, требующий объективного изучения и лечения в соответствующих условиях: в пределах стерильного поля больничной палаты. В то время как для больного болезнь — вещь личная и интимная, влияющая на его жизнь именно за пределами этой палаты. Эта разница в перспективе видения ситуации может приводить не просто к недопониманию врачом больного, но в каких-то случаях — к усугублению его состояния.

Один из возможных выходов из этой ситуации различия взглядов видят в *практике нарративной терапии*. Практика нарративной терапии — это не только практика разговора врача с больным, но и отношение врача к болезни пациента именно как к его экзистенциальному опыту.

Подобный подход требует от врача выхода за сложившиеся рамки специалиста в определенной (медицинской) технологии, смысл которой состоит в обеспечении лечения и ухода за биологическим механизмом, в широчайшее общегуманитарное искусство исцеления. Пока об этом выходе можно говорить только в рамках пожеланий и рекомендаций. Ввиду этого мы все еще обречены воспринимать палату как специфическое «больничное» пространство, где царствует боль, а не выздоровление и исцеление. Это и заставляет нас говорить о больнице как об обезличенном космосе, превращающем человека в больного и пациента.

Снова надо напомнить, что такая практика регулирования отношений «врач — больной» не была изначально для медицины как практики «заботы»,

³ Это высказывание также принадлежит Ю. В. Ватолиной в рамках заочного обсуждения проблем болезни.

печенки, с одной стороны, и восстановления до целого («целительства») — с другой.

В связи с этим укажем на суждения французского философа Мишеля Фуко (1926–1984) об этической стороне возникновения современной клиники, высказанные в его знаменитой работе «Рождение клиники» 1963 года издания. Фуко рассматривает клинику как ту структуру, которая исключает свободную медицину: «Не стоит удивляться тому, что <в конце XVIII века> тема медицины полностью связывается с клиникой, совершенно вытесняя доминировавшую вплоть до этого времени тему <развития> свободной медицины» [9, с. 99].

Появление в конце XVIII — начале XIX века клиники являлось такой социальной формой организации массовой медицинской помощи, при которой богатые, оплачивая помощь бедным, извлекали из этой помощи и собственное благо. В том числе и за счет жесткой связи клинической практики и исследовательских процедур на малоимущих больных. Поэтому неудивительно, что уже «в начале XIX века врач превращается в должностное лицо, которому местная власть поручает уже не только жизни людей, но и, например, моральную и квазиправовую ответственность за распределение помощи между нуждающимися. Эти черты медицины-здравоохранения остаются определяющими на протяжении всего XX века и во многом сохраняются до сих пор. Именно отсюда берут начало всем известные меры наподобие медицинских карт или профилактических прививок, сопровождающие человека от рождения до смерти и направленные, по сути, на его интеграцию в общество... Непривитый или “недопривитый” ребенок в глазах различных (не только медицинских) инстанций воспринимается как потенциальная угроза, а его родители — как “неразумные” люди, если не своего рода правонарушители» [7].

Тот же Мишель Фуко показал, что изначальная коннотация лазарета как гостеприимного, очистительного места, дающего нам надежду на воскрешение, возвращение к жизни, не сочетается со стерильностью и условностью койки, капельницы и аппаратов жизнеобеспечения в современных госпиталях и клиниках. Такая расчеловеченная стерильность (не в антисептическом, а в антропологическом смысле слова) позволяет назвать пространство палаты «койко-местом», в котором постепенно теряется и тает человек. В этом контексте нетрудно понять укоренившееся в сознании большинства из нас восприятие больницы «как места, где люди умирают» [9, с. 156].

В современных клиниках боль и болезнь выступают прежде всего в качестве соматического феномена, и крайне редко — как нечто факультативное, в качестве события и переживания. И здесь пренебрежение мнением пациента, не относящимся к клинической картине, может привести к усугублению состояния пациента.

Гуманистическая перспектива восприятия болезни как экзистенциального феномена видится в налаживании искусства коммуникации, чья задача — достижение взаимопонимания между врачом и пациентом как важнейшего условия исцеления.

О принципиальной порочности сложившейся в рамках клиники коммуникации «врач — пациент» уже писали, и не раз. Так, например, Жиль Делёз говорит о достоинствах и недостатках патерналистской модели коммуникации (родительско-детских отношений между врачом и пациентом), в рамках которых врач, становясь для пациента отражением себя исцеленного, с точки зрения пациента обязан брать на себя ответственность за всю его жизнь. Мишель Фуко и Дитмар Кампер говорят о том, что врач и пациент находятся в отношениях «надзиратель — заключенный», где врач оттачивает на пациенте свои техники. В продолжение традиции такого разговора необходимо сказать о том, что боль и болезнь имеют для врача и пациента различную природу. Если для врача это симптоматика и клиника, то для больного болезнь — экзистенциальное событие.

Кризис коммуникации в условиях клиники как места заключения больного, подробно описанный Мишелем Фуко, сводится уже к «глухоте» врача, являющегося для незащитного пациента «субъектом власти», в глазах которого пациент — не личность, а просто поле битвы с болезнью.

Вынося за скобки неклиническую историю боли (боль как нарратив), врач не в состоянии воспринять пациента как человека, а воспринимает его как случай, объект. Пациент же, лишенный возможности ответственного и не случайного для врача формирования нарратива о своем заболевании, видит во враче лишь функцию. Так в условиях патерналистского подхода возникает кризис взаимопонимания. В ситуации такой квазикоммуникации врач, замещающий фигуру родителя, становится заложником поведения пациента, перелагающего всю ответственность за свое существование на врача, ставшего для пациента родительской функцией. При этом такая ситуация ущербна и для врача, поскольку при такой коммуникации пациент не только не слышит требований и рекомендаций врача, но и властно вовлекает его в любую сферу своей жизни, требуя от него решения любой проблемы в терминах «универсального рецепта».

Особую роль в таком виде кризиса играет автоматизация и механизация, стандартизация процесса лечения, сводящая личное общение врача и больного к минимуму и превращающая боль из события и переживания человека в симптом его заболевания или рефлекторную реакцию. Такой процесс обезличивания пациента и его боли В. Лехциер называет *медицификацией* [4, с. 289]. Разумеется, медицина защищает врача от излишнего вчувствования в боль пациента, чтобы сохранить здоровье и хладнокровие, необходимые ему как профессионалу. Но полная отстраненность от личности пациента все-таки низводит врача до уровня биомеханика, способного лечить, но не исцелять.

Нарративный поворот в антропологии медицины

Ввиду вышеизложенного более чем ожидаемо введение в антропологию медицины методологического инструментария, связанного «нарративным поворотом» в гуманитарных науках. Этот поворот

обусловлен необходимостью проговаривания пациентом боли и обсуждения врачом совместно с пациентом процесса лечения. Причем это обсуждение должно вестись в терминах пациента и на его языке, что, в свою очередь, требует от врача знаний и умений, выходящих за пределы его практик. Пока до выхода на такую перспективу еще далеко и в реальности чаще всего врач и пациент все еще остаются друг для друга закрытым космосом. Но именно этот поворот будет способствовать преодолению взгляда на болезнь как на сугубо соматический феномен.

Исследование нарративов болезни показывает, как выстраивается особый внутренний опыт пациента, сущностно влияющий на ее протекание. Поэтому «врачи начинают видеть в пациентских нарративах... окно в мир действительных страданий, а также способ доступа к индивидуальным конstellациям патологических симптомов и к их причинам» [4, с. 120]. «Отсюда, — отмечает В. Лехциер, — желание пациента вернуть себе нарративную субъектность, а с ней и ответственность за самого себя, — желание, которое некоторые... связывают уже с эпохой постмодерновой медицины» [3, с. 121].

Что это означает с культурно-исторической точки зрения?

Если оставить в стороне чисто прагматический аспект диагностики индивидуальных особенностей патологических симптомов, который в первую очередь и рассматривается в качестве рационального обоснования лечения, а обратиться к аспекту онтологическому, то в этом феномене нельзя не увидеть определенное возвращение к медицине традиционных цивилизаций, в которых одним из главных средств исцеления было исцеление словом.

И этим словом был не только заговор знахаря или церковный молебен за здоровье, но и собственный внутренний голос больного. Эмпирически известен феномен, когда больному сразу становится легче еще до всякого лечения, а просто от разговора «по душам» с опытным врачом. Опытные врачи также весьма часто спрашивают пациента о планах на будущее, зная, что тот, кто их не имеет, кому «некуда жить» (А. Платонов), как правило, обречен на болезнь и смерть, — шансы на выздоровление у таких людей намного ниже. Все это просто опыт, который используется современными врачами повседневно. Тем самым эмпирически очевидно, что «внутренний нарратив» пациента, т.е. его настрой на жизнь и выздоровление или на болезнь и смерть, является одним из ключевых факторов протекания болезни. Поэтому предложенный нарративный

подход в рамках антропологии медицины представляется очень актуальным и важным.

Не будет лишним еще раз уточнить следующий момент. Да, в современном медикализованном обществе человек отдает себя на попечение врача и институциональных структур медицины — примерно так, как в средние века он абсолютно уверял заботу о себе институту Церкви. Ввиду этого не может не возникнуть вопроса об уместности использования принципов доклинической медицины с ее персонификацией отношений лекаря и больного. Автору данной статьи представляется очевидным, что использование в медицине нарративных методов позволит в какой-то степени реактивировать принципы медицины традиционных «миров», вернув пациенту «нарративную субъектность» и «ответственность за самого себя». Но при этом надо сделать оговорку: «нарративная субъектность» и «ответственность за самого себя», вообще-то, никогда не исчезали полностью. Более того, они в некотором отношении даже поощрялись и медициной модерна, основанной на секулярной науке. Иное дело, что в модерне это — другая нарративность и другая «ответственность за самого себя».

В медицине модерна пациент выступает в роли помощника врача. Пациент в рамках такой медицины должен, во-первых, точно описать свои ощущения, а во-вторых, строго следовать его указаниям, чтобы излечиться или избежать заболевания. И здесь пациенты действительно подпадают под внушающее воздействие языковых и ментальных стереотипов врачей. Например, пациент должен только, но при этом тщательно описывать симптомы и ощущения, но ни в коем случае не называть свой диагноз.

Нарратив, о котором говорилось выше, совсем иного рода — это внутренний самостоятельный нарратив пациента, в котором он вырабатывает свое отношение к болезни. Этот нарратив имеет и этические, и религиозные, и сциентистские компоненты — это внутреннее усилие, концентрирующее всю личность. В данном смысле такой нарратив действительно является некоторым возвращением к тому переживанию болезни, которое было в традиционных обществах.

Собственно, это один из вариантов постмодерна — он состоит не в радикализации принципов модерна, а наоборот, в новом синтезе с теми элементами традиционной культуры, которые были репрессированы модерном, но сейчас оказались вновь востребованными, поскольку реально заменить их нечем.

1. Делёз Ж. Критика и клиника / пер. с фр. О. Волчек и С. Фокина. СПб., 2002. 240 с.
2. Кампер Д. Тело. Насилие. Боль [сборник статей: пер. с нем.] / сост., вступ. ст. В. Савчука. СПб.: Изд-во Русской христианской гуманитарной акад., 2010. 173 с.
3. Ларше Ж.-К. Болезнь в свете православного вероучения / пер. с фр. С. Кузнецовой. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2016. 176 с.
4. Лехциер В. Л. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literatures namai, 2018. 312 с. (Conditio humana).
5. Петросян М. С. Дом, в котором... М.: Гаятри / Livebook, 2009. 960 с.
6. Силуянова И. В. Антропология болезни. М.: Изд-во Сретенского монастыря, 2007. 304 с.

7. Стаф И. Медицина между взглядом и дискурсом: диагноз Мишеля Фуко // Отечественные записки. 2006 №1. С. 32–43.
8. Хайдарова Г.Р. Феномен боли в культуре. СПб.: Изд-во Русской христианской гуманитарной акад., 2013. 317 с.
9. Фуко М. Рождение клиники / пер. с фр. А.Ш. Тхостова. 2-е изд. М.: Академический проект, 2014. 263 с.
10. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее / пер с англ. М.Б. Левина. М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2008. 349 с.

References

1. Deleuze G. *Kritika i klinika* [Critisizm and Clinic]. St. Petersburg, 2002. 240 p. (In Russian).
2. Kamper D. *Telo. Nasiliye. Bol.* [Body. Violence. Pain]. St. Petersburg: Russian Christian Humanitarian Academy Publ., 2010. 173 p. (In Russian).
3. Larcher J.-Cl. *Bolezn v svete pravoslavnogo veroucheniya* [Disease in the light of the Orthodox theology]. Moscow: Sretensky Monastery Publ., 2016. 176 p. (In Russian).
4. Lekhtsiyer V.L. *Bolezn: opyt, narrative, nadezhda. Ocherk sotsialnykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny* [Disease: experience, narrative, hope. Essey on social and humanitarian studies of medicine]. Vilnyus: Logvino Literatures namai Publ., 2018. 312 p. (In Russian).
5. Petrosyan M. S. *Dom, v kotorom...* [House in which...]. Moscow: Gayatry, Livebook Publ., 2009. 960 p. (In Russian).
6. Siluyanova I. V. *Antropologiya bolezni* [Anthropology of disease]. Moscow: Sretensky Monastery Publ., 2007. 304 p. (In Russian).
7. Staf I. *Meditsina mezhd u vzglyadom i diskursom: diagnoz Mishelya Fuko* [Medicine between view and discourse: diagnosis of Michel Foucault]. *Otechestvennyye zapiski — Native Notes*, 2006, (1), pp. 32–43 (in Russian).
8. Khaidarova G. R. *Fenomen boli v culture* [Phenomenon of pain in culture]. St. Petersburg: Russian Christian Humanitarian Academy Publ., 2013. 317 p. (In Russian).
9. Fuko M. *Rozhdeniye kliniki* [Birth of clinic]. Moscow: Akademicheskii proekt Publ., 2014. 263 p. (In Russian).
10. Fukuyama F. *Nashe postchelovecheskoye budushcheye* [Our posthuman future]. Moscow: AST Publ., 2008. 349 p. (In Russian).