



КОЙКО-НЕ-МЕСТО, ИЛИ ФИЛОСОФСКАЯ КРИТИКА МЕДИЦИНСКИХ ПРОСТРАНСТВ

© В. Л. Лехшиер

Лехшиер
Виталий Леонидович
доктор философских наук
профессор кафедры
философии
гуманитарных факультетов
Самарский
государственный университет

В статье предлагается три тематических сюжета о пространстве в области философской критики медицинских практик и пациентского опыта. Первый сюжет имеет отношение к медицинской эпистемологии, второй — к феноменологическому анализу фундаментальных структур опыта пространства, третий — к историческому преодолению дисциплинарных границ в терапевтическом пространстве больницы.

Ключевые слова: locus morbi, медицина, болезнь, опыт пространства, кинестезы, дисциплинарное общество.

Тема пространства вовсе не случайна для философии медицины. Более того, так называемый *пространственный поворот* (Spatial Turn) в современных гуманитарных науках¹, понятие *гетеротопологии*, которое используют авторитетные исследователи пространств², или понятие *гетеротопии* («иное пространство»), которое Мишель Фуко позаимствовал у медиков (1974) для исследования связи власти и знания, — все эти понятия тесно связаны с историей и актуальной *аналитикой дисциплинарных пространств*, среди которых медицинские пространства всегда были наиболее показательными в самых разных отношениях³.

¹ Döring J., Thielmann T. Spatial Turn: Raumparadigma in den Kultur und Sozialwissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag, 2008.

² Филипов А. Ф. Гетеротопология родных пространств // Отечественные записки. 2002. № 6.

³ Бедаш Ю. Пространство как проблема постметафизической философии // Топос. 2009. № 1(21). С. 94—113.

С другой стороны, *феноменология опыта*, причем во всех трех основных ее методологических изводах — феноменология сознания, феноменология тела и экзистенциальная аналитика, периодически обращавшаяся к переживанию болезни как привилегированной ситуации, в которой показывают себя универсальные структуры опыта вообще, разумеется, не могла и не может не затрагивать такую фундаментальную структуру, каковой является пространство. В связи со сказанным я бы выделил три ключевых тематических сюжета о пространстве в области философской критики медицинских практик и пациентского опыта.

Первый сюжет — *исторический и эпистемологический* одновременно, он касается безоговорочной победы *пространственного мышления* над *мышлением темпоральным* в клиническом опыте Нового времени и связан он прежде всего с дихотомией локализма и холизма в трактовке болезни как явным доминированием первого.

Второй сюжет — *феноменологический*. Он связан с негласными предпосылками феноменологического анализа фундаментальных пространственных структур опыта, предпосылками, почерпнутыми, как мне представляется, из области *здоровых* кинестез. Тогда как изначально нарушенные кинестезы или приобретенные хронические патологии приводят к существенным трансформациям опыта пространства.

Третий сюжет — это дисциплинарные пространства больниц и больничных палат и их партизанский взрыв в опыте сетевого переживания болезни. Это сюжет исторической власти *госпитальной имманенции*, проявляющийся в том числе в понятии койко-места, и сюжет ее трансценденции в опыте солидарной боли, реальности трансграничных экспертных и пациентских онлайн-сообществ.

Сюжет первый

Пространственные конфигурации болезни. *Locus morbi*

Суть его в том, что научная медицина, сформировавшаяся как специфический клинично-анатомический опыт, с конца XVIII века пошла по пути *локальной интерпретации* топоса болезни. По мере развития знания об этиологии, патогенезе болезней, развития нозологии медицинское вмешательство стало носить все более и более направленный характер с точки зрения физической локализованности болезни, проявляющийся в том числе в замещении классического клинического вопроса «Что с вами?» другим вопросом «Где у вас болит?»⁴. Ближайшую предысторию, важнейшие вехи и имена этого события описал, как известно, Мишель Фуко в «Рождении клиники».

Напомню некоторые подробности: сначала он выделяет так называемую *классификационную медицину* (или *типологическую*) XVIII века, сформировавшую пространство *конфигурации* болезни. (Кстати, этот пример хорошо иллюстрирует продуктивную формулу теоретика пространства Верлена, что пространство — это не предмет, а схема классификации, схема распределения). Фуко выделяет три конфигурации болезни. *Первич-*

ная конфигурация болезни представляла из себя гомогенную соположенность элементов, в которой не было никакой четкой причинно-следственной обуславливающей логики, никакого развития, практически никакой темпоральности (время было интегрировано в конфигурацию болезни как нозологическая константа⁵), но было только «плоское пространство постоянной одновременности»⁶. Конфигурационное мышление в медицине реализовывало логику родо-видовой и типологической таблицы. Каждая ее ячейка — это чистая нозологическая сущность, болезнь-в-себе, одновременно природная и идеальная конфигурация симптомов, которые только проявляются через тело, но никак не связаны с географией его масс и объемов. «Пространство тела и пространство болезни обладают свободой скольжения относительно друг друга»⁷. Тело — это лишь место смежности, последовательности, пересечений, смешанных форм.

Однако болезнь сообщается с телом больного посредством изменяющихся и измеряемых качеств — сухость, вес, рыхлость, вялость, слабость, жар, возбужденность, — которые требуют внимательного и скрупулезного наблюдения для диагностики и лечения. Так возникает *вторичное пространственное распределение* болезни, посредством чего обновляется внимание к индивиду. Больной — это уже не только место, где затемняется и искажается болезнь как чистая нозологическая сущность, но это болезнь, «приобретшая особенные черты»⁸, то есть больной — это вариация болезни. Наконец, т. н. *третичное пространственное распределение болезни* — это ее социальное распределение, которое, согласно тексту Фуко, вытекало из эпистемологических основ классификационной медицины. Эти основы требовали института *домашней медицины* или «выжидательной медицины», поскольку считалось, что больницы как привилегированные места для патологий отрывают болезнь от ее чистой «дикой» сущности, искажают, «денатурализуют» ее природу и порождают множество осложнений, только умножая болезни. «...Типологическая медицина требует от болезни свободного пространственного размещения без привилегированных областей, без больничного принуждения — чего-то вроде свободного распределения в месте своего рождения и развития, которое должно функционировать как место, где она развивается, завершает свою сущность, где она доходит до естественного конца»⁹. Больнице таким образом противопоставлялся семейный очаг как социальное место болезни и ее лечения. Хотя наличие больных без семей, а также экстраординарных больных приводило французских идеологов медицины XVIII века к мысли о необходимости «коммунальных домов больных» (квазиестественных мест) и дифференцированного больничного пространства, воспроизводящего «как микрокосм конфигурацию мира патологии»¹⁰.

⁵ Там же. С. 36.

⁶ Там же. С. 28.

⁷ Там же. С. 33.

⁸ Там же. С. 41.

⁹ Там же. С. 45.

¹⁰ Там же. С. 77.

⁴ Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. С. 21.

На протяжении всего XVII в. клиника существовала при классификационной медицине как «нозологический театр», как испытание знания¹¹, выполняя прежде всего педагогическую функцию. Вместе с тем она постепенно учится видеть и говорить, наблюдать и выслушивать, описывать, воспринимать повторяемости, регистрировать частотности, серии событий, мыслить время, читать симптомы как знаки и т. п. И именно развивающееся клиническое мышление мешало утвердиться выдвинутому в сер. XVII в. итальянцем Джованни Батиста Морганьи представлению «О местонахождениях и причинах болезней, открытых посредством рассечения» (1761 г.) («De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis»). Морганьи уже на понятном уровне зафиксировал мысль швейцарского врача XVII в. Теофила Боне, к которой Боне на основании обобщения принял более 3000 аутопсий, о том, что у болезни должно быть свое место, где должны быть видны морфологические изменения, соотносимые с клинически выявленными симптомами. Сначала клиника не принимала этой идеи, но, начиная с Биша, клиника соединилась с анатомическим взглядом, в результате чего и возникла абсолютно новая *клинико-анатомическая медицинская* оптика, принесшая господство пространственно-локалистского мышления патологии, которое не изжито до сих пор. Патология начала мыслиться как органная (Морганьи), потом тканевая (Биша), потом клеточная (Вирхов), протекающая уже на уровне ядерно-цитоплазматических отношений, субклеточных структур, далее — еще глубже — на уровне генов. Однако электронный микроскоп есть не более чем усовершенствованный скальпель. Молекулярная медицина, как считал Сеченов, реализует крайнюю степень развития анатомического направления в патологии. Если старая клиника занималась регистрацией частотности симптомов, их хронологическим порядком и на этой статистической основе делала свои нозологические заключения, то новое клинико-анатомическое мышление окончательно редуцировало время болезни до ее пространственного расположения. Конечно, в новом клинико-анатомическом опыте время тоже было значимо. Более того, Биша открыл значение органического, живого бытия-к-смерти для понимания патологии, открыл «неслучайность дегенеративных процессов, проявляющих неизбежность смерти в самом принципе жизни»¹². Однако до сих пор представление о *locus morbi* определяет все медицинское мышление, его причинно-следственную логику, его этиологические учения. Выстроенное вокруг *locus morbi* медицинское вмешательство достигло огромных успехов. Но оборотной стороной этих успехов явилось возникновение, во-первых, общества ремиссии¹³, в котором господствуют хронические болезни и в котором время, хронос таким образом как бы мстит за то, что им пренебрегают, а во-вторых, обнаружение тех тупиков, в которых оказались многие отрасли современного медицинского знания — онкология, кардиология и

¹¹ Фуко М. Указ. соч. С. 101.

¹² Там же. С. 239.

¹³ Frank A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago : University Of Chicago Press, 1997.

т. д. Понимая, что локальная патология, ее возникновение, развитие, завершение зависят от *неспецифической резистентности организма*, то есть от целостных нейрогуморальных и иммунных процессов, медицина ничего не может поделать с этой нефигуративной нерепрезентируемой, какой-то супрематической целостностью. Холизм в трактовке патологии и вообще организма остается теоретической мечтой медицины, ее пространственной и темпоральной фантазией. Пока еще эта мечта остается...

Сюжет второй

Здоровые кинестезы и опыт пространства

Суть сюжета состоит в гипотезе, что универсальные структуры пространственного опыта человека, описанные феноменологами-классиками, были на самом деле считаны ими с опыта здоровых кинестез, хотя этот факт самими философами не проговаривается. Так, Гуссерль в «Картезианских медитациях», обосновывая intersubjectивность апелляцией к опыту апперцепции Другого как чужой телесной плоти, как плоти alter ego, ссылается на «кинестетические ощущения», на кинестетическую сущность вариации, в результате которой достигается обратимость перспектив Здесь и Там (моей первичной сферы и первичной сферы Другого). Он пишет: «Я, благодаря свободному изменению своих двигательных ощущений, в особенности при ходьбе, могу так менять свое положение, что способен превратить любое Там в некоторое Здесь, т. е. могу телесно занять любое место в пространстве»¹⁴. Вот это «свободное изменение двигательных ощущений» есть негласная *кинестетическая* предпосылка всей гуссерлевской конструкции опыта аппрезентации.

Эту же двигательную, кинестетическую трактовку пространства мы находим у Сартра в «Бытии и ничто». В главе о фактичности свободы, то есть о *ситуации*, к которой относятся в том числе «мое место» и «мои окрестности», Сартр определяет мое место как мое *бытие там*, являющееся источником пространственности и первоначальных отношений с вещами. Это *бытие там* есть всегда то, чего я еще хочу достигнуть, чем я не являюсь, есть цель моих проектов, моих свободных действий. Место человека, его первичную пространственную расположенность Сартр тоже понимает *деятельно*, перформативно, причем именно *кинестетически*: «Быть-там значит суметь сделать шаг, чтобы достать чайник, протянув руку, обмакнуть перо в чернильницу, повернуться спиной к окну, если я хочу читать, не утомляя глаз»¹⁵.

Наконец, Альфред Шюц пишет, что то обстоятельство, что я не могу находиться в двух местах одновременно, Здесь и Там, есть фундаментальная онтологическая предпосылка нашего бытия и восприятия пространства с помощью тела. Однако я всегда допускаю, что могу поменяться с тобой

¹⁴ Гуссерль Э. Собрание сочинений. Т. 4: Картезианские медитации. М. : Дом интеллектуальной книги, 2001. С. 104.

¹⁵ Сартр Ж. П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии. М. : ТЕРРА-Книжный клуб : Республика, 2002. С. 501.

местами, и эта априорная *взаимность перспектив* делает возможным общий, интересубъективный мир. Конечно, строго говоря, под Здесь Щюц понимает пространство не просто в его физичности, но *биографически детерминированную ситуацию*, включающую пространство в его социальном измерении и временной континуум. Однако неслучайно, что экзemplаристской базой для обоснования этого априорно предположенного обмена Здесь на Там все-таки является у Щюца опыт простого телесного перемещения. Щюц уточняет это, когда по отношению к Здесь выделяет *мир в пределах моей актуальной досягаемости* (это тот мир, который находится в пределах моей манипулятивной сферы или может быть в нее перенесен, *hic*) и *мир за пределами моей досягаемости* (потенциальная досягаемость, *illic*). И тут Щюц поясняет, что «понятие вещей в пределах и за пределами моей досягаемости относится к моим возможностям, способностям двигаться и, таким образом, к практической осуществимости проектов моих будущих действий»¹⁶.

Ко всем этим важнейшим феноменологическим дескрипциям — не важно, относятся они к трансцендентально редуцированной сфере, как у Гуссерля, или к сфере естественной установки, как у Щюца, — ко всем этим различиям у меня есть один большой вопрос. Что если изменение двигательных ощущений у человека не столь свободно или вообще невозможно, могут ли подобные кинестетические неспособности (особенно *врожденные*) запереть человека в его Здесь, нарушить или сделать невозможной структурную обратимость перспектив Здесь и Там, можем ли мы таким образом получить другую судьбу интересубъективности, очевидно, не столь благополучную, как у здорового человека? Если мир больше никогда не может быть возвращен в прошлую зону досягаемости, если уже темпоральная структура «я могу сделать это снова» больше не работает, причем необратимо не работает, если достижимое становится недостижимым, в особенности если априорный опыт «я могу» с самого начала оказывается вторичным по сравнению с априорным опытом «я не могу», или еще одна выделяемая Щюцем темпоральная структура «и т. д., и т. п.» просто не всплывает в сознании человека, который знает, что никакого «и т. д.» у него нет и никогда не было, тот же ли это самый мир, общий мир, который мы все делим друг с другом? Это серьезный вопрос, его не решить ссылкой на онтологическое различие бытия и сущего, поскольку все бытийный структуры считаются философами именно с сущего, все априорные условия извлекаются из апостериорного измерения. Думаю, что негласная оппозиция здоровых и патологических кинестез, здорового и патологического пространственного опыта все-таки руководила аналитикой феноменологов, которая в этом смысле была отнюдь не беспредпосылочна, а опиралась на определенную «норму».

Патологии пространственного опыта исследуются медицинскими антропологами применительно к миру *соматической острой и хрониче-*

ческой боли, когда в одном случае пространство схлопывается, так что мы чувствуем свою абсолютную нераздельность с ранящим нас миром, в другом, наоборот, неизлечимое страдание постоянно генерирует непреодолимые дистанции, фатально отчуждающие нас от мира, *удаляющие* от других людей и замыкающие в своем «здесь». Психиатры в свою очередь изучают модификации пространственного опыта применительно к миру психопатологий. Так, Эжен Минковски, который был одним из первых, кто применил феноменологию в психиатрии, в работе «Проживаемое время» (1923) говорит не только о переживаемом времени и модификациях этого переживания у психически больных людей, но и о модификациях в переживании пространства. Он тоже говорит о структуре «я здесь» и о связанном с ней пространственном переживании *расстояния*, дистанции как о чистом качестве, то есть о той дистанции, которая всегда есть для здорового человека и которая является экзистенциально-пространственным условием его свободы, безопасности, неприкосновенности («безопасная дистанция»). В патологическом галлюцинаторном мире, мире болезни, эта дистанция исчезает, как будто пространство становится абсолютно *темным*, непроницаемым, потому бесконечным и *враждебным*. Темное пространство, из которого изъяты все вещи, само воспринимается как материальное, как вещь и в то же время в силу своей непроницаемости как набрасывающееся на тебя, непосредственно тебя касающееся, сжимающее.

Медард Босс считал, что в основе всех психических заболеваний лежит нарушение открытости, горизонтности человеческого существования как одного из конститутивов ее изначальной пространственности, и такие пространственные фобии, как агорафобия или, наоборот, клаустрофобия, выявляют структуру свободного открытого пространства и просвета как места обнаружения и манифестации вещей.

Третий сюжет

Койко-место и взрыв госпитальной имманенции

Вернемся к Фуко. В «Надзирать и наказывать» он вводит и подробно описывает концепт *дисциплинарного общества*, рожденного в XVII—XVIII веках, общества, в котором дисциплины стали общими формулами господства. Как известно, свой анализ Фуко распространяет на становление таких современных институтов, как школа, больница, казарма, фабрика. Больнице отводится особое место. Здесь методы *отгораживания, распределения по индивидуальным ячейкам, функционального размещения и ранжирования* приводят к появлению «терапевтически полезного пространства»¹⁷. Фуко пишет о том, как налаживалась система проверки реального числа больных, их принадлежности к подразделениям больницы, затем как было ограничено их передвижение — «их заставляют оставаться в палатах, к каждой койке привязывают табличку с фамилией больного, каждый больной записывается в реестр, врач сверяется с ним во время обхода»¹⁸. Потом на

¹⁶ Щюц А. Избранное: Мир, светящийся смыслом. М.: РОССПЭН, 2004. С. 380.

¹⁷ Фуко М. Указ. соч. С. 211.

¹⁸ Там же. С. 210—211.

отдельных койках стали изолировать заразных больных. Эта функциональная и индивидуализированная структура распределения больных определяют облик и современной больницы. Наличие койко-мест для больных является определяющим для института больницы: больница — «это учреждение, предоставляющее койки, питание и постоянный медицинский уход для своих больных, пока их лечат профессиональные врачи»¹⁹. Количество койко-мест вариативно для больниц разных типов, стран и исторических периодов, эффективность использования койко-дней тоже может быть разной, однако само наличие койко-мест принципиально для этого института. Конечно, койко-место — это не просто койка, это и сопутствующая обстановка, и питание, и набор медикаментов, и выделенное медицинское время, то есть это прежде всего *административная, управленческая и даже экономическая категория*. Однако «полезность терапевтического пространства», эффективность медицинской помощи во многом связана именно с *физической фиксацией больного на своем месте* и жесткой регламентацией его пространства, включая *постельный режим*. Обратной стороной этой полезности является *закрытость контакта врач-пациент* (и геометрическая, и корпоративная) и его однонаправленность: от лечащего врача или медперсонала отделения соответственно — на «послушные тела» пациентов. Конвенциональная медицина лишь смягчила последствия медицинского патернализма, но не устранила корпоративного и экспертного монополизма в отпращивании медицинской услуги, основанного на социальной иерархии знания и дисциплинарной организации больничного пространства. Этот монополизм сегодня поставлен под вопрос благодаря совсем другой вещи — Интернету. Сегодня пациент в палате, находясь на своем фиксированном месте, даже будучи прикованным к постели, не изолирован, больница становится больницей без стен. Койка — больше не место, изолирующее болезнь и больного от других больных, от здоровых и от медицинского персонала. Пациент, подключенный к сети, находится не только в бесконечном пространстве солидарной боли, солидарного переживания собственных симптомов, но и в пространстве немонополизированного экспертного знания, которое изменяет отношение между ним и его врачами. Намечается настоящий взрыв госпитальной имманенции. Если в уже устоявшейся и закреплённой юридически либеральной мировой практике информированного согласия пациент остается все еще *плохо информированным гражданином*, поскольку получает информацию только от своего врача, то благодаря Интернету и сетевому проживанию (обсуждению) своей болезни он становится «хорошо информированным гражданином»²⁰. Сегодня сетевое пространство опыта индивидуальной болезни, включающее сетевое сострадание и сетевую экспертную поддержку, меняет привычную и усвоенную нами с детства конфигурацию медицинских пространств.

¹⁹ Цит по: Реформа больниц в новой Европе. М. : Весь мир, 2002. С. 5.

²⁰ Шюц А. Указ. соч. С. 560.

(Иллюстрация тезиса — 2 серия 6-го сезона сериала «Доктор Хаус», «Полный провал». Сюжет: лежащий в больничной палате «тяжелый» пациент с помощью ноутбука изучает имеющуюся в Интернете статистику по своим симптомам и пытается влиять на действия своего лечащего врача, Формана, затем он объявляет в Интернете премию за свое излечение, и весь ход лечения, результаты всех анализов, все симптомы, все назначения доктора Формана и «13-ой» постоянно размещает онлайн. В Интернете сформировалось вокруг больного альтернативное экспертное сообщество, благодаря его рекомендациям больной начинает существенно корректировать и направлять свое лечение. Форман и «13-я» в растерянности. Но в итоге «13-я» ставит правильный диагноз с помощью очередного пришедшего от интернет-сообщества факса, а Форман додумывается до диагноза сам).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Döring, J. Thielmann T. Spatial Turn: Raumparadigma in den Kultur und Sozialwissenschaften. Bielefeld: transcript Verlag, 2008.
2. Филипов, А. Ф. Гетеротопология родных просторов // Отечественные записки. — 2002. — № 6.
3. Бедаш, Ю. Пространство как проблема постметафизической философии // Топос. — 2009. — № 1(21). — С. 94—113.
4. Фуко, М. Рождение клиники. — М. : Смысл, 1998. — С. 21.
5. Frank, A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. — Chicago : University Of Chicago Press, 1997.
6. Гуссерль, Э. Собрание сочинений. Т. 4: Картезианские медитации. — М. : Дом интеллектуальной книги, 2001. — С. 104.
7. Сартр, Ж. П. Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии. — М. : ТЕРРА-Книжный клуб : Республика, 2002. — С. 501.
8. Шюц, А. Избранное: Мир, светящийся смыслом. — М. : РОССПЭН, 2004. — С. 380.
9. Реформа больниц в новой Европе. — М. : Весь мир, 2002. — С. 5.