

## **ВЧИТЫВАЯСЬ В КЛАССИКА МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ: АНАЛИЗ ИДЕЙ АРТУРА КЛЕЙНМАНА\***

© 2015 Д.В. Михель

---

**Ключевые слова:** медицинская антропология, болезнь, системы заботы о здоровье, объяснительные модели, биомедицинская культура, страдание, социальный опыт

**Аннотация:** Становление медицинской антропологии в последней четверти XX в. тесно связано с именем Артура Клейнмана. Американский исследователь сформулировал круг основных проблем новой дисциплины и во многом создал ее научный язык. В рамках предлагаемой статьи анализируются его работы, посвященные осмыслению болезни как комплексного биопсихосоциального феномена, биомедицины как уникальной социокультурной системы и человеческого страдания как особой формы социального опыта.

---

Последняя треть XX в. стала временем бурного развития различных медико-гуманитарных исследований (medical humanities), обусловленных попыткой различных групп интеллектуалов осмыслить широкий комплекс проблем, касающихся здоровья, здравоохранения и развития медицины в современном мире. Никогда прежде медицина и весь связанный с ней круг вопросов не привлекали такого внимания исследователей, работавших в области социальных наук, философии и истории. Причиной этого стало то важное место, которое заняла медицина в рамках современной культуры, а также фундаментальные изменения мировоззренческого порядка, сделавшие вопросы медицинской помощи и качества медицинского обслуживания центральными в жизни огромного числа людей во всем мире.

Одной из важных сфер медико-гуманитарных исследований стала медицинская антропология, которая зародилась в США в 1960-е гг. и предоставила широкое поле для совместной работы для профессиональных медиков и социокультурных антропологов / этнологов, нацеленной на выявление культурного разнообразия врачебных решений и пациентского опыта. Для США и целого ряда других западных стран, где социокультурная антропология традиционно занимала важное место в системе университетского образования, оказалось вполне естественным, что антропологи смогли найти себе применение в обсуждении разнообразных тем, связанных с развитием медицинского знания и его влияния на жизнь общества. Это сближение двух профессиональных сообществ – врачей и антропологов – было обусловлено еще и тем, что в 1960-е гг. многие ведущие медицинские специалисты остро осознали необходимость серьезных перемен в их профессии, направленных на

гуманизацию некоторых отраслей медицинской практики и более глубокого понимания потребностей пациентов, приходящих в медицинские учреждения за помощью.

На протяжении целого десятилетия контакты между врачами и социокультурными антропологами имели весьма активный и плодотворный характер, а это привело к тому, что медицинская антропология уже в начале 1970-х гг. стала признанной университетской дисциплиной, ориентированной на то, чтобы снабжать студентов медицинских школ качественной антропологической информацией и помогать им в их будущей профессиональной деятельности устранять «культурные барьеры» во взаимоотношениях с пациентами. Между тем уровень развития научной теории в рамках самой дисциплины все еще был относительно невысок, поскольку медицинские антропологи 1970-х гг. продолжали во многом питаться идеями начала XX в., возникшими в рамках актуальных тогда сравнительно-религиоведческих исследований и изучения так называемых «примитивных верований».

В 1970-е гг. перед теми исследователями, которые осознали себя как медицинских антропологов, возник весьма острый вопрос, в каком направлении следует развивать свою дисциплину. В рамках дальнейших исследований этот этап развития медицинской антропологии вошел в историю как «поворот к теории». Подготовка этого поворота была делом нового поколения специалистов, которые опирались не только на багаж собственных академических знаний, но и на понимание обстоятельства, что им предстоит выполнить большую работу по переводу огромного словаря медицинской науки на язык социокультурного знания и наоборот. Следствием этого стало появление целого ряда теоретико-методологических направлений медико-антропологического знания, начиненных оригинальной терминологией и концептуальными построениями и варьирующихся от социокультурной медицинской антропологии до политико-экономической и биокультурной медицинской антропологии.

Одним из наиболее известных участников этого «теоретического поворота» стал представитель знаменитой в последующем Гарвардской школы медицинской антропологии Артур Клейнман, врач-психиатр и социокультурный антрополог, вскоре ставший признанным лидером, а теперь уже и классиком новой дисциплины. Его вклад в ее становление уже давно является предметом пристального анализа со стороны специалистов, но в России имя и научные труды Клейнмана продолжают оставаться известными лишь крайне узкому кругу специалистов (Тишков, Тишков 1988; Михель 2015). Предлагаемая статья – это попытка заполнить досадный пробел в нашем знакомстве с современной западной медицинской антропологией.

*Медицина и антропология: между и внутри*

Клейнман оказался в числе тех исследователей, которым пришлось потратить немало сил на выстраивание плодотворных отношений между медициной и социокультурной антропологией. Решению этой задачи во многом способствовали особенности его собственного жизненного пути и профессиональной карьеры. Он родился 11 марта 1941 г. в еврейской семье. Как-то он написал, что «для всякого еврея в XX веке с его Холокостом было вполне естественно оказаться на обочине истории» (Kleinman 1995: 2). Однако «место на обочине», отведенное Клейнману, со временем стало центром новой системы координат. Занимаясь медициной и антропологией, Клейнман стал одним из подлинных зачинателей медицинской антропологии – интердисциплинарной области знания, переплавившей языки антропологии и медицины в новый, уникальный язык, позволяющей придать дополнительную осмысленность таким понятиям, как болезнь, медицина, страдание и многим другим.

Свою карьеру Клейнман начинал как врач. Получив в 1967 г. степень доктора медицины в Стэнфордском университете, он на три года был направлен в Тайвань в качестве сотрудника Службы общественного здравоохранения США исполнять свой гражданский долг перед страной. Условия службы позволили ему совместить медицинскую практику с первыми полевыми исследованиями в духе социокультурной антропологии. Пятнадцать месяцев, проведенные на Тайване, на всю жизнь привили ему интерес к китайской культуре и стали отправной точкой для многочисленных экспедиций в Восточную Азию, которые продолжались еще полвека.

Погружение в китайскую культуру дало ему очень многое. Изучая язык, обычаи и китайские традиции врачевания, Клейнман сумел не только собрать огромный полевой материал, но и выработать уникальный взгляд на многие вещи. Как он сам признавался многие годы спустя после первой поездки в Китай, знание китайской культуры позволило ему лучше понять культуру североамериканскую (Kleinman 1995: 18).

В 1974 г. Клейнман защитил магистерскую диссертацию по социокультурной антропологии в стенах Гарвардского университета. Спустя всего год он уже приступил к чтению лекций по антропологии в Гарварде и влился в круг местных антропологов, среди которых было много весьма именитых ученых. В октябре 1975 г. он стал участником знаменитого междисциплинарного семинара, который позднее дал начало всемирно известной Гарвардской школе медицинской антропологии. Семинар работал до мая 1976 г., но его деятельность принесла большие плоды. В частности, на его базе начал издаваться журнал «Культура, медицина и психиатрия», первым редактором которого стал Клейнман (Kleinman 1977a). Вместе со своими коллегами по Гарварду, врачом-психиатром Леоном Айзенбергом и антропологом-иранистом Байроном Гудом, в те же самые годы Клейнман приступил к разработке теоретических основ медицинской антропологии. Созданное ими направление вобрало в себя различные идеи феноменологической философии, социального конструктивизма и кросс-культурных исследований. При этом Гарвардская

версия нашла массу приверженцев, и многие идеи Клейнмана и его коллег получили сочувственный отклик у антропологов в других американских университетах, а также за пределами США – в Великобритании и с недавнего времени в России.

После успешного, но недолгого начала антропологической деятельности в Гарварде, Клейнману пришлось перебраться на другой конец США – в Сиэтл, где он делает карьеру сразу на двух поприщах – в психиатрии и антропологии. Уже через пару лет пребывания в Вашингтонском университете Сиэтла Клейнман стал профессором опять-таки по двум кафедрам – антропологии и психиатрии. Работа в Сиэтле предоставила ему и другие возможности. Там он включился в деятельность Школы международных исследований, что позволило ему совершать ежегодные научные поездки на Тайвань и материковый Китай. Исследования, проводимые им в Китае, были тесно связаны с программой ВОЗ по изучению психического здоровья населения Китая. Долгие месяцы, проведенные в этой части мира, предоставили ему еще больше пищи для размышлений, а также дали дополнительный импульс к тому, чтобы объединить возможности медицины и антропологии.

Во второй половине 1970-х гг., вместе с Айзенбергом и Гудом, Клейнман сформулировал предложение о создании «клинической социальной науки», которая смогла бы стать важным мостом между медициной и социокультурной антропологией. Необходимость такого интердисциплинарного знания была связана с основными проблемами современного здравоохранения: неудовлетворенностью пациентов качеством медицинской помощи, неравенством в доступе к ней, ростом цен на медицинское обслуживание. По мысли авторов, для решения всех этих проблем прежние медицинские подходы уже не годились. Напротив, было необходимо перевести концепты социального знания в обе клинические сферы – как в практику, так и в образование. Одну из таких возможностей могла бы предоставить трансляция концептов из социокультурной антропологии в клинику (Kleinman, Eisenberg, Good 1978; Eisenberg, Kleinman 1981).

Конкретные предложения Клейнмана и его коллег касались, например, того, чтобы в рамках «клинического менеджмента» врач мог задать своему пациенту ряд вопросов, позволяющих выявить его собственные представления по поводу своего состояния: «Что вы думаете о причинах Вашей проблемы?», «Как Вы думаете, почему это началось именно тогда?», «Как Ваша болезнь воздействует на Вас? Как именно это происходит?», «Насколько серьезна Ваша болезнь? Будет ли она долгой или непродолжительной?», «Как Вы думаете, какое лечение Вам необходимо?»

Познакомившись с пациентским мнением, врач далее должен был бы обязательно зафиксировать его в медицинской карте наряду с собственно клиническими данными, а назначения, касающиеся клинических интервенций, должен был бы дополнить назначениями по поводу психосоциальных вмешательств. Работа по предлагаемому протоколу должна будет вестись с

участием консультанта ко клинической социальной науке, т.е. клинического антрополога, которому следует поручить контроль за исполнением основных клинических мероприятий со стороны медицинского персонала и социальных работников.

Формирование новых профессиональных навыков у клиницистов, по мысли Клейнмана и его коллег, предполагает включение клинической социальной науки в систему медицинского образования. При этом социальная наука должна в ней преподаваться именно как клиническая дисциплина. Цель ее преподавания должна заключаться в том, чтобы позволить студентам-медикам и практикующим врачам вырваться из этно-центрических профессиональных рамок и воспринять собственную клиническую реальность как культурно обусловленную и плюралистическую (Kleinman, Eisenberg, Good 1978: 257).

Если идея клинической социальной науки была совместным детищем Клейнмана и его коллег по Гарварду, то идея новой кросс-культурной психиатрии была целиком его собственным изобретением. Он пришел к ней в рамках своих исследований психического здоровья в Китае, а также работая в качестве практикующего психиатра с выходцами из Китая в США. Поводом для разработки новой кросс-культурной психиатрии для Клейнмана стала его неудовлетворенность подходами, которые господствовали в американской психиатрии в 1970-е гг., в том числе недостатками в рамках различных культурно-ориентированных направлений психиатрии, возникших на Западе в послевоенный период. В частности, ни классическая психиатрия, ни кросс-культурная или транскультурная психиатрия не могли решить вопрос о том, почему среди многомиллионного китайского населения так редко встречаются случаи депрессии, но процветают неврастения и иные соматоформные расстройства.

Приступив к анализу этой проблемы, Клейнман пришел к выводу: распространенность диагноза «неврастения» в Китае обусловлена тем, что китайские врачи, как и врачи в СССР, придерживались биомедицинских моделей, заимствованных из неврологии, тогда как врачи в США уже с середины XX в. рассматривали неврастению как устаревшую категорию (Kleinman, Mechanic 1981; Kleinman 1982). Когда сам Клейнман, работая в провинции Хуннань, начал диагностировать китайских пациентов, используя американские методики, то он решил, что у подавляющего большинства из них «неврастения» легко превращается в «депрессию» и может лечиться именно как депрессия. Кроме того, применение американских препаратов против депрессии во многих случаях оказывает положительный эффект на их самочувствие. Тем не менее, даже после исчезновения видимых симптомов расстройства пациенты продолжали жаловаться на свои проблемы. Свои расстройства они связывали не с психологическими, а с социальными причинами: проблемами на работе и в семье, отношениями с начальством, нехваткой денег.

В результате Клейнман пришел к выводу, что одна и та же проблема может получать разные объяснения у специалистов. Американские врачи, отказавшись от диагноза «неврастения», склонны психологизировать состояние своих больных, подчеркивая значимость таких симптомов, как тревожность, перепады настроения, эмоциональная неустойчивость. Китайские же врачи прибегают к соматизации, и их пациенты поступают точно так же. Типичными симптомами «неврастеников» были головные боли, боли в мышцах, неприятные ощущения в глазах и т.п. По мнению Клейнмана, склонность китайцев к соматизации психических расстройств имеет явно выраженные социальные объяснения и санкционируется культурой. Диагноз «психическое расстройство» в Китае, как и в других странах, является социальной стигмой, поэтому пациенты говорят именно о соматических ощущениях, о боли в теле.

Соматизация психических расстройств позволяла китайским пациентам не только найти понимание у врачей, но и манипулировать социальной средой. Больному с физическими расстройствами в некоторой степени прощались его неудачи на работе, а семья более тесно спланивалась вокруг него, в результате чего могли исчезнуть некоторые социальные факторы болезни. В этом смысле психическое расстройство не оставляло такой возможности, поскольку требования «душевнобольного» человека не пользуются вниманием. Констатируя эту закономерность, Клейнман обратил внимание на то, что не только в Китае, но и во многих других не-западных культурах тенденция к соматизации сохраняется, и она сохраняется к выгоде пациентов. Следовательно, западным специалистам надо понять значение культурного механизма соматизации и не считать, что психологизация заболевания свидетельствует о более высоком уровне культурного развития общества, в котором это имеет место.

Размышляя о том, каким образом западные психиатры должны перестроить свою работу, Клейнман пришел к целому ряду важных заключений. Так, психиатрам следует отказаться от картезианской модели, которая разделяет психическое и соматическое измерение болезни, что ведет к исчезновению из их поля зрения реальных проблем пациента. Кроме того, им нужно взять на вооружение опыт антропологии и уйти от этноцентризма, свойственного всем существующим моделям психиатрии – как классической, так и культурно-ориентированной. Необходимо обратиться к новой кросс-культурной психиатрии, которая опирается на новейшие данные социокультурной антропологии. «Психиатрия должна научиться у антропологии тому, что культура не только формирует болезнь как опыт, но и формирует сам способ, которым мы воспринимаем болезнь. Подлинная сравнительная кросс-культурная наука о болезни должна начинаться с этого сильного антропологического прозрения. Необходимо осуществлять систематический анализ и сопоставление релевантных категорий болезни до изучения феномена болезни» (Kleinman 1977b: 4).

Модель новой кросс-культурной психиатрии была предложена Клейнманом в ходе развернувшихся среди американских психиатров дискуссий о том, как

должна строиться их дисциплина в новых условиях. Работая над очередным вариантом «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM-IV), Американская психиатрическая ассоциация широко апеллировала к ученым, практикующим на стыке медицинских и социальных наук, в надежде почерпнуть свежие идеи. Клейнман, включившись в дискуссию, представил целую серию работ, в том числе свою широко известную монографию 1988 г. (Kleinman 1988b). В ней им были заданы важные вопросы: такое диагноз? различаются ли психиатрические расстройства в разных культурах? каким образом культура и социальные институты определяют социальное течение болезни? как они формируют психиатрическую практику? что такое клиническая эффективность?

Однако в 1980-е гг. идеи новой кросс-культурной психиатрии Клейнмана так и не были восприняты лидерами американской психиатрии. Прошло еще несколько лет, пока это случилось. В 2013 г. под непосредственным влиянием Клейнмана и его единомышленников Американская ассоциация психиатров, наконец, внесла важные изменения в 5-е издание «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM-V), учтя требования новой кросс-культурной психиатрии. При постановке психиатрических диагнозов американские психиатры с этого момента должны будут руководствоваться моделями, которые были сформулированы антропологами для объяснения психических состояний людей, принадлежащих разным культурам (Wakefield 2013). В американскую психиатрию, традиционно известную жесткостью своих подходов к пациентам и выбору способов лечения, стали приходить мягкость и культурная чувствительность, настойчиво рекомендуемая антропологом-психиатром Клейнманом.

### ***Болезнь, системы заботы о здоровье и объяснительные модели***

Приблизительно с середины 1970-х гг., когда медицинская антропология стала обретать свои «теоретические начала», ее наиболее ревностные приверженцы задалась вопросом, с чего следует начинать построение собственных концептуальных моделей. Идеи старой медицинской этнографии были признаны недостаточными, поскольку основной акцент там делался на разоблачение суеверий, касающихся причин болезни, а также выявление так называемых «туземных космологий», питающих эти примитивные представления. В Гарварде тогда был сделан важный шаг к тому, чтобы начать анализ с другой стороны: не разоблачать суеверия, а сопоставлять их с высоконаучными знаниями и попытаться понять то и другое с позиций некоего общего основания.

Построение теории началось с того, что в фокус медико-антропологических исследований была поставлена центральная проблема медицинского знания – болезнь. Один из участников медико-антропологического семинара в Гарварде, врач-психиатр Айзенберг, высказал предположение, что существуют две формы представлений о болезни (sickness), к которым прибегают, с одной

стороны, медицинские профессионалы, а другой – обыватели, которые обычно оказываются в роли их пациентов. По меткому замечанию Айзенберга, «пациенты страдают от болезней (illnesses), а доктора диагностируют и лечат заболевания (diseases)». Профессиональные медицинские представления о болезни (sickness) сводят ее к заболеванию (disease), т.е. к феномену биологического порядка, который воспринимает болезнь патологию конкретного органа или системы организма. Популярные представления акцентируют восприятие на психосоциальных аспектах болезни и сводят ее к особому житейскому опыту, который характеризуется отступлением от сложившегося уклада и неспособностью исполнения привычных социальных ролей (Illness) (Eisenberg 1977: 9). Таким образом, профессиональные представления о болезни не только противостоят популярным, но и дополняют их, поскольку собственно сама болезнь (sickness) как некую фундаментальную форму нездоровья или недуга нельзя сводить ни к явлениям только биологического порядка, ни к явлениям психосоциального порядка. Болезнь как таковая – это био-психо-социальный феномен.

Высказанная Айзенбергом точка зрения была также и точкой зрения Клейнмана, который продвигал ее в своих работах второй половины 1970-х и начала 1980-х гг. Прежде всего, Клейнман высказывался за синтез клинического медицинского знания с социальными науками и говорил о необходимости разработки особой «клинической социальной науки», которая могла бы в равной мере использовать как медицинские, так и популярные представления о болезни. Кроме того, он принялся развивать мысль о том, что, хотя болезнь (sickness) – это одно из наиболее универсальных состояний человеческого существования, в рамках каждой конкретной культуры представления о ней формируются посредством процесса социального конструирования. Каждое из таких представлений прагматично и, в первую очередь, предназначено для того, чтобы обеспечить наилучшую возможность действовать в интересах здоровья. Но какой тип поведения с целью сохранения здоровья (health seeking behavior) склонны избирать люди, мыслящие прагматично и в соответствии с теми знаниями и ценностями, что имеются в их культуре?

Опираясь на данные многочисленных полевых исследований, Клейнман был вынужден признать, что в интересах здоровья люди могут вести себя самым разным образом в зависимости от того, как оценивается недуг и какими видятся результаты его развития, в особенности, не завершится ли он смертельным исходом. Они могут, например, прибегать к самолечению, обращаться за помощью к членам семьи, близкому социальному окружению, всей общине, а также к профессиональным врачам или врачевателям из народа. Все эти возможности для них зарезервированы культурой, которая аккумулирует в себе не только весь набор ключевых понятий и представлений, касающихся здоровья и болезни, но и другие средства, которые используются для сохранения здоровья. В совокупности они образуют хорошо отлаженный механизм, который Клейнман называет «системой заботы о здоровье» (health



care system). Такие системы разнообразны, поскольку и культуры, частью которых они являются, также различаются между собой.

Системы заботы о здоровье, подобно системам родства и религиозным системам, являются символическими системами, которые «выстраиваются из значений, ценностей, поведенческих норм и т.д.». Они предназначены для того, чтобы «артикулировать болезнь как культурную идиому, связывая представления о причинах заболевания, опыт симптомов, специфические модели поведения при болезни, решения, касающиеся выбора вариантов лечения, терапевтические практики и оценку результатов лечения. Таким образом, они устанавливают систематические отношения между всеми этими компонентами» (Kleinman 1978: 86).

За исключением самых примитивных человеческих обществ, во всех культурах системы заботы о здоровье обладают сложной структурой. В них следует выделять три сектора заботы: «популярный», «профессиональный» и «народный». По мысли Клейнмана, большинство исследователей традиционно недооценивали значение популярного сектора, сосредотачивая свое внимание на народном секторе заботы о здоровье, который состоит из непрофессиональных специалистов по врачеванию, подразделяемых на сакральную и светскую группы. Профессиональный сектор заботы состоит из представителей так называемой «западной» или «научной» медицины и профессионалов, связанных с великими аборигенными традициями врачевания, такими как индийская Аюрведа, Юнани или китайская традиционная медицина. Популярный сектор заботы о здоровье, однако, имеет огромное значение, поскольку от 70 до 90% случаев, воспринимаемых как состояние нездоровья, решаются в семье, с участием родственников заболевшего, без обращения к врачам. Популярный сектор включает в себя, наряду с бытовыми представлениями о болезни все, что касается решений: где искать помощь, с кем советоваться по поводу недуга, соблюдать ли назначенный режим, а также большинство обыденных оценок эффективности лечения. В сущности, популярный сектор заботы о здоровье – это весь семейный контекст болезни и заботы, а также социальные сети и деятельность по поводу здоровья в местных сообществах (Kleinman 1977c: 12; Kleinman 1980: 50).

Каждая система заботы о здоровье призвана решать шесть основных адаптивных задач: культурно конструировать опыт болезни как социально усвоенный и санкционированный опыт; культурно конструировать стратегии и оценочные критерии, руководящих выбором вариантов заботы о здоровье и специалистов, оценку процесса лечения и его результатов; применять когнитивные и коммуникативные механизмы, связанные с управлением болезнью, включая использование специальных понятий, классификаций и объяснений; использовать лечебную деятельность как таковую – от диеты и лекарственных средств до хирургии, психотерапии и лечебных ритуалов; прибегать к умышленному или неумышленному поведению, способствующему либо улучшению либо ухудшению здоровья; наконец, управлять рядом терапевтических результатов, включающихся в себя лечение, неудавшееся

лечение, болезненный рецидив, хроническая болезнь, инвалидность и смерть (Kleinman 1978: 87). В разных культурах эти задачи могут решаться по-разному, всей системой в целом или отдельными ее секторами.

Всякая система заботы о здоровье, прежде всего, должна обеспечивать возможность лечения болезни, но лечение – это не какая-то одна из функций системы, а совокупность всех задач, которые она решает. Лечит, следовательно, вся культурная система в целом, поэтому, по мнению Клейнмана, речь всегда должна идти не просто о лечении, предпринимаемом конкретным специалистом, но о лечении культурой. Процесс лечения включает в себя два измерения: техническое – наложение рук и инструментов, и символическое – придание личного или социального смысла опыту болезни. При этом лечение культурой сводится, прежде всего, к символическим терапевтическим действиям. Лечение может оцениваться с разных сторон – физиологической, психологической, социальной, культурной. Оно может быть оценено как успешное, не зависимо от судьбы конкретного человека. Для этого необходимо, чтобы сама болезнь и ее лечение были убедительным образом объяснены, все культурные принципы учтены, а связанное с лечением социальное напряжение правильным образом устранено. Лечение культурой возможно лишь тогда, когда адекватно выполняются все основные клинические задачи (Csordas, Kleinman 1990).

В системы заботы о здоровье встроены не только базовые представления о болезни и критерии оценки терапевтического выбора, но и институционализованные конфликты между взглядами на процесс лечения и его результаты со стороны простых людей и специалистов. В современных обществах в связи с возрастанием социальной дифференциации эти конфликты усиливаются, поэтому клиническая помощь оказывается с большими проблемами. Между врачами, с одной стороны, и пациентами и их родственниками, с другой, возникают преграды, но эти преграды также встроены во внутренние механизмы систем заботы о здоровье. Для прояснения вопроса о том, что это за преграды, Клейнману пришлось специально ввести еще один важный термин – «объяснительные модели» (Kleinman 1975; Kleinman 1980: 71–118).

Практикующие специалисты и члены семьи пользуются разными моделями для объяснения каждого эпизода патологического процесса. Обычно эти модели призваны растолковывать следующие пять вопросов: происхождение болезни, ее симптомы, патофизиологию, особенность протекания заболевания и способы его лечения. Толкование этих вопросов происходит в соответствии со специфическими системами знаний и ценностей, которые существуют в конкретной культуре и изменяются исторически. Объяснительные модели зависят не только от принадлежности или непринадлежности к конкретному роду занятий – врачеванию, но и от принадлежности к социальному классу, гендеру, религии и т.д.

Нередко объяснительные модели конфликтуют между собой, и когда такое происходит, то это препятствует осуществлению заботы о здоровье. Без установления должной коммуникации невозможно не только достижение удовлетворенности со стороны пациента, но и получение согласия с его стороны на само лечение. Если лечение должно осуществляться в больнице, то отсутствие должной коммуникации способно препятствовать тому, чтобы врачи и персонал профессионально исполнили свои обязанности, а медицинские ресурсы не были потрачены впустую. Поскольку разные объяснительные модели конструируют различные клинические реальности для каждого эпизода заболевания, то это приводит к непониманию со стороны участников терапевтической коммуникации, несоответствию ожиданий и плохой клинической помощи.

Согласование разных объяснительных моделей поэтому виделось Клейнману весьма важным делом, касающимся лечения и предоставления медицинской помощи в целом. Достижение этого он видел в том, чтобы специалисты всегда были готовы признать правомерность объяснительных моделей, используемых непрофессионалами. По его наблюдениям, в наибольшей мере такой подход удается врачам, занятым в семейной медицине, психотерапевтам, а также адвокатам пациентов, социальным работникам и народным целителям, которые успешнее всех остальных специалистов говорят о болезни и страданиях на языке человеческого опыта и лечат такие заболевания, которые могли бы не лечить, будь они строгими приверженцами биомедицинского подхода к болезни как всего лишь биологической аномалии (Kleinman 1978: 88-89).

### ***Биомедицинская культура***

Приблизительно к началу 1950-х гг. развитие медицины на Западе достигло нового качественного состояния. Впервые она стала по-настоящему эффективной и способной решать самые амбициозные задачи в области здравоохранения. Этот прогресс был обусловлен многочисленными экономическими, социальными и культурными факторами, а также невиданными прежде успехами в сфере науки и техники, вызванными двумя мировыми войнами и общим ходом развития западной цивилизации. Прогресс медицинского знания и новые возможности врачей в плане лечения, спасения, реабилитации пациентов способствовали реорганизации всей системы здравоохранения и образованию в ее рамках своеобразного твердого ядра, получившего впоследствии название «биомедицины».

Вплоть до 1980-х гг. в исследованиях, выполнявшихся антропологами, биомедицина воспринималась как медицина «научная», свободная от каких-либо влияний культуры, характерных для «туземных» медицинских систем. Поэтому попытки антропологов изучать западных докторов как «туземцев» первоначально вызвали известное непонимание. Но к этому моменту аналогичный методологический поворот уже произошел в области социологии научного знания, где такие исследователи, как Бруно Латур и Стивен Уолгар

смогли продемонстрировать интересные результаты, изучая работу «племен ученых» (Latour, Woolgar 1979). Антропологи предложили воспринимать биомедицину как «социокультурную систему» и одновременно сложную культурно-историческую конструкцию с присущими ей собственными верованиями, правилами и ритуалами. Тем самым они смогли стать на позицию культурного релятивизма и рассмотреть биомедицину как еще одну разновидность этномедицины (Kleinman 1973a; Hahn, Gaines 1982; Rhodes 1990; Gaines, Davis-Floyd 2004).

Вместе с Робертом Ханом в начале 1980-х гг. Клейнман оказался в числе первых, кто был вынужден объяснять, почему антропологическое осмысление биомедицины столкнулось с сопротивлением как со стороны врачей, так и со стороны самих антропологов. Они связали это не только с мощью биомедицины как социокультурной системы, но и с эпистемологическими трудностями антропологической рефлексии, которая препятствует разделению предмета и целей мышления. Кроме того, Клейнман и Хан попытались охарактеризовать биомедицину как социокультурную систему и в итоге выделили пять ее основных особенностей (Hahn, Kleinman 1983).

Прежде всего, биомедицина представляет собой особую область культуры, которая явным образом отделяется от других областей, таких, как религия, политика, экономика, искусство, эстетика и мораль. В отличие от традиционной западной системы врачевания, которая сводилась к искусству правильного использования лекарств, биомедицина позиционируется ее теоретиками как сфера культуры, имеющая дело исключительно с телами больных людей, которые ей приходится различными способами приводить к физиологической или морфологической норме. Биомедицина не собирается иметь дело с болезнью или страданиями пациентов, но привычным образом редуцирует их к заболеваниям, т.е. неким физиологическим расстройствам и необычным состояниям. Поскольку свою цель биомедицина видит в том, чтобы исправлять именно физиологические или анатомические дефекты, то саму себя биомедицина рассматривает как рациональную, свободную от ценностей деятельность. Биомедицинскому мышлению изначально присущ физический редукционизм, поэтому для западных докторов свойственно абстрагироваться от сложных конструкций: всякое тело принято отделять от не-тела, а тела принято воспринимать изолированно, в обособленности от других тел. По этой причине медицина внутренних болезней, являющаяся центральным звеном биомедицины, считает своим предметом «физиологическую целостность». Доктора биомедицины считают, что основания их теории и практики укоренены не только в искусстве, но и в науке. При этом медицинское искусство воспринимается ими как интуитивное приложение научных принципов к тем или иным состояниям пациентов, но даже клиническая практика воспринимается как продолжение научного эксперимента другими средствами. Биомедицинской культуре при этом присущ своеобразный платонический реализм, поскольку она воспринимает заболевания как особые сущности, отличающиеся от других вещей.

Кроме того, биомедицине присуще собственное разделение труда. Главные и при этом высокооплачиваемые виды деятельности выполняются докторами, тогда как второстепенные приходятся на долю медицинских сестер, аптекарей, помощников врачей, техников, психологов, социальных работников, администраторов или другой «персонал». Причины господствующего положения докторов в биомедицинской системе определяются по-разному. Указывается, например, на то, что доктора, объединившись в рамках своей профессиональной ассоциации, добились установления союза с политической элитой, поскольку труд докторов позволяет повышать продуктивность работающей части общества и откликаться на жалобы рабочих. Указывается также и на то, что доктора играют роль своеобразных привратников в системе распределения экономических ресурсов, позволяющих эффективно и недорого поддерживать бедных. Наряду с разделением труда между докторами и другими профессионалами биомедицины существует разделение труда между многочисленными биомедицинскими специальностями. Данное разделение также носит иерархический характер, и наиболее привилегированное положение в этой системе разделения труда занимают те специальности, которым присуща максимальная степень вмешательства в организм, в частности хирургия и особенно кардиохирургия, тогда как менее привилегированные позиции занимают врачи, работающие «на поверхности» тела, например, физиотерапевты и психиатры.

Далее, в пределах биомедицинской системы выстраиваются собственные социальные отношения: отношения докторов с их коллегами, отношения с пациентами и т.д. Эти отношения осуществляются в соответствии с конкретными правилами и регулятивами, которые могут приписываться или исполняемым ролями, или обстановке, в которой они складываются, либо тому и другому вместе. Отношения между врачами и пациентами выстраиваются таким образом, чтобы между ними сохранялась подчеркнутая дистанция и эмоциональная нейтральность. По отношению к своим пациентам доктора склонны придерживаться покровительственного патернализма. В отношениях докторов с докторами нередко присутствует особый профессиональный юмор, позволяющий снять напряжение от тяжелой работы. Социальные отношения в рамках биомедицины являются частью более общей системы социальных отношений. Можно говорить о том, что в пределах биомедицины происходит обмен ценными вещами, а также вещами, не имеющими ценности, в частности, благами и услугами, властью, уважением, знанием и статусом. Высшей формой социального обмена в рамках биомедицины с недавнего времени стала трансплантация – обмен органами, высокопарно называемый «анатомическим даром».

Биомедицине также присущи собственные способы воспроизводства, находящие выражение в особых формах медицинской социализации. Как правило, речь здесь идет о системе медицинского образования, в рамках которой будущие врачи усваивают не только формальные знания, но и неформальные врачебные ритуалы, ценности и верования. Однако медицинская

социализация не ограничивается только такими формальными этапами, как студенчество, интернатура или ординатура. По сути дела, она продолжается на протяжении всей жизни врача, поскольку медицинская профессия предполагает необходимость делать карьеру, переходить от одного этапа жизни к другому, усваивать новые профессиональные компетенции и связанные с этим социальные роли. Но все же воспроизводство биомедицинской системы не ограничивается только процессами медицинской социализации, происходящими в рамках самой биомедицины. Система воспроизводит себя в рамках более общей социокультурной системы во всех ее политико-экономических, социальных и идеологических аспектах. Поскольку биомедицина является порождением западного капитализма, то воспроизводство капитализма неизменно будет способствовать и воспроизводству биомедицины.

Наконец, биомедицине присущ особый способ производства биомедицинского знания, которое добывается с помощью «исследовательской деятельности». Поскольку на протяжении уже достаточно длительного периода врач в рамках западной культуры часто занимается тем же, чем и любой ученый, докторам свойственно разделять исследовательский этос с его ориентацией на истину, незаинтересованностью суждений и т.п. Биомедицинская культура поощряет в докторам эту ориентацию на поиск научной истины и нетерпимость ко всякого рода паранаучным высказываниям и суевериям.

Выделив вместе с Ханом пять основных особенностей биомедицинской культуры, Клейнман в последующем еще не раз возвращался к размышлениям над этим предметом. Наиболее развернутый анализ был представлен в одной из его монографий, где он смог довести число характерных особенностей биомедицины уже до двенадцати, сосредоточив на этот раз внимание на других моментах (Kleinman 1995: 21-40).

Используя преимущества сравнительного подхода к изучению культур, в частности, так называемый «взгляд на Запад с Востока», Клейнман обратил внимание на характерный для западной биомедицины монотеизм, который принял в ней особую секулярную форму: идеи единобожия и унитаризма превратились в идею природы – объективной реальности, существующей по ту сторону текучего разнообразия вещей. Это религиозное основание биомедицинской культуры кардинально отличает биомедицину от всех остальных медицинских традиций, которые продолжают исповедовать своеобразное многобожие и идеологический плюрализм.

Для биомедицины характерен также универсальный моральный порядок. Для всех докторов обязательны единообразные представления о человеческой природе, теле и болезни. Этот порядок воспроизводится посредством собственных ритуалов обращения – формальных и неформальных способов социализации с целью усвоения главных моральных ценностей биомедицинской культуры. В число этих ценностей входят рациональность, контроль, предсказуемость, эффективность. Все прочие представления о

природе человека порицаются как еретические и ненаучные. Их приверженцы изгоняются из биомедицины с помощью остракизма.

В биомедицинской культуре господствует материализм. Природа воспринимается исключительно как материальное начало – физическое и телесное. Философия витализма давно отброшена, и биомедицинское сообщество добросовестно следует логике разволшебствления мира, взятой на вооружение более столетия назад. Для получения истинного знания о природе широко используется практика наблюдения во всех ее формах – от аутопсии и клинического наблюдения до микроскопии и новейших методов технической визуализации тела.

Биомедицинское мышление редуцирует всякий болезненный опыт пациента к заболеванию. Моральная реальность страдания не имеет клинического смысла, поскольку подлинной реальностью обладает лишь патологический процесс, который разворачивается на биологическом уровне. С этим связана и невнимательность докторов к историям, рассказываемым больными и их родственниками, которые воспринимаются как доказательство их полного субъективизма. Если доктора и слушают своих пациентов, то лишь с целью перекодировать их рассказы и моральный опыт страдания в объективную биологическую реальность.

Для биомедицины лечение – это технический процесс, вмешательство на биологическом уровне. Врач биомедицины сознательно дистанцируется от моральных, психологических и социальных аспектов опыта страдания. Врач не хочет быть целителем, предпочитая интервенцию вместо обращения к целительным силам самого организма. Всякое целительство по этой причине критикуется как шарлатанство и свидетельство непрофессионализма.

Культура биомедицины все больше склоняется в пользу партнерских социальных отношений между доктором и пациентом. Патернализм становится синонимом традиционных систем врачевания, поощряющих харизматический характер традиционных врачей. Коммерциализация всей современной культуры стимулирует переход биомедицины к контрактной модели. Все больше представителей врачебного сообщества поощряют утверждения принципа информированного согласия и высказываются в поддержку социальных движений, защищающих права пациентов.

Биомедицинская культура исповедует идею прогресса, которая стала ее знаменем еще в конце XVIII в. Доктора биомедицины, особенно в США, выступают за внедрение все более прогрессивных, «более сильных» мер воздействия на организм, будь то инвазия, электрошок, дефибриляция, мощное облучение и химиотерапия или трансплантация органов и введение в искусственную кому. Идеология прогресса подпитывается появлением все новых лечебных методов и технологий, которые обязывают докторов ни при каких условиях не отступать в борьбе с болезнью и смертью. Следствием этой идеологии является не только иерархия медицинских профессий, но растущая и тенденция к усилению «слабых» подходов в тех областях медицины, которые

традиционно считались недостаточно агрессивными. В психиатрии, например, это проявляется в отказе от методов морального лечения в пользу лекарственных.

В биомедицине утвердился свой канонический образ человека – одинокое «я» в одиноком теле. Это обусловлено традиционной ориентацией западной культуры на индивидуализм и подчеркивание роли индивидуального опыта. Доктора биомедицины всегда предпочитают иметь дело с отдельным телом одного пациента, а не с коллективным телом семьи, клана или общины. Биомедицина не доверяет практикам коммунально-ориентированного здравоохранения и в особенности шаманизму, где лечение обычно представляет собой социальную драму воссоединения всех ее участников с заболевшим членом группы.

Особой чертой биомедицины является ее бюрократизм. Традиционная медицина, в том числе на Западе, ориентировалась на лечение в домашних условиях. Биомедицинская практика лечения осуществляется в рамках медицинских учреждений. Медицинские специалисты, как врачи, так и средний персонал, превратились в функционеров. Все медики подчинены профессиональной иерархии и ориентированы на исполнение распоряжений от вышестоящих коллег. Забота о пациентах уступает место рутине сестринского ухода, в то время как роль семьи пациента и самопомощи в организации ухода постоянно уменьшается.

Еще одной характерной чертой является растущая профессионализация и утрата профессиональной автономии. В прошлом западный врач был настоящим универсалом, который в своих действиях и решениях слабо зависел от помощи со стороны коллег. В условиях современных медицинских учреждений произошла серьезная фрагментация медицинской практики. Изменившаяся система разделения труда привела тому, что диагностика и лечение стали делом слишком узких специалистов. Большинство докторов превратилось в специалистов по отдельно взятым органам. В результате суждения врачей-специалистов стали иметь больший моральный вес, чем суждения врачей широкого профиля и, тем более, публики.

Трагической, по мысли Клейнмана, чертой биомедицины является ее коммерциализация. В экономическом смысле традиционная медицина была частью «экономики обмена подарками», тогда как биомедицина стала частью современной товарно-денежной экономики. Контакты между врачами и пациентами подпадают теперь под логику эффективности, требующую качественного медицинского обслуживания на условиях его непереносимой оплаты. Врачи превратились в провайдеров медицинских услуг, а пациенты – в их потребителей.

Финальной характеристикой биомедицины оказывается ее полное огосударствление. Развитие биомедицины уже невозможно без роста государственных расходов на здравоохранение. В политическом смысле биомедицина выступает эффективным средством социального контроля,



поскольку большинство социальных и поведенческих расстройств врачам удалось трансформировать в медицинские проблемы. Повсеместно утвердилась вера в силу лекарств, производство которых требует все новых государственных вложений и укрепления контактов между государством и медицинским бизнесом.

Некоторые особенности биомедицинской культуры Клейнман рассматривает как безусловные пороки. В частности, коммерциализация биомедицинской практики, по его словам, ведет к нравственной слепоте докторов, которые занимаются лишь лечением и исследованиями, но не готовы предоставлять заботу своим пациентам, как это делали все их предшественники. Средством против этой нравственной слепоты может выступить, например, медицинская антропология и повышение значимости медико-гуманитарных дисциплин в системе медицинского образования (Kleinman, Hanna 2008).

### ***Страдание как социальный опыт***

К середине 1980-х гг. в Гарвардский университет, где медицинская антропология зрела под сильным влиянием феноменологической философии и социального конструктивизма, все сильнее стали вторгаться идеи из других центров североамериканской медико-антропологической мысли – Беркли, Монреаля и прочих, где на повестку дня уже ставились вопросы о том, чтобы соединить медицинскую антропологию с моральной философией, биоэтикой, политической теорией, постколониальными исследованиями и феминизмом. Клейнман, сумев остаться на некоторой дистанции от этой тенденции, все же усвоил ее этически и политически сфокусированный взгляд на предмет. В результате в самом сердце консервативного Гарварда стал вырастать новый подход, который сам Клейнман скромно связал с личным «экзистенциальным поворотом» (Kleinman 1995: 14). Становление «нового Клейнмана» происходило под знаком переосмысления имеющегося в его распоряжении обширного клинического и культурного материала из Китая. Корпус проблем, которые он вынес с собой из первых полевых исследований на Тайване и в Чанша (депрессия, эпилепсия, шизофрения, соматизация, суицид), сжался у него до одной из них – депрессии.

В 1985 г. Клейнман вместе с Байроном Гудом выпустил сборник статей «Культура и депрессия» (Kleinman, Good 1985), а год спустя опубликовал собственную книгу о депрессии, неврастении и восприятии боли в современном Китае (Kleinman 1986). Обе работы Клейнмана были посвящены анализу материала, полученного в медицинском колледже в Хуннане в период 1980–1983 гг., где Клейнману, работавшему вместе с супругой, антропологом-китаеведом Джоан Клейнман, удалось взять интервью у группы из 100 пациентов с диагнозом «неврастения», который, как уже отмечалось выше, соответствовал американскому и ВОЗовскому пониманию депрессии. Клейнмана интересовало, как следует понимать депрессию – как одну из человеческих эмоций или как психическое расстройство. В поле его зрения был

также вопрос о том, как депрессия влияет на общественную жизнь, и как социальная среда и культура влияют на возникновение депрессии.

Поскольку психиатрический и психологический взгляд на депрессию может быть дополнен антропологическим взглядом, то первоначальная задача Клейнмана свелась к тому, чтобы собрать как можно больше историй о депрессии, рассказанных самими пациентами. В ходе сбора материала Клейнману стало отчетливо ясно, что большинство пациентских историй помимо обширной клинической информации несут в себе сведения о влиянии социальных обстоятельств на возникновение депрессивного состояния. Главными социальными причинами депрессии были моральные и физические перегрузки на работе, сложные отношения в семье и финансовые проблемы. Однако за всеми этими социальными обстоятельствами частного порядка скрывалось общее для них всех социальное событие – китайская культурная революция 1966–1976 гг.

Фактор китайской культурной революции был прокомментирован Клейнманом уже в ходе анализа пяти интервью, касавшихся судеб Лин Хуня, Хуан Женья, Ху Ченьги, товарища Еня и Жень Гуйли – пациентов колледжа в Хуннане, чьи жалобы на телесные недомогания и физическую боль свидетельствовали о том, что их проблемы со здоровьем в то же самое время были проблемами социально-политического порядка. Жалуясь на усталость, головокружение, боли в сердце и боль во всем теле, пациенты одновременно с этим свидетельствовали, какими проблемами была насыщена жизнь каждого из них в условиях непрерывного контроля со стороны партийных работников, сельских и фабричных руководителей, а также товарищей по учебе, соседей и даже родственников. Случайно найденная листовка с критикой председателя Мао Цзэдуна могла стать поводом для серьезных репрессий и отправки на исправительные работы в «народную коммуну», где человек замыкался в себе, не доверяя окружающим, проклиная самого себя за свою политическую легкомысленность и стыдясь каждого своего шага. В этих условиях то, что западный врач мог диагностировать в качестве депрессии, для самого пациента было утратой энтузиазма по поводу коммунизма и нехваткой энергии для общественно полезного труда (Kleinman, Kleinman 1985).

Помимо повседневных реалий культурной революции фундаментальной социальной причиной депрессии у китайских пациентов, которых Клейнман интервьюировал в Хуннане, были также и события, связанные с последовавшей за ней «красной модернизацией», начатой Дэн Сяопином в 1976 г. В интервью с пациенткой Ву Байхуа, жаловавшейся на усталость от трудностей на работе, и целым рядом других пациентов, раскрывается история неразрешимых моральных терзаний, вызванных огромной ответственностью на рабочем месте, и скрытыми конфликтами между специалистами и партийными работниками на предприятиях, в школах, больницах и других местах в условиях преодоления последствий культурной революции (Kleinman 1986: 113–118).

Новая картина социальных причин болезни, открывшаяся Клейнману в середине 1980-х гг., стала поводом для переориентации всей его работы в роли медицинского антрополога. Исследование о депрессии, начатое в Хуннане, постепенно стало превращаться у него в проект по изучению репрессивных источников болезни. Фокус на травмирующем политическом контексте депрессии вынудил его скорректировать и используемую терминологию. Так, вследствие смены ориентиров в поле его анализа вслед за проблематикой болезни (illness vs disease) вошла проблематика негативного стресса (distress), боли и страдания. При этом дистресс, боль и страдание он предложил рассматривать не в контексте клиники, а в контексте социальной реальности, и Клейнман заговорил о необходимости повторного узаконения, «религитимации», «локальных миров», которые были лишены их законного статуса, делегитимированы, в рамках медицинского учреждения. Смена исследовательской перспективы подтолкнула Клейнмана к анализу страдания, боли и дистресса не как клинических признаков депрессии, а как особой формы морального опыта. Это, в свою очередь, привело к необходимости усиления собственно антропологического компонента в рамках его исследовательской работы, т.е. к восприятию собираемых им пациентских историй именно как моральных повествований, в которых на первый план выходят не симптомы болезни, а личностное начало и точка зрения самого пациента.

Что такое боль и страдание в антропологической перспективе? Если для биомедицины с ее приверженностью картезианскому дуализму тела и сознания боль выступает чем-то неуловимым в пределах механической конструкции организма, и даже не существует прибора типа термометра, которым можно ее измерить, то очевидно, что боль следует воспринимать именно как признак человеческого, личностного начала. Клейнман предлагает воспринимать боль как форму человеческого сопротивления давлению внешней социальной среды. Когда у человека не хватает слов, чтобы выразить свои чувства и отношения к происходящему, тогда он обращается к древнему языку боли (Kleinman 1992). Поэтому боль обладает собственной онтологической значимостью, и невнимание биомедицины к вопросу о личностном измерении боли означают в то же самое время и ее невнимание к личностному началу как таковому. Однако как средство и как среда сопротивления социальному давлению боль часто является неэффективной, во всяком случае по сравнению со словами.

Имея обширный опыт работы с пациентами ожоговых центров и онкологических клиник, Клейнман предложил акцентировать внимание как раз на пациентской модели восприятия боли. Доктора и вся современная медицина, сталкиваясь с пациентской болью, занимаются ее «делегитимацией». Болеутоляющие препараты превращают боль в незаконное, культурно маргинальное явление, но признания самих пациентов, полученные в ходе многочисленных интервью, свидетельствуют о том, что биомедицинское подавление боли воспринимается многими как форма попрания человеческого начала. Люди не готовы так просто отказаться от боли. Согласно Клейнману, для понимания этого недостаточно подходов, которые предлагают

экономические и политические исследования в сфере здравоохранения. Здесь важен как раз антропологический подход, предписывающий рассматривать боль и весь опыт страдания как опыт intersubъективного взаимодействия, как локальную моральную сферу.

В свою очередь, страдание выступает внешним проявлением боли – как острой, так и хронической. Страдание – это то, с чем человек обращается к миру, превращаясь благодаря медицинской помощи в пациента больницы или не превращаясь в него, если такая помощь не предоставляется или не принимается. Обращение страдающего человека к миру, когда им используется язык слов, а не боли, – это не обязательно жалоба, в особенности жалоба в ее клиническом смысле. В своем замечательном исследовании о «нарративах болезни», выполненном по итогам сравнительного анализа пациентских историй, собранных в Китае и США, Клейнман показал, что в своей содержательной части повествования пациентов об их страдании чаще содержат не призывы о помощи, а сообщения об угрызениях совести и сожалении в связи с переживаемым состоянием (Kleinman 1988a).

Страдание как таковое почти никогда не дается нам в чистом виде. Несмотря на то, что опыт страдания является универсальным, он повсеместно подлежит искажению, поскольку современные социальные институты занимаются его присвоением и навязывают ему строго определенный смысл. Фотожурналист, снимающий страшные сцены голода в Африке, присваивает чужое страдание, делая его объектом масс медиа и получая премии и гонорары за публикацию этих фото в известных журналах. Также поступают и психиатры, которые сталкиваясь с наследием политического насилия в Камбодже или Китае, присваивают его, превращая чужую боль и отчаяние в «большое депрессивное расстройство», «посттравматический синдром» или «социопатическое расстройство личности». Даже антропологи ведут себя тем же способом, занимаясь присвоением чужих страданий с целью объяснения их с помощью научных теорий, которые преобразуют страдания в знаки «деспотических отношений производства», «символизацию динамических конфликтов внутреннего я личности» или «сопротивление власти» (Kleinman, Kleinman 1991; Kleinman, Kleinman 1994; Kleinman, Kleinman 1996). По мнению Клейнмана и его супруги Джоан, лишь этнография не участвует в этой профессиональной апроприации страданий, поскольку она пытается передать слово тем, от чьего имени говорит страдание (Kleinman, Kleinman 1991: 275–276).

Существует целая вселенная страданий. Таковы, например, «непредвиденные несчастья», такие, как тяжелые формы острых болезней. Существуют также «рутинные формы страдания», обусловленные особенностями человеческого существования: хронические болезни и смерть, депривация и эксплуатация, а также деградация и подавление, которым подвергаются определенные категории людей – бедные, побежденные, пораженные в правах – и те, кто зависит от них. Существуют, кроме того, «страдания, проистекающие из экстремальных форм человеческого существования», такие, как выживание в

условиях Холокоста, атомного взрыва или геноцида. Во всех случаях нам приходится иметь дело с их воплощенными формами, поскольку страдание совершенно нельзя отделить от людей и отношений, возникающих между ними. Люди страдают по-разному, и масштаб их страданий также различен. Но для одних страдания – непродолжительны по времени, а для других – они становятся тяжким бременем, от которого невозможно освободиться и которое они несут вследствие принадлежности к определенным событиям, странам или социальным категориям.

Способна ли современная медицина предоставить утешение в страдании тем, кого она намеревается всего лишь лечить? Заслуживают ли те, кто страдает от голода, эксплуатации и насилия в том, чтобы их признавали больными и ставили им диагноз «депрессия» или «неврастения»? Нуждаются ли в избавлении от боли те, для кого боль – прибежище их нравственного начала, а не один из сопутствующих аспектов заболевания? Может ли современное общество с его приверженностью гуманизму и безусловными достижениями в науке и медицине если уж не избавить мир от страданий, то хотя бы уменьшить их количество? Все эти вопросы, заданные Клейнманом, вывели его работу в области медицинской антропологии в самое средоточие современных интеллектуальных дискуссий о человеческой природе, медицине и обществе.

#### **Примечания:**

\* Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта «Индивидуальный опыт болезни и страдания в контексте социокультурных трансформаций: философские проблемы медико-антропологических исследований» (грант № 15-03-00348).

#### **Библиография:**

Csordas, T.J., Kleinman, A. (1990) The Therapeutic Process. Johnson, T.M., Sargent, C.F. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger, p. 1–25.

Eisenberg, L (1977) Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Vol. 1 (01), p. 9–23.

Eisenberg, L., Kleinman, A. (1981) Clinical Social Science. Eisenberg L., Kleinman A. (eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, p. 1–23.

Gaines, A.D., Davis-Floyd, R. (2004) Biomedicine. Ember, C.R., Ember, M. (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. York: Kluwer Academic, p. 95–109.

Hahn, R., Kleinman, A. (1983) Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions, *Annual Review of Anthropology*, Vol.12, p. 305–333.

Hahn, R.A., Gaines, A.D. (1982) Physicians of Western Medicine: An Introduction, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Vol.6 (3), p. 215–218.

- Kleinman, A. (1973a) Medicine's Symbolic Reality: A Central Problem in the Philosophy of Medicine, *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, Vol.16 (1-4), p. 206-213.
- Kleinman, A. (1973b) Toward a Comparative Study of Medical Systems: An Integrated Approach to the Study of the Relationship of Medicine and Culture, *Science, Medicine and Man*, Vol.1 (1), p.55-65.
- Kleinman, A. (1975) Explanatory Models in Health Care Relationships, *Proceedings of the 1974 International Health Conference on Health of the Family*, Washington, D.C.: National Council for International Health, p. 159-172.
- Kleinman, A. (1977a) Editorial: Why This New Journal? *Culture, Medicine and Psychiatry*, Vol.1 (1), p. 3-7.
- Kleinman, A. (1977b) Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry", *Social Science and Medicine*, Vol.11 (1), p.3-10.
- Kleinman, A. (1977c), Lessons from a Clinical Approach to Medical Anthropological Research, *Medical Anthropology Newsletter*, Vol.8 (4), p. 11-15.
- Kleinman, A. (1978) Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems, *Social Science and Medicine*, Vol.12 (1), p. 85-93.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1982) Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Vol.6 (2), p. 117-190.
- Kleinman, A. (1986) *Social Origins of Distress and Disease: Depression and Neurasthenia in Modern China*, New Haven: Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988a) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1988b) *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, New York: Free Press.
- Kleinman, A. (1992) Pain and Resistance: The Delegitimation and Relegitimation of Local Words. Delvecchio Good M.-J., Brodwin P.E., Good B.J., Kleinman A. (eds.) *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*, Berkeley: University of California Press, p. 169-197.
- Kleinman, A. (1995) *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (2006) *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*, Oxford: Oxford University Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. (1978) Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research, *Annals of Internal Medicine*, Vol.88 (2), p. 251-258.

Kleinman, A., Good, B. (1985) (eds.) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A., Hanna, B. (2008) Catastrophe, Caregiving and Today's Biomedicine, *BioSocieties*, Vol.3, p. 287–301.

Kleinman, A., Kleinman, J. (1985) Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences, and the Meaning of Pain. Kleinman A., Good B. (eds.) *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley: University of California Press, p. 429–490.

Kleinman, A., Kleinman, J. (1991) Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, Vol.15 (3), p. 275–301.

Kleinman, A., Kleinman, J. (1994) How Bodies Remember: Social Memory and Bodily Experience of Criticism, Resistance, and Delegitimation Following China's Cultural Revolution, *New Literary History*, Vol.25 (3), p. 707–723.

Kleinman, A., Kleinman, J. (1996) The Appeal of Experience: The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times, *Daedalus*, Vol.125 (1): Social Suffering, p. 1–23.

Kleinman, A., Mechanic, D. (1981) Mental Illness and Psychosocial Aspects of Medical Problems in China. Kleinman A., Lin T. (eds.) *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture*. Dordrecht: Springer, p. 331–356.

Latour, B., Woolgar, S. (1979) *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, Princeton: Princeton University Press.

Rhodes, L.A. (1990) Studying Biomedicine as a Cultural System. Johnson, T.M., Sargent C.F. (eds.) *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger, p. 159–173.

Wakefield, J.C. (2013) DSM-5: An Overview of Changes and Controversies, *Clinical Social Work Journal*, Vol.41 (2), p. 139–154.

Михель, Д.В. (2015) *Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания*. Саратов: Саратовский государственный технический университет.

Тишков, В.А., Тишков, В.В. (1988) Диалог между антропологией и медициной. О книгах А. Клейнмана «Пациенты и целители в культурном контексте», «Социальные корни дистресса и болезни», «Заметки на полях», *Журнал прикладной психологии*, №1, с. 37–50.