

Иван Иллич «Медицинская Немезида»

О ГРАНИЦАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРЕДИСЛОВИЕ 1995 г.

Французская революция породила два глубоких заблуждения: врачи могут заменить духовенство, и общество путем политических преобразований может вернуться в состояние исходного здоровья. Болезнь стала публичным делом. Во имя прогресса она не имела больше права оставаться делом самого больного.

В 1792 г. Национальное собрание в Париже несколько месяцев обсуждало вопрос о том, как заменить врачей, извлекающих прибыль из ухода за больным, терапевтической бюрократией, которая занялась бы этим злом более эффективно — вплоть до его полного исчезновения после установления свободы, равенства и братства. Новых пасторов предполагалось финансировать из секуляризованных церковных владений.

В то время заканчивается эпоха домашнего лечения. Повсюду в обществе границы размываются. Общество в целом превратилось в клинику, а граждане — в пациентов, чье кровяное давление регулярно контролируется и регулируется, чтобы оно было в нормальных «пределах». Трудности с рабочей силой, финансами, организацией и контролем терапевтических учреждений, которые возникают повсеместно, можно трактовать как симптом нового кризиса в понятии болезни. Речь идет о настоящем кризисе, допускающем два противоположных решения, которые сделали бы сегодняшнюю больницу неупотребительной. Первое решение состоит в дальнейшей и способствующей увеличению болезненности медикализацией здравоохранения, которая продолжит закрепление власти цеха врачей над населением. Второе заключается в критической, научно обоснованной демедикализации понятия болезни.

Книга «Немезида медицины» начиналась с обвинения: «Официально принятая медицина превратилась в серьезную опасность для здоровья». Теперь с трудом верится, что в 1974 г. эта фраза могла шокировать и сердить. Сегодня это банальность. То, что тогда было авангардом, президент Клинтон принес в Белый дом. Американский конгресс взялся судить, представляют ли ценность фундаментальные исследования, и 2300 физиков именно так потеряли работу. Конгресс уволил их, потому что удовлетворение любопытства ученых по поводу ускорения частиц не могло назвать какую-нибудь общественную пользу.

Хиллари Клинтон близка к тому, чтобы попробовать в секторе здравоохранения то, что я предлагал политикам в «Немезиде медицины», а именно «восстановить контроль над медицинскими открытиями, теориями, процессами принятия решений». А если так, то почему мне так тяжело перечитывать мою книгу?

Я сожалею, что важная и ключевая мысль об искусстве болезни и умирания была мной сформулирована в категориях, годящихся для редукционистской потери понимания телесности. В «Немезиде медицины» я аргументировал, что роль в возбуждении болезни играет стремление к здоровью, как оно определяется в культуре позднеиндустриального общества. Я тогда не понимал, что еще болезненное стремление к здоровью в эпоху системного менеджмента разовьется в своего рода многослойную эпидемию. Я говорил о здоровье, не задумываясь о категориях личной автономии, и обозначал ее как «уровень способности справиться». Я понимал здоровье как «ответственное действие в соответствии с социальным сценарием», где режиссером выступает некий «культурный код, соответствующий генетическому составу, истории и окружению группы». Я хотел объяснить поколению, которое увлеклось стремлением к здоровью, что человеческое *conditio* выражало в том числе и то, что человечество на протяжении всей истории «страдало». Тогда я еще находился под влиянием Грегори Бейтсона и верил, что такие понятия, как обратная связь, программа, анализ или информация, будучи разумно примененными, могут внести ясность в эти вещи.

Сегодня я знаю, что не следовало так просто говорить об искусстве страдания, потому что этим я дал возможность компьютерному поколению детей думать о «саморегулировании». Я не предусмотрел появление статей в три метра длиной в журнальных магазинах, где будут продаваться физическая культура, эмоциональное равновесие, развитие восприятия и сознание просто как результат «саморегулирования».

ВВЕДЕНИЕ

Медицинский истеблишмент стал основной угрозой для здоровья. Парализующее воздействие профессионального контроля над медициной достигло пропорции эпидемии. Ятрогенез, имя этой новой эпидемии, происходит от латинских слов *iatros*, греческое обозначение «врача» и *genesis*, означающее «происхождение». Обсуждение заболеваний медицинского прогресса передвинулось на первые места в повестке дня медицинских конференций. Исследователи концентрируются на болезнетворном действии диагноза и соответствующей терапии, в то же самое время сообщения о парадоксальном поражении, вызываемом лечением заболеваний, занимает все большее и большее место в медицинских публикациях. Медицинская профессия на краю беспрецедентной кампании по чистке своего дома. «Клубы Коса», названные так по имени греческого острова докторов, появляются здесь и там, собирая врачей, известных фармацевтов и их индустриальных спонсоров, аналогично тому, как Римский клуб собрал аналитиков под крыльями Форда, Фиата и Фольксвагена. Сторонники медицинских услуг следуют примеру своих коллег в других областях и добавляют кнут «ограничение роста» к прянику, все более часто встречающихся средств лечения и терапевтических воздействий. Ограничения для профессионального здравоохранения - это быстро растущий политический вопрос. В чьих интересах будут работать эти ограничения будет во многом зависеть от того, кто примет на себя инициативу формулирования потребностей для них: люди, организованные для политических действий, которые поставят под вопрос статус-кво профессиональной власти, или система здравоохранения, которая желает распространить свою монополию еще больше.

Общественность уже обратила внимание на сложности и неопределенности среди тех, кто заботится о ее гигиене. Газеты полны отчетами о манипуляциях медицинских лидеров: пионеры вчерашних, так называемых «прорывов» предупреждают своих пациентов об опасности чудесных лекарств, которые они только что изобрели. Политики, которые предлагали имитировать Российскую, Шведскую или Английскую модели социалистической медицины, смущены тем, что недавние события показывают, как их любимая система высокоэффективно производит одни и те же патогенные - то есть болезнетворные - методы лечения и ухода, которые производит капиталистическая медицина, хотя и с менее равным доступом. Перед нашими глазами разворачивается кризис доверия к современной медицине. Просто настаивать на том, что он существует, будет ни чем иным, как еще больше способствовать появлению самоисполняющегося пророчества и возможной панике.

Эта книга старается убедить читателя в том, что паника абсолютно не нужна. Серьезное общественное обсуждение ятрогенной пандемии, начинающееся с настойчивого решения о демистификации всех медицинских вопросов, не будет опасным для сообщества. На самом деле, что является действительно опасным - это пассивное общество, которое полагается на поверхностные чистки, организованные самой медициной. Кризис в медицине может позволить непрофессионалу эффективно получить назад свой собственный контроль над медицинскими ощущениями, классификациями и принятием решений. Дилетантизация храма Эскулапа может привести к делегитимизации основных религиозных положений современной медицины, в которую верят все индустриальные общества, от самых левых до самых правых.

Моя идея заключается в том, что непрофессионал, а не врач, имеет потенциальную

перспективу и достаточную силу для того, чтобы остановить существующую ятрогенную эпидемию. Эта книга предлагает читателю концептуальную схему, при помощи которой он может оценить более темную сторону прогресса по сравнению с ее, более широко известными, положительными результатами. Она использует модель социальной оценки технологического прогресса, который я разработал ранее, и применил для оценки образования и транспорта. И теперь я применяю эту же методику для критики профессиональной монополии и наукообразия в здравоохранении, которое существует во всех нациях и которое организовалось до очень высокого уровня индустриализации. С моей точки зрения очищение медицины - это основная идея социоэкономической инверсии, которая обсуждается в четвертой части этой книги. Примечания отражают природу данного текста. Я оставляю за собой право нарушить монополию, которую ученые держат над всеми примечаниями внизу страницы. Некоторые примечания подтверждают информацию, которую я использовал для того, чтобы разработать и верифицировать мою собственную парадигму для оптимально ограниченного здравоохранения. Перспектива, которая не обязательно была в голове того, кто собирал соответствующие данные. Иногда я цитирую мои источники только как описание очевидца, которое совершенно случайно было предложено эксперту-врачу, в то время как я отказываюсь признавать, что то, что было сказано, является экспертным заключением, на основании того, что это ни что иное, как пересказ чужих слов и поэтому не должно оказывать воздействия на общественные решения.

Дополнительные примечания дают читателю библиографическую информацию, которую я бы сам с большим удовольствием имел, когда я начал, как посторонний человек, интересоваться вопросами здравоохранения и пытался приобрести некоторую компетентность в политической оценке эффективности медицины. Эти примечания указывают читателю на библиотечные инструменты и реферативные работы, которые я начал уважать в годы моего исследования. Они также включают список публикаций от технических монографий до новелл, которые были полезны для меня.

Кроме того, я использовал примечания для того, чтобы отнести туда различные дополнительные и напрямую не относящиеся к теме книги предложения и вопросы, которые бы отвлекли читателя, если бы я их оставил в основном тексте. Неспециалист в медицине, для которого написана данная книга, сам может приобрести компетентность для того, чтобы оценивать воздействие медицины для здравоохранения. Среди всех наших современных экспертов врачи - это те люди, которые обучены в самом высоком уровне специализированной некомпетентности для этого, крайне необходимого, действия.

Выздоровление от всеобъемлющего ятрогенного заболевания – это политическая задача, а не профессиональная. Она должна базироваться на согласии всех людей о балансе между гражданскими правами на выздоровление и гражданскими правами на равное здравоохранение. В течение последних поколений медицинская монополия над здравоохранением расширялась без какого-то бы ни было контроля и ограничила нашу свободу по отношению к нашим собственным телам. Общество передало врачам эксклюзивные права на определение того, что называется болезнью, кто является или может стать больным, и что должно быть сделано для таких людей. Отклонение сейчас является «законным» только когда оно соответствует и объясняется медицинской интерпретацией и подвергается медицинским воздействиям. Социальное желание предоставить всем гражданам практически неограниченный доступ к медицинской системе угрожает разрушить культурные условия, которые необходимы для людей, чтобы жить в жизни с постоянным автономным самовыздоровлением. Эта тенденция должна быть признана и обращена назад.

Пределы медицины должны быть чем-то иным, чем профессиональное самоограничение. Я продемонстрирую, что настойчивость медицинской гильдии на своих уникальных квалификациях, предназначенных для лечения, и сама медицина базируются на иллюзии. Профессиональная власть является результатом политической передачи суверенной

власти специалистам, работающим в здравоохранении, которое было введено в действие в наше столетие другими секторами, обученной в университетах буржуазии: оно теперь не может быть отозвано теми, кто ее создал. Она может быть только делегитимизирована за счет общественного согласия о злокачественной природе этой власти. Самолечение медицинской системы не может привести ни к чему, кроме как к поражению. Если общественность, впавшая в панику за счет ужасных откровений, будет направлена на поддержку идеи о большем экспертном контроле над экспертами в производстве здравоохранения, это только интенсифицирует болезненность здравоохранения. Необходимо понимать, что то, что превратило здравоохранение в индустрию производства больных, это как раз та самая интенсивность инженерной мысли, которая превратила человеческое выживание из действия организма, в результаты технической манипуляции.

«Здоровье» на самом деле - это просто повседневное слово, которое используется для того, чтобы обозначить интенсивность, с которой каждый индивидуум справляется со своим состоянием и окружающими условиями. У Homo sapiens «здоровый» - это прилагательное, которое указывает на этические и политические действия. Частично, здоровье популяции зависит от пути, в котором политические действия создают окружающую среду и способствуют ли они автономии, уважительному отношению и самоуважению среди всех, особенно среди самых слабых. Как следствие, уровень здоровья будет оптимальным тогда, когда он приводит к появлению автономной и ответственной способности справляться с проблемами. Уровень здоровья может только снижаться, когда выживание начинает зависеть более чем на определенную степень от гетерономной (направляемой другими) регуляции гомеостаза организма. За пределами определенного критического уровня интенсивности институционализированное здравоохранение - вне зависимости от того, принимает ли оно форму лечения, профилактики или изменения окружающей среды - эквивалентно систематическому отказу от здоровья.

Угроза, которую современная медицина представляет для здоровья популяции, аналогична угрозе, которую объем и интенсивность дорожного движения представляет мобильности. Угроза, которую образование и средства массовой информации представляют для обучения, и угроза, которую урбанизация представляет компетентности в строении домов. В каждом случае основное воздействие ради чего все это делалось, превратилось и стало антипродуктивным. Занимающее большое время ускорение трафика, шумные и путающие средства коммуникации, образование, которое готовит все больше и больше людей для более высоких уровней технической компетентности и специализированных форм общей некомпетентности: это все феномены, которые являются параллельными для производства медицины ятрогенных заболеваний. В каждом случае институциональный сектор удалил общество от той цели, для которой данный сектор создавался и поддерживался.

Ятрогенез не может быть понят, если мы не посмотрим на него, как на специфическое медицинское проявление специфической контрпродуктивности. Специфическая или парадоксальная контрпродуктивность является отрицательным социальным индикатором дизэкономии, которая остается сцепленной с системой, которая ее продуцирует. Это показатель путаницы, которая возникает в результате действий средств массовой информации, некомпетентности, вызванной преподавателями, или потери времени, вызванной все более и более мощными автомобилями. Специфическая контрпродуктивность - это нежелательный побочный эффект увеличенного производства, который остается внутренним для системы, которая сама по себе и создала эту вещь. Это социальный показатель для объективной фрустрации. Это изучение патогенетической медицины, которое было предпринято для того, чтобы иллюстрировать различные аспекты контрпродуктивности в области здравоохранения, может наблюдаться во всех основных секторах индустриального общества на нынешнем этапе развития.

Аналогичный анализ может быть предпринят и в других областях индустриального производства, но его необходимость в области медицины, обычно крайне уважаемой и самовосхваляющейся службы, особенно важно.

Встроенный ятрогенез в настоящий момент воздействует на все социальные взаимоотношения. Это результат интернализованного, или взятого внутрь, захвата свободы богатством. В богатых странах медицинская колонизация достигла болезнетворных пропорций. Бедные страны очень быстро следуют этому примеру. (Звук сирен всего лишь одной скорой помощи может полностью разрушить самаритянское отношение к соседу в целом чилийском городе). Этот процесс, который я называю «медикализацией жизни», заслуживает политического признания. Медицина может стать основной целью политических действий, которые направлены на поворот развития индустриального общества. Только люди, которые восстановили способность к взаимной самопомощи и научились комбинировать ее с зависимостью от применения современных технологий, будут способны ограничить индустриальный механизм производства в других больших областях.

Профессиональная и базирующаяся на врачах система здравоохранения, выросшая за пределы своих критических областей, приводит к заболеваниям по трем причинам: она производит столько клинического поражения, что оно уже перевешивает его потенциальные плюсы; она не может сделать ничего, кроме, как усилить политические условия, которые приводят к тому, что общество становится нездоровым; она имеет тенденцию мистифицировать и экспроприировать власть от индивидуума, при помощи которой он может вылечить самого себя и изменить свое окружение. Современные медицинские системы переросли эти границы. Медицинская и парамедицинская монополия над гигиенической методологией и технологией - это прекрасный пример политического злоупотребления научными достижениями для усиления индустриального, а не личностного роста. Такая медицина является ни чем иным, кроме как устройством, которое предназначено для того, чтобы убедить тех, кто болен и устал в обществе, что все они имеют дефекты и требуют починки. Я буду обсуждать эти три уровня болезнетворного медицинского воздействия в первых трех частях данной книги.

Баланс достижений медицинской технологии будет обрисован в первой главе. Многие люди уже подозрительно относятся к врачам, больницам и фармацевтической индустрии и им только необходимы данные для того, чтобы поддержать свои подозрения. Врачи уже считают необходимым поддерживать свое достоинство требованием того, что многие методы лечения, которые часто встречаются в настоящее время, должны быть запрещены. Ограничение на медицинскую деятельность, которую врачи начинают рассматривать как обязательную, часто является настолько радикальной, что является неприемлемой для большинства политиков. Отсутствие эффективности дорогостоящей и высоко рискованной медицины, достаточно широко обсуждается.

Вторая часть напрямую обсуждает вопросы мешающих здоровью эффектов организации медицины, а третья часть - обсуждает эффекты медицинской идеологии на личностные качества.

ГЛАВА 1. ЭПИДЕМИЯ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

В течение последних трех поколений заболевания, которые поражают западные общества, пережили достаточно драматичные изменения[1]. Полиомиелит, дифтерия, туберкулез исчезают, один укол антибиотика часто вылечивает пневмонию или сифилис и таким образом многие из массовых убийц стали контролируруемыми. В настоящее время две трети всех заболеваний связаны с заболеваниями пожилого возраста. Те, кто умирают молодыми, чаще всего являются жертвами несчастных случаев, насилия или самоубийств[2].

Эти изменения в статусе здоровья обычно приравниваются к снижению количества

страданий и приписываются большему количеству или лучшему медицинскому лечению. Хотя, практически любой человек верит в то, что, по крайней мере один из его друзей не был бы в настоящий момент жив и чувствовал себя хорошо, если бы не врач, а на самом деле отсутствуют доказательства каких бы то ни было прямых взаимоотношений между этими изменениями структуры заболеваемости и так называемым прогрессом медицины[3]. Изменения являются зависимыми переменными политических и технологических изменений, которые, в свою очередь, отражаются в том, что говорят и делают врачи; они не связаны значимо с активностями, которые требуют подготовки, статусом или дорогостоящим оборудованием, которыми гордится система здравоохранения[4].

Кроме того, достаточно большой процент новых заболеваний, возникших в течение последних пятнадцати лет, являются результатами медицинских вмешательств, особенно проводящимися среди людей, которые являются больными или могут заболеть. Это - заболевания, вызванные врачами, или ятрогенные заболевания[5]. После столетия попыток реализовать медицинскую утопию[6], и противоречий с современной точкой зрения[7], медицинские службы не сыграли значимой роли в изменении продолжительности жизни. Большое количество современной клинической медицины случайно совпадает с излечением от заболеваний, но вред, наносимый медициной здоровью индивидуумов и популяции, весьма значим. Эти факты очевидны, хорошо задокументированы и хорошо скрыты.

Эффективность врачей — иллюзия

Изучение эволюции заболеваний приводит нас к выводу о том, что в течение последнего столетия врачи повлияли на эпидемию не больше, чем до них священники. Эпидемии приходили и уходили, проклинаясь обоими, но не реагирующие ни на одного. Они подвергаются не большему воздействию ритуалов, которые выполняются в медицинских клиниках, чем теми ритуалами, которые встречаются в религиозных святынях[8]. Обсуждение будущего здравоохранения должно было бы начинаться с признания этого факта.

Инфекции, которые были широко распространены в начале века индустриализации, иллюстрируют, как медицина получила свою репутацию[9]. Туберкулез, например, достиг своего пика на протяжении двух поколений. В Нью-Йорке в 1812 году смертность была выше, чем 700 на 10 000. К 1882 году, когда Кох впервые изолировал и культивировал бациллу, она снизилась до 370 на 10 000. Смертность упала до 180, когда в 1910 году был открыт первый санаторий, хотя туберкулез все еще сохранял второе место в списках причин смерти[10]. После Второй Мировой Войны, но до того момента, когда антибиотики стали обычным методом лечения туберкулеза, он переместился на одиннадцатое место, со смертностью в 48. Холера[11], дизентерия[12] и сыпной тиф аналогичным образом дошли до своего пика, а затем снизились вне зависимости от контроля врачей. К тому времени, когда их этиология стала понятной и появилась специфическая терапия, эти заболевания уже во многом утратили свою вирулентность и поэтому, свое социальное значение. Комбинированная смертность от скарлатины, дифтерии, коклюша и кори среди детей до пятнадцати лет показывает, что практически 90% общего снижения смертности между 1860 годом и 1965 годом возникла до появления антибиотиков и широкого распространения иммунизации[13]. Частично это снижение может быть приписано улучшенным условиям жизни и снижению вирулентности микроорганизмов, но наиболее важным фактором явилась большая устойчивость организма хозяина вследствие лучшего питания. В бедных странах на сегодняшний день диарея и инфекции верхних дыхательных путей возникают чаще, продолжаются более длительный период времени и ведут к более высокой смертности, особенно в тех местах, где имеется плохое питание, вне зависимости от того, каких объемов медицинская

помощь является там доступной[14]. В Англии к середине девятнадцатого столетия инфекционные эпидемии были замещены основными синдромами нарушенного питания, такими как рахит и пеллагра. Те, в свою очередь, тоже дошли до максимума и исчезли, были замещены заболеваниями раннего детства, а затем, немножко позднее, увеличением количества язвы двенадцатиперстной кишки у молодых мужчин, когда и эти снизились, их место заняли современные эпидемии: ишемическая болезнь сердца, эмфизема, бронхит, ожирение, гипертензия, рак (особенно, рак легких), артрит, диабет и, так называемые, психические заболевания. Несмотря на интенсивные исследования, у нас нет полного объяснения причин этих изменений[15]. Но две вещи являются очевидными: профессиональная практика врачей не может являться причиной устранения старых причин заболеваемости и смертности, а также она не может взять на себя ответственность за увеличенную продолжительность жизни, которая проводится в страданиях от новых заболеваний. На протяжении более чем столетия, анализ тенденций в заболеваемости продемонстрировал, что именно окружение является основным показателем состояния здоровья в любой популяции[16].

Медицинская география[17], история заболеваний[18], медицинская антропология[19] и социальная история отношений к болезням[20] продемонстрировали, что пища[21], вода[22] и воздух[23] в связи с уровнем социополитического равенства[24], а также культурными механизмами, делают возможным поддерживать размеры популяции стабильными[25] и это играет решающую роль в определении того, насколько здоровым будет подрастающее поколение, и в каком возрасте взрослые умирают. По мере того, как старые причины заболеваний снижаются, новые виды нарушенного питания становятся более быстро расширяющейся современной эпидемией[26]. Одна треть человечества сейчас выживает на уровне недостаточного питания, которое ранее было бы смертельным, в то время как все больше и больше богатых людей абсорбирует все большее количество ядовитых веществ и мутагенов в своей пище[27].

Некоторые современные технологии, часто развитые с помощью врачей, и оптимально эффективные, когда они становятся частью культуры или окружающей среды, или когда они применяются независимо от профессиональной помощи, также привели к изменению в общем здоровье, правда в меньшей степени. Среди них мы можем назвать контрацепцию, вакцинацию от оспы новорожденных и такие не медицинские действия по поддержанию здоровья, как обработка воды и канализация, использование мыла и ножниц акушерками, а также некоторые антибактериальные процедуры и инсектициды. Важность многих из этих практик была впервые признана и описана врачами - очень часто смелыми диссидентами, которые пострадали за свои рекомендации[28], но это не переносит мыло, пинцеты, иглы для вакцинации, препараты для борьбы со вшами, презервативы в категорию «медицинского оборудования». Произошедший относительно недавно, сдвиг смертности от более молодых, к более пожилым группам, может быть объяснен включением этих процедур и этих устройств в культуру дилетантов.

В противоположность к улучшению в окружающей среде и современным непрофессиональным методам по поддержанию здоровья, специфическое медицинское лечение людей, никогда значимо не было связано со снижением общей заболеваемости, или увеличением продолжительности жизни[29]. Ни пропорция врачей в популяции, ни клинические инструменты, которые находятся в их распоряжении, ни количество больничных коек - не являются причинным фактором в изменениях общей картины заболеваемости. Новые техники распознавания и лечения таких состояний как пернициозная анемия и гипертензия, или хирургические операции, проводимые с целью корректирования врожденных нарушений развития, перераспределяют, но не снижают заболеваемость. Тот факт, что врачебная популяция является более высокой в тех местах, где определенные заболевания стали редкими, мало связана с возможностью врачей контролировать или устранять их[30]. Это просто означает, что врачи размещают себя так, как они хотят, имея для этого больше возможностей, чем есть у других профессионалов, и

что они имеют тенденцию собираться в тех местах, где климат является относительно здоровым, вода чистой, люди имеют работу и могут заплатить за их услуги[31].

Беспольное медицинское лечение

Внушающая благоговейный ужас медицинская технология, комбинированная с эгалитаристской риторикой, создала впечатление о том, что современная медицина является крайне эффективной. Без сомнения, в течение последних поколений стало крайне полезным небольшое количество специфических процедур. Но они не монополизированы профессионалами, как инструменты их деятельности, поскольку те из них, которые могут использоваться, обычно достаточно дешёвы и требуют минимального количества материалов и очень небольших услуг от больниц. В противоположность этому, большая часть современных, резко растущих, медицинских расходов предназначены для тех методов диагностики и лечения, чья эффективность, в лучшем случае, сомнительна[32]. Для того чтобы детально обратить внимание на это, я сделаю различие между инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

В случае инфекционных заболеваний химиотерапия сыграла значительную роль в контроле пневмонии, гонорей и сифилиса. Смертность от пневмонии, одно время «друга пожилого человека», снижалась ежегодно на 5%-8% после того, как сульфаниламиды и антибиотики вышли на рынок. Сифилис, фрамбезия, многие случаи малярии и сыпного тифа, также могут быть вылечены быстро и достаточно легко. Все увеличивающаяся частота венерических заболеваний является следствием новой морали, а не неэффективной медицины. Возвращение малярии является следствием появления пестицидорезистентных moskitov, а не отсутствием новых антималярийных лекарств[33]. Иммунизация практически устранила паралитический полиомиелит, заболевание развитых стран и вакцины привели к тому, что снизилось распространение коклюша и кори[34]. Таким образом, как кажется, подтверждая веру в медицинский прогресс[35]. Но для большинства других инфекций медицина не может продемонстрировать похожих результатов. Лекарственное лечение позволило снизить смертность от туберкулеза, столбняка, дифтерии, скарлатины, однако, в общем снижении заболеваемости и смертности от этих заболеваний, химиотерапия сыграла небольшую, и по всей вероятности, не значимую роль[36]. Малярия, лейшманиоз и сонная болезнь, действительно, на какое-то время под воздействием химической атаки снизились, но теперь снова поднимают голову[37].

Эффективность медицинских воздействий в борьбе с неинфекционными заболеваниями еще более сомнительна. В некоторых ситуациях и для некоторых состояний, был действительно продемонстрирован эффективный прогресс: частичная профилактика кариеса за счет фторирования воды, возможно, хотя и за не очень известную стоимость[38]; заместительная терапия снижает прямое негативное воздействие сахарного диабета, хотя и в краткосрочной перспективе[39]; за счет внутривенного питания, переливания крови и продвинутых хирургических методов, большая пропорция тех, кто пребывает в больницу, выживает от травмы; однако, выживаемость от наиболее частых видов рака - тех, которые составляют до 90% случаев - на протяжении последних 25 лет остается практически неизменной.

Этот факт постоянно прикрывается объявлениями американского онкологического общества, которые очень напоминают заявления генерала Вьетнама во время Вьетнама. С другой стороны, диагностическая ценность теста Папаниколау была доказана: если тест применяется четыре раза в год, раннее вмешательство лечения рака шейки матки, увеличивает пятилетнюю выживаемость. Некоторые методы лечения раков кожи высоко эффективны, но имеется крайне мало доказательств эффективного лечения случаев большинства других злокачественных новообразований[40]. Пятилетняя выживаемость в случае лечения рака молочной железы составляет 50%, вне зависимости

от частоты медицинских осмотров и используемого лечения[41]. Отсутствуют также доказательства того, что выживаемость в группах леченных женщин выше, чем в группах нелеченных женщин, то есть, что раннее вмешательство может изменить выживаемость, хотя практикующие врачи и публицисты, работающие на медицинский истеблишмент, подчеркивают значимость раннего выявления и лечения этого, и других типов рака, однако, эпидемиологи начали сомневаться в этом[42]. Хирургия и химиотерапия для редких врожденных заболеваний сердца и ревматических поражений сердца, увеличила шансы активной жизни для некоторых из тех, кто страдает от дегенеративных заболеваний[43]. Медицинское лечение, часто встречающихся сердечно-сосудистых заболеваний[44], интенсивное лечение болезней сердца[45], однако, эффективно только при достаточно редкой комбинации факторов окружающей среды, которые находятся за пределами контроля врача; лекарственное лечение артериальной гипертензии является эффективным и оправдывает риск побочных эффектов у тех, у кого она является злокачественным состоянием, и в то же время это лечение представляет значительный риск, перевешивающий любую доказанную выгоду, у десяти или двадцати миллионов американцев, на которых пытаются экспериментировать эти артериальные водопроводчики.

Повреждения, вызванные врачами

К сожалению бесполезное, но в целом безвредное медицинское лечение - это наименее важное из тех повреждений, к которым распространяющееся медицинское предприятие, приводит в современном обществе. Боль, дисфункция, инвалидизация - результирующая от технических медицинских мероприятий, сейчас соревнуется по уровню заболеваемости с несчастными случаями на дорогах и на производстве, и даже с военными действиями, а это приводит к выводу, что воздействие медицины является одной из наиболее распространяющихся эпидемий нашего времени. Среди современных учрежденческих воздействий, только современное неправильное питание повреждает людей значительнее, чем ятрогенные заболевания в их различных проявлениях[46]. В наиболее узком смысле слова ятрогенные заболевания включают только те заболевания, которые не произошли бы, если бы не применялось профессионально рекомендованное лечение[47]. Внутри этого определения пациент может подать в суд на врача, если тот во время лечения применил рекомендованное лечение, которое с точки зрения эксперта привело к риску возникновения заболевания. В более широком, и более широко используемом смысле, клинические ятрогенные заболевания включают все те условия, для которых лекарственные средства, врачи или больницы являются возбудителями. Я буду называть всю эту большую группу терапевтических побочных эффектов клиническим ятрогенезом. Они настолько стары, насколько стара медицина[48] и изучались в целом ряде медицинских исследований[49]. Лекарства всегда были потенциально ядовиты, но их нежелательные побочные эффекты только усиливались, с усилением их воздействия[50] и более широким использованием[51]. Каждые 24-36 часов от 50% до 80% взрослых людей в Соединенных Штатах и Великобритании заглатывают химическое вещество, прописанное им медиками. Некоторые принимают не то лекарство, другие берут его из старой или загрязненной партии, а третьи получают подделку[52], иные же принимают несколько лекарств в опасной комбинации[53], а еще кто-то получает инъекции при помощи неправильно стерилизованных шприцов[54]. Некоторые лекарства приводят к привыканию, некоторые - к мутациям, хотя очень часто только в комбинации с красителями для питания или инсектецидами. У некоторых пациентов антибиотики изменяют нормальную бактериальную флору и индуцируют суперинфекцию, позволяя более резистентным организмам размножаться и захватывать организм хозяина. Другие лекарства способствуют выведению антибиотико-резистентных штаммов бактерий[55], некоторые виды ядов могут распространяться еще быстрее [56]. Ненужная хирургия также

является стандартной процедурой[57]. Парализующие незаболевания, результирующие от медицинского лечения несуществующих заболеваний, также увеличиваются[58]. Количество детей, инвалидизированных в Массачусетсе за счет лечения сердечных заболеваний, превышает количество детей, которые находятся под эффективным лечением реальных заболеваний сердца[59].

Вызванная врачами боль и инвалидизация, всегда была частью медицинской практики[60]. Профессиональная халатность и некомпетентность являются древними формами неправильной практики[61]. С трансформацией врача от ремесленника, который применяет свои навыки на известном ему лично индивидууме – в техника, применяющего научные правила к классам пациентов, неправильная практика приобрела анонимный, практически респектабельный статус[62]. То, что раньше рассматривалось как злоупотребление конфиденциальной информацией и моральной ошибкой, сейчас может быть рационализировано и названо периодической поломкой оборудования, или ошибкой оператора.

В комплексной технологичной больнице халатность превратилась в «случайную человеческую ошибку», или «нарушение деятельности системы»; бессердечность превратилась в «научную отстраненность»; а некомпетентность превратилась в «отсутствие специализированного оборудования». Деперсонализация диагностики и терапии превратила неправильную практику из этической в техническую проблему[63].

В 1971 году в судах Соединенных Штатов было принято от 12 000 до 15 000 исков на неправильное лечение. Меньше, чем половина из этих исков была урегулирована на протяжении 18 месяцев, и более 10% этих исков остались неурегулированными на протяжении шести лет. От 16% до 20% от каждого доллара, который был заплачен компаниями, страхующими от ошибок при лечении, пошли на то, чтобы выплатить компенсацию жертве; остальная сумма выплачивается адвокатам и медицинским экспертам[64]. В таких случаях врачи могут быть подвергнуты воздействию только в том случае, если они действовали с нарушением медицинского кодекса, в том случае, если их действия были некомпетентными, или они действовали, исходя из корысти или лени. Проблема, однако, заключается в том, что большая часть повреждений, которые наносятся современными врачами, не попадают ни в одну из этих категорий[65]. Эта проблема возникает в обычной практике хорошо обученных мужчин и женщин, которые научились следовать существующему профессиональному мнению и процедурам, даже если они знают (или могли бы, или должны были знать), какое повреждение они делают.

Департамент здоровья, образования и соцобеспечения Соединенных Штатов подсчитал, что 7% всех пациентов страдают от повреждений в то время, когда они были госпитализированы, хотя мало кто из них что-либо делает по этому поводу. Более того, частота несчастных случаев в больницах значительно выше, чем во всех других промышленных структурах, за исключением шахт и строительства высотных зданий. Несчастные случаи являются основной причиной смерти среди американских детей. В пропорции ко времени, которое проводится там, эти несчастные случаи, кажется, возникают значительно чаще в больницах, чем в любом другом месте. Один из 50 детей, госпитализированных в больницу, страдает от несчастного случая, который затем требует специфического лечения[66]. Университетские больницы являются относительно еще более патогенными или, если называть вещи своими именами, более болезненными. Было также установлено, что один из пяти пациентов, госпитализированных в типичную университетскую больницу, приобретает ятрогенное заболевание, иногда небольшое, а иногда, требующее специфического лечения, и в одном случае из тридцати, приводящее к смерти. Половина этих эпизодов является следствием осложнений лекарственной терапии. К удивлению, одно из десяти – является следствием диагностических процедур[67]. Несмотря на хорошие намерения и заявления об общественной службе, военный офицер с подобными же результатами, был бы отстранен от командования, а ресторан или центр развлечений был бы закрыт полицией. Не удивительно, что индустрия здравоохранения

пытается переместить вину, за возникшие проблемы, на жертву таким образом, что мультинациональный фармацевтический концерн сообщает своим читателям, что «ятрогенные заболевания практически всегда являются невротическими»[68].

Беззащитные пациенты

Нежелательные побочные эффекты разрешенного, ошибочного, бессердечного или противопоказанного технического контакта с медицинской системой, представляют только первый уровень патогенетической медицины. Такой клинический ятрогенез включает не только повреждения, которые врачи наносят, когда они хотят вылечить, или эксплуатировать пациента, но также другие формы вреда, которые происходят от попыток врачей защитить себя от возможностей судебного иска. Такие попытки избежать судебных исков и наказания, сейчас могут привести к большим повреждениям, чем любые другие ятрогенные стимулы.

На втором уровне[69] медицинская практика поддерживает заболеваемость, поддерживая болезненное общество, которое способствует тому, что люди становятся потребителями лечебной, профилактической, индустриальной медицины, или экологической медицины. С другой стороны, дефективные выживают во все увеличенном количестве и могут жить только в случаях обеспеченного ухода, в то время как медицински сертифицированные симптомы удаляют людей от работы и удаляют их со сцены политической борьбы за изменение общества, которое сделало их больными. Второй уровень ятрогенеза находит свое выражение в различных симптомах социальной сверхмедиализации, которая приводит к тому, что я называю экспроприацией здоровья. Второй уровень медицины я обозначаю как социальный ятрогенез, и он будет детально обсужден во второй части. На третьем уровне, так называемые профессии здоровья, имеют еще даже более глубокий культурно-значимый эффект по отрицанию здоровья, поскольку они разрушают потенциал у людей бороться со своими человеческими слабостями, уязвимостью и уникальностью. Пациент, который находится в тисках современной медицины, является не чем иным, как отражением человечества в тисках недоброжелательной техники. Этот культурный ятрогенез, который я буду обсуждать в третьей части, является следствием гигиенического прогресса и состоит в параличе здорового ответа на страдание, боль и смерть. Он возникает, когда люди принимают идею об управлении здоровьем, разработанной на основе инженерных моделей, когда они совместно пытаются произвести то, что называется «лучшим здоровьем», как будто это был обычный товар. Это естественно, приводит к появлению управляемого поддержания жизни на высоких уровнях сублетальных заболеваний. Это конечное зло медицинского прогресса должно четко отличаться, как от клинического, так и от социального ятрогенеза. Я надеюсь продемонстрировать, что на каждом из этих трех уровней, ятрогенез стал медицински необратимым: свойством, встроенным в саму медицинскую систему. Нежелательные психологические, социальные и физиологические побочные продукты диагностического терапевтического процесса стали резистентными к медицинским воздействиям. Новые устройства подхода и организационные структуры, которые были задуманы как способы излечения от клинического и социального ятрогенеза, сами становятся патогенами, способствующими новой эпидемии.

Технические и управленческие мероприятия, предпринимаемые на любом уровне для того, чтобы избежать повреждения пациента лечением, запускают самоподдерживающую ятрогенную спираль, аналогичную деструкции, которая возникает за счет загрязняющей окружающей среду процедуры, при использовании средств борьбы с загрязнением[70].

Я обозначу эту, самоподдерживающую спираль отрицательной обратной связи, классическим греческим эквивалентом и буду называть ее медицинской немезидой. Греки видели богов в силах природы. Для них Немезида представляла собой божественную месть, которая падала на головы смертных, которые пытались использовать для себя то,

что было предназначено богам. Немезида была неизбежным наказанием за попытки быть героем, а не человеком. Подобно любым другим абстрактным греческим существительным, Немезида принимала вид божества. Она представляла собой ответ природы на hubris: попытку индивидуума приобрести свойства бога. Наш современный гигиенический hubris привел к тому, что появился новый синдром медицинской Немезиды[71].

Используя греческий термин, я хотел бы подчеркнуть, что соответствующий феномен не подпадает под обычную парадигму, предлагаемую сейчас бюрократами, терапевтами и идеологами быстро разрастающейся дизэкономии, которые при отсутствии интуиции создали то, что они называют «контринтуитивное поведение больших систем». Вызывая к жизни мифы и древних богов, я хотел бы сделать четкой идею о том, что мой анализ современного разрушения медицины чужероден для индустриальной логики и индустриального способа мышления. Я верю в то, что обращение Немезиды может придти изнутри человека, а не от другого управляемого гетерономного источника, который опять будет зависеть от чьей-то чужой экспертизы и последующей мистификации.

Медицинская Немезида резистентна к медицинскому лечению. Она может быть обращена только за счет выздоровления воли к самолечению среди непрофессионалов и через легальное политическое и учрежденческое признание права на лечение, которое дает ограничение на профессиональную монополию врачей. Моя финальная глава будет предлагать некоторые направления для борьбы с медицинской Немезидой и давать критерии, при помощи которых медицинское предприятие может быть удержано внутри здоровых границ. Я не буду предлагать какие бы то ни было специфические формы здравоохранения или ухода за больными, и я не предлагаю новой медицинской философии более чем я рекомендую излечения для медицинской техники, доктрины или организации. Однако я предлагаю альтернативный подход к использованию медицинской организации и технологии, вместе с объединенными бюрократами и иллюзиями.

ГЛАВА 2. МЕДИЦИНИЗАЦИЯ ЖИЗНИ

Терминальные церемонии

Терапия достигает своего апогея в смертельном танце вокруг терминального пациента. За сумму в размере \$500 - \$2 000 в день, герои в белом и синем окутывают остатки пациента в антисептический аромат. Чем более экзотичен ладан и выше погребальный костер, тем больше смерть смеется над священником. Религиозное использование медицинской техники стало преобладать над технической целью, и грань, отделяющая врача от директора похоронного бюро, стала смазанной. Палаты заполнены телами, которые не мертвы, но уже и не живы. Священнодействующий врач воспринимает себя как менеджер кризиса. В последний час он коварно сталкивает человека с мертвящей мечтой общества о всевластии. Подобно любому менеджеру кризиса в банке, стране или команде он разрабатывает заведомо проигрышные стратегии и реквизирует ресурсы, что, ввиду бесполезности и тщетности усилий, усиливает впечатление абсурда. В конце концов, он обещает каждому пациенту приоритет в тех вещах, в которых большинство людей рассматривает себя как недостаточно важный объект.

Ритуализация кризиса, общий признак болезненного общества, дает медицинскому чиновнику три вещи. Она обеспечивает его лицензией, которая обычно полагается только военным. В условиях кризиса, профессионал, который считается командиром, может легко получить иммунитет от обычных правил законности и приличия. Тот, кто получил контроль над смертью, перестает быть простым смертным. Как и для главы триад, убийство для него узаконено. Что еще более важно, все это представление происходит в ореоле кризиса. Поскольку они формируют очарованную пограничную область не совсем в этом мире, положение и место в обществе, на которые медицина претендует, так же

святы как и их религиозные и военные аналоги. Медикализация терминального ухода не только ритуализирует жуткие мечты и расширяет профессиональную лицензию для непристойных попыток: эскалация терминального лечения устраняет для врача необходимость доказывать техническую эффективность тех ресурсов, которыми он располагает. Нет пределов его власти требовать все больше и больше. Наконец, смерть пациента выводит врача за пределы возможного контроля и критики. В последнем взгляде пациента и в пожизненной перспективе 'morituri' нет надежды, но только последняя надежда врача. Ориентация любого учреждения на 'кризис' оправдывает огромную неэффективность.

Большинственная смерть теперь стала эндемией. В последние двадцать пять лет процент американцев, который умирает в больнице увеличился на треть. Процент смертей в больницах в других странах нарастал даже быстрее. Смерть без медицинского присутствия стала синонимом романтического тупоумия, привилегией или катастрофой. Стоимость последних дней гражданина увеличилась на 1200%, значительно быстрее общий расходы на здравоохранение. Одновременно, по крайней мере в Соединенных Штатах, стоимость похорон стабилизировалась: темп прироста цен стал сопоставимым с повышением общим ростом цен. Наиболее сложная фаза терминальных церемоний теперь окружает умирающего пациента, она была разделена, под медицинским управлением, на окончание бытия и похороны того, что осталось от человека. В ключе общего переключения расходов от могилы к палате, отразился ужас умирания без «Медицинской помощи». Застрахованный пациент платит за участие в обряде своих собственных похорон.

Страх нелеченной смерти стал впервые ощущаться элитой восемнадцатого века, тем, кто отказался от религиозной помощи и отвергнул веру в загробную жизнь. Новая волна этого страха теперь захлестнула богатых и бедных, кто, с уравнительной трогательностью, объединился, чтобы создать новую категорию товаров: 'терминально' - редких, поскольку они распределяются врачом в дорогостоящих палатах смерти. Для того, чтобы распространять эти товары, появился новый раздел юридической и этической литературы, которая занимается вопросом, как исключить одних, отобрать других и обосновать выбор жизнепродлевающих технологий, а также как сделать смерть более приемлемой и приятной

Взятая в целом, эта литература многое говорит о ходе мыслей современного юриста и философа. Большинство авторов даже не задается вопросом о том, продлевает ли на самом деле жизнь «жизнепродлевающая» технология. Они наивно полагают, что нынешние дорогостоящие ритуалы должны быть полезными. Таким образом, закон и этика поддерживают убеждение ценности мероприятий, которые регулируют политически безвредное медицинское равенство на данном этапе смерти.

Современный страх негигиеничной смерти делает жизнь похожей на гонку к терминальному состоянию и весьма необычным способом разбивает уверенность человека в себе. Этому поспособствовало убеждение, что человек сегодня потерял автономность, не может распознать, когда переходит его время и он не может брать смерть в собственные руки. Отказ врача признать момент, когда его польза как целителя закончилась, и отойти в сторону в момент появления смерти на лице пациента, превращает его в агента диссимуляции. Нежелание пациента умереть самому, делает его полностью зависимым.

Он теперь потерял его веру в собственную способность умереть, и превратил в основную задачу право быть профессионально убитым.

Многочисленные недоказанные ожидания вотканы в культурную ориентацию на смерть в больнице. Люди думают, что госпитализация уменьшит их боль или, что они, вероятно, проживут дольше в больнице. Ничто из этого, похоже, не является правдой. Из тех, кто был госпитализирован с терминальным заболеванием в обычную британскую больницу, 10 процентов умерло в день прибытия, 30 процентов - в течение недели, 75 процентов -

течение месяца, и 97 процентов - за три месяца.

В домах для терминального ухода 56 процентов умерли в пределах недели после помещения туда. При терминальной опухоли нет различия в ожидаемой продолжительности жизни тех, кто встретил свой конец дома и теми, кто умер в больнице. Только четверть терминальных раковых пациентов нуждается в специальном уходе дома, и то только в течение их последних недель. Для более чем половины страдания ограничиваются чувством слабости, и та боль, какая только есть у них, может обычно быть купирована. Но оставаясь дома, они избегают ссылки, одиночества, и пренебрежения, которые, за редким исключением, ожидают их. Бедные негры, кажется, знают об этом и нарушают больничные правила, забирая умирающих домой.

Опиаты не доступны по требованию. Пациенты, которые имеют сильные боли месяцами или годами, и которые наркотики могли бы сделать сносными, имеют одинаковую вероятность не получить лекарства как дома, так и в больнице, поскольку они формируют зависимость - неустранимое, но непосредственно не фатальное состояние. Наконец, люди верят, что госпитализация увеличит их шансы пережить кризис. С некоторыми четкими исключениями, в этом они тоже, нередко, оказываются неправы. Больше людей умирает, поскольку кризисное лечение теперь концентрируется в больнице, чем может быть спасено современной техникой, в ней расположенной. В бедных странах в течение последних десяти лет много детей умерло от холеры и других диарейных заболеваний, поскольку им вовремя не восполнялись потери жидкости вливанием простых растворов в глотку: лечение предполагало сложную внутривенную регидратацию в расположенной на значительном расстоянии больнице. В богатых странах количество смертей, вызываемые использованием оборудования для эвакуации при несчастных случаях начинают сравниваться с числом спасенных таким образом жизней. «Поклонение» больнице не связано с эффективностью ее работы.

Подобно любой другой растущей промышленности, система здравоохранения направляет свои продукты туда, где спрос кажется неограниченным: на защиту против смерти. Все возрастающий процент налоговых отчислений направляется на технологии поддержания жизни для терминальных пациентов. Сложная бюрократия ханжески отбирает для диализа одного из шести или одного из трех американцев, которым угрожает смерть от почечной недостаточности. Выбранный пациент натаскан на то, чтобы желать редкую привилегию смерти от изысканной пытки. Как врачи отмечают, много времени и усилий уходит на предотвращение самоубийств в течение первого и иногда второго года из тех, что искусственная почка может добавить к жизни. В обществе, где большинство умирает под общественным надзором, торжества, ранее сопровождавшие узаконенное убийство или казнь теперь сопровождают работу палаты терминального ухода. Роскошная обработка коматозного больного занимает место последнего завтрака осужденного в других культурах.

Общественное увлечение с высокотехнологичной медициной и смертью может быть понято как глубоко укоренившаяся потребность в чуде. Интенсивная терапия - лишь кульминация общественного культа, организованного вокруг медицинских священнослужителей, борющихся против смерти. Готовность общества финансировать эту деятельность выражает желание не-технической функции медицины. Палаты интенсивной терапии в кардиологии, например, имеют высокую популярность и никакого статистически доказанного эффекта. Они требуют в три раза больше оборудования и в пять раз больше персонала, чем необходимо для обычного лечения; 12 процентов всех сестер с полным образованием в больницах в Соединенных Штатах работают в этой «героической» медицине. Это предприятие поддерживается, как и литургия в прошлом, вымогательством налогов, домогательством подарков и доверчивостью жертв. Крупные случайные выборки были использованы, чтобы сравнить смертность и показатели излечения пациентов, обслуживаемые этими отделениями, с результатами, полученными на пациентах, получавшими лечение на дому. На сегодняшний день они не

продемонстрировали никакого преимущества. Пациенты, которые перенесли инфаркт миокарда, сами предпочитают домашнее лечение; они напуганы больницей и в период кризиса хотели бы быть рядом с людьми, которых они знают. Тщательный статистический анализ подтвердил их интуицию: более высокая смертность тех, кто получает механизированное лечение в больницах, обычно приписывается испугу.

ГЛАВА 3. ИСТРЕБЛЕНИЕ БОЛИ

Когда космополитная медицинская цивилизация колонизирует любую традиционную культуру, она изменяет переживание боли[72]. Один и тот же вид нервной стимуляции, назовем его «ощущение боли», приводит к явно различному переживанию, которое будет зависеть не только от характера человека, но и от культуры. Это переживание, отличное от самого ощущения боли, подразумевает исключительно человеческое поведение, которое называется страдание[73]. Однако, медицинская цивилизация склонна превращать боль в технический вопрос, тем самым лишая страдание характерного для него личного смысла[74]. Люди разучиваются принимать страдание как неизбежную часть своей сознательной способности справляться с действительностью и учатся истолковывать любую боль как признак того, что их нужно холить и лелеять. Сталкиваясь с болью, расстройством и смертью, традиционные культуры рассматривают их как задачу, которая требует решения со стороны человека в состоянии стресса; медицинская цивилизация превращает боль и смерть в требования, которые люди выдвигают к экономике, в проблемы, которые можно решить или произвести искоренение проблемы[75]. Культуры - системы значений, космополитная цивилизация - система технических приемов. Культура делает боль терпимой путем ее интеграции в значимую ситуацию, ситуацию, которая имеет смысл; космополитная цивилизация отделяет боль от субъективного или межсубъективного контекста, чтобы уничтожить ее. Культура делает боль терпимой, т.к. рассматривает ее как необходимость; невыносима лишь та боль, которая кажется излечимой.

Несметное количество добродетельных качеств выражают разные аспекты мужества, которое традиционно позволяло людям распознать болезненные ощущения как брошенный вызов и, соответственно, формировать свои переживания. Терпение, выдержка, мужество, обреченность, самообладание, выносливость и смиренность показывают спектр разнообразных реакций на то, как люди встречают боль, преобразуют ее в страдание, и как они переживают боль[76]. Долг, любовь, восхищение, режим, молитва и сострадание помогали переживать боль с достоинством. В традиционных культурах каждый был ответственен за свое поведение во время горя или после пережитой физической травмы[77]. Боль рассматривалась как неизбежная часть субъективной реальности своего тела, в которой каждый находится постоянно, и которая постоянно формируется под влиянием сознательной реакции на нее[78]. Люди знали, что им надо самим исцелять себя[79], самим справляться со своей мигренью, хромотой или горем.

Боль, которая причинялась людям, ограничивала издевательства человека над человеком. Эксплуатирующее меньшинство продавало алкоголь и проповедовало религию для того, чтобы притупить своих жертв; рабы пристрастились к блюзу и жеванию коки. Но наступал тот переломный момент эксплуатации, когда традиционные экономики, построенные не ресурсах человеческого тела, приходили в упадок. Любое общество, в котором причиняемые лишения и страдания становились «нестерпимыми» для данной культуры, не могло существовать дальше.

Сегодня все большая часть всех проявлений боли создается руками человека. Это побочный эффект стратегии для развития промышленности. Боль перестала быть «естественным» или «метафизическим» злом. Боль стала социальным бедствием. Для того, чтобы не дать «массам» быть бедствием для общества, когда они мучаются от боли,

индустриальная система поставляет им медицинские обезболивающие. Таким образом боль превращается в спрос на все больше лекарств, больниц, медицинских услуг, и другую продукцию обезличенной корпоративной заботы, а также выливается в политическую поддержку дальнейшему росту корпораций, не взирая на человеческие, социальные и экономические затраты. Боль стала политической проблемой, которая породила растущий как снежный ком спрос самими потребителями анестезии на искусственно вызванную бесчувственность, неосознанность и даже бессознательность.

Традиционные культуры и технологические цивилизации исходят от противоположных предпосылок. В каждой традиционной культуре психотерапия, система верований и средства, которые нужны для того, чтобы выдержать самую сильную боль, встроены в каждодневное поведение и отображают убеждение о суровой действительности и неизбежности смерти[80]. В антиутопии 20 века необходимость переносить мучительную действительность внутри или вокруг истолковывается как провал социоэкономической системы. Боль рассматривается как экстренные чрезвычайные обстоятельства, с которыми надо справляться при помощи чрезвычайных мер.

Качество и количество переживаемой боли, которое возникает в результате поступающих в мозг болевых сообщений, зависит от генетической наследственности[81] и, как минимум, четырех функциональных факторов помимо врожденной сущности человека и силы стимула, а именно - культуры, тревожности, внимания и толкования. Все это формируется под влиянием социальных факторов, идеологии, экономической структуры и социального характера. Культура постановляет, кому надо стонать, когда рождается ребенок: матери, отцу или им обоим[82]. Обстоятельства и обычаи обуславливают уровень тревожности того, кто переносит боль, а также, сколько внимания он уделяет телесным ощущениям[83]. Воспитание и система взглядов определяют, какое значение придается телесным ощущениям, и влияют на степень ощущения боли[84]. Часто народные суеверия волшебным образом помогают избавиться от боли лучше, чем элитная религия[85]. Условия, в которых происходит болезненное событие, определяют, как легко человек перенесет боль: повреждения во время оргазма или во время героического подвига часто вообще не ощущаются. Раненые во время битвы под Анзио (*прим.переводчика*: во время Второй мировой войны), которые надеялись, что их отправят домой как героев, и им больше не надо будет воевать, отказывались от уколов морфия. Эти же солдаты считали бы, что без морфия им никак не обойтись, если бы похожие повреждения были нанесены стоматологом или на операционном столе[86].

По мере медикализации культуры, социальные определяющие факторы боли искажаются. В то время как культура осознает, что боль это внутренняя, сокровенная и непередаваемая «антиценность», медицинская цивилизация сосредотачивается на боли как системной реакции, которую можно засвидетельствовать, замерять и контролировать. Только заметная стороннему наблюдателю боль может стать диагнозом, которому требуется определенное лечение. Такая объективизация и количественный анализ боли заходит так далеко, что медицинские трактаты описывают мучительные болезни, болезненные операции и состояния даже тогда, когда пациенты говорят, что у них ничего не болит. Боль требует методов контроля врачом, а не подхода, который бы помог самому человеку быть ответственным за свое переживание[87]. Медицинская профессия судит, какая боль достоверна, у какой боли физическая, а у какой психическая причина, какая боль надумана, а какую боль симулируют[88]. Общество признает и поддерживает такие профессиональные суждения. Сострадание становится старомодной добродетелью. Человек, у которого болит, оказывается в ситуации, когда у него остается все меньше и меньше социального контекста, который придает значение переживанию, которое поглощает его.

История медицинского восприятия боли еще не была написана. Несколько научных монографий описывают то, как изменилось отношение врачей к боли за последние 250 лет[89]. Исторические ссылки также есть в некоторых работах о современном отношении

к боли[90]. Отслеживая изменения телесных ощущений в технологический век, экзистенциальная школа антропологической медицины собрала ценные наблюдения о том, как развивались представления о современной боли[91]. Психиатры[92], а изредка врачи общего профиля, исследовали отношение между медицинскими учреждениями и тревожностью пациентов в медицинских учреждениях. Однако отношение между действительной телесной болью и корпоративной медициной вообще не исследовано.

Историк, который изучает боль, сталкивается с тремя особыми проблемами. Первая – полностью изменилось отношение боли относительно других страданий человека. Изменилось отношение боли к печали, чувству вины, греху, страданию, страху, голоду, ущербности и недомоганию. У наших предков не было особого слова, которое бы описывало то, что мы сегодня называем болью в хирургической палате. Сегодня кажется, что боль является только той частью человеческого страдания, которое находится в ведении и под контролем медицинской профессии. В истории не было случая, который бы соответствовал настоящей ситуации, когда переживание личной телесной боли формируется под влиянием терапевтической программы, которую придумали, чтобы уничтожить ее. Вторая проблема – язык. Технический вопрос, который современная медицина описывает термином «боль», даже сегодня не имеет простого эквивалента в обычной речи. В большинстве языков захваченный врачами термин охватывает горе, печаль, тоску, стыд и чувство вины. Английское слово «pain» и немецкое «der Schmerz» все еще довольно просто употребляют для того, чтобы передать в основном, хотя и не исключительно, физическое значение. Большинство индо-германских синонимов охватывают более широкий разброс значений[93]: телесная боль может означать «тяжелую работу», «изнуряющий труд» или «испытание», «пытку», «переживание», «наказание», или, в общем, «превратность судьбы», как «болезнь», «усталость», «голод», «скорбь», «повреждение», «недомогание», «грусть», «беда», «растерянность» или «подавленность». И это совсем не полный перечень, который показывает, что язык может различать между многими видами «зла», каждое из которых имеет телесное отражение. В некоторых языках телесная боль является неоспоримым «злом». Когда французский врач спрашивает типичного француза, что у него болит, пациент покажет на больное место и скажет «J'ai mal là» (Болит здесь). С другой стороны, француз может сказать «Je souffre dans toute ma chair» (У меня болит всё тело), и в тоже время сказать врачу, что «у меня ничего не болит в отдельности». Если понятие телесной боли подверглось эволюции в медицинском употреблении, это невозможно осознать и понять по изменению важности какого-то одного термина.

Третье препятствие для изучения любой истории боли — её исключительно аксиологический и эпистемологический статус[94]. Никто никогда не поймёт как «болит у меня» в том смысле, который я придаю этой фразе, потому что другой человек не может страдать от той же головной боли, что и я. В этом смысле «боль» ломает четкую границу между организмом и средой, между стимулом и ответной реакцией[95]. Боль не является каким-то переживанием, которое можно сравнить: мы не можем сравнить мою и вашу головную боль. И тем более боль не является определенной физиологической или медицинской категорией, клиническим случаем с определенными патологическими признаками. Совсем не «боль в грудино-ключично-сосцевидная области» рассматривается медицинским ученым как систематическая антиценность.

Исключительная антиценность, которой является боль, порождает исключительную определенность. Когда «у меня болит», боль уникальным образом принадлежит только мне, это только моя боль, я остаюсь один на один со своей болью. Болью нельзя поделиться. Я не сомневаюсь в истинности того, что я переживаю, когда у меня болит, но я никак не могу точно передать кому-то, что я на самом деле переживаю. Я предполагаю, что у других тоже болит, у каждого «своя боль», хотя я и не могу это почувствовать, когда они мне об этом рассказывают. Я могу быть уверен в существовании чужой боли только в том смысле, что я уверен в моем сострадании к ним. В то же время, чем глубже я

сопереживаю, тем неизбежнее понимаю, насколько одинок человек в своем переживании. Безусловно, я вижу признаки того, что кому-то больно, даже когда я не могу им помочь или понять их страдания. Такое осознание крайнего одиночества является особенностью сострадания, которое мы испытываем к тем, кто переживает телесную боль. Это отличает сопереживание телесной боли от любого другого переживания, от сопереживания тем, кто тоскует, грустит, расстроен, отличается от нас или увечен. У ощущения физической боли совершенно нет разницы между причиной и переживанием, которая есть у других видов страданий.

Невзирая на то, что невозможно объяснить ощущение телесной боли, ощущение чужой боли настолько естественно для человека, что даже невозможно поставить слово ощущение в кавычки. Пациент не может и подумать, что врач не знает о его боли, точно также как человек на дыбе не может подумать, что его мучитель не знает о том, что ему больно. Уверенность в том, что мы разделяем чужую боль, уникальна; эта уверенность больше, чем в том, что мы похожи на других людей. Были люди, которые относились к своим рабам как к имуществу, и в то же время понимали, что имущество может страдать от боли. Рабы – не собаки, у которых может болеть, но они не способны страдать. Вингенштейн показал, что наша особая и радикальная уверенность в том, что у других людей что-то болит, может сосуществовать с неразрешимыми трудностями объяснить, как именно можно разделить уникальное чувство[96].

Я утверждаю, что мы учитываем и ту социальную ситуацию, в которой оказались те, кто страдает, кто переживает телесную боль, внутреннюю, сокровенную и непередаваемую «антиценность». Характер общества в некоторой степени формирует характер тех, кто страдает, и таким образом, определяет, как именно они переживают свои физические недуги и болезни в виде конкретной боли. В таком случае должно быть возможно расследовать постепенное изменение переживания боли, которое сопутствовало медиализации общества. У самого процесса переживания боли всегда есть исторический ракурс.

Когда я страдаю от боли, я осознаю, что появляется вопрос. Историю боли лучше всего изучать именно с позиции этого вопроса. Неважно, болит у меня или я вижу по телодвижениям, что у кого-то что-то болит, в голове рисуется знак вопроса. Такой вопрос так же присущ физической боли, как и одиночество. Боль – признак недосказанности, который требует что-то в ответ. Что не так? Сколько еще? Почему я должен? / должен ли я? / надо ли мне? / могу ли я страдать? Почему существует такое зло, и почему оно свалилось на меня? Наблюдатели, которые слепо не замечают этот референтный аспект боли, опираются только на условные рефлексy. Они изучают подопытного кролика, а не человека. Если у врача получится не обращать внимания на этот вопрос, который так и сквозит в жалобах пациента, он может распознать, что боль проявляется как симптом какого-то конкретного телесного недуга, но он ни на миллиметр не приблизится к тому страданию, которое заставило пациента обратиться за помощью. Такая способность овеществлять боль – результат суперинтенсивного образования врачей. Обучение позволяет врачу сконцентрировать внимание на тех проявлениях телесной боли человека, на которые могут влиять окружающие: стимуляция периферических нервов, передача импульса, реакция на стимул и даже уровень тревожности у пациента. Внимание сосредоточено только на лечении физиологии организма – единственного предмета, который можно выверить контрольно-экспериментальным путем.

Такой экспериментальный контроль личных переживаний боли невозможен, и, как следствие, полностью упускается из внимания большинства экспериментов по изучению боли. Обычно исследования обезболивающего эффекта фармакологических и хирургических методов проводят на животных. Обезболивающие примерно одинаково влияют на подопытных животных и людей, при условии, что люди выступают в роли подопытных, то есть отобраны для эксперимента специально, и в условиях, похожих на те, в которых были экспериментальные животные. Как только те же самые методы

применяются на людях, которые по-настоящему болеют или ранены, эффект лекарств вообще не соответствует данным, которые получены экспериментальным путем. В лабораторных условиях люди чувствуют себя точно также как мыши. Когда же людям становится плохо в реальной жизни, они не могут не страдать, хорошо или плохо, даже тогда, когда им хочется реагировать на происходящее, как бы реагировали на него мыши[97].

И врачи, и их потенциальные клиенты живут в обществе, где ценится анестезия, и научены заминать вопрос, присущий боли. Знак вопроса, который появляется во время сугубо личного переживания боли, превращается в смутную тревогу, которую можно вылечить. Экстремальный пример экспроприации боли – пациенты, которым сделали лоботомию: они привыкают к боли как инвалиды или домашние животные»[98].

Прооперированные больные чувствуют боль, но не страдают от нее. Переживание боли сводится к недомоганию с клиническим названием.

Для того чтобы боль в полной мере представляла из себя страдание, она должна вписаться в рамки культуры[99]. В любой культуре есть как минимум четыре взаимосвязанные составляющие, которые позволяют каждому отдельному человеку преобразить телесную боль в личное переживание: слова, снадобья, мифы и примеры для подражания. Культура превращает боль в вопрос, который можно выразить словами, плачем и жестами, которые часто воспринимаются как отчаянные попытки поделиться совершенно умопомрачительным одиночеством, которое сопутствует переживанию боли. Итальянцы стонут, пруссаки скрежещут зубами.

В каждой культуре также есть своя собственная психоактивная фармакопея и обычаи, которые определяют, какие лекарства можно принимать при каких обстоятельствах и предписывают ритуалы, которые сопровождают их прием[100]. Раджпуты мусульмане предпочитают алкоголь, а брамины – марихуану[101], хотя они и живут вперемешку в одних и тех же деревнях западной Индии[102]. Пейот надежно работает для индейцев навахо[103], грибы для индейцев уичоле[104], а перуанские горцы научились выживать с помощью коки[105]. Человек прошел путь развития не только в своей способности страдать от боли, но и в искусстве, мастерстве и навыках справляться со страданием и болью[106]: выращивание мака[107] в середине каменного века, вероятно, предшествовало выращиванию зерновых. Массаж, иглоукальвание и обезболивающие благовония были известны с незапамятных времен[108]. Во всех культурах появились религиозные и мистические объяснения боли: у мусульман – кисмет[109], божья воля; у индусов – карма[110], бремя за содеянное в предыдущих воплощениях; у христиан – очищение за грехи[111]. И, наконец, культура всегда давала пример, как можно пережить боль: Будда[112], святой, борец или жертва. Когда страдание предстает под видом долга или работы, это отвлекает от всепоглощающего ощущения и ставит страдающего перед задачей переносить мучение с достоинством. Культурное окружение не только преподает основы и способы, мифы и примеры того, что считается «умением хорошо страдать», но и подсказывает, как привести в действие этот набор навыков и умений. Медикализация боли, напротив, взлелеяла гипертрофию всего лишь одной из вышеуказанных составляющих – лечение техническими приемами – и подстегнула упадок всех других способов справляться с болью. Более того, медикализация боли привела к следующему: мнение о том, навыки в искусстве страдания могут быть наиболее эффективным и универсально приемлемым способом справляться с болью, стало или совсем непонятным, или скандально шокирующим. Медикализация лишает все культуры возможности интегрировать свои способы справляться с болью.

Общество не только предопределяет когда, как и по какому поводу встречается врач и пациент, но и то, как каждый из них будет думать, чувствовать и что делать по поводу боли. До тех пор, пока врач считал себя преимущественно целителем, боль была ступенькой на пути к восстановлению здоровья. Если доктор не мог исцелить, он без раздумий говорил своему пациенту выпить обезболивающее, и таким образом облегчить

неизбежное страдание. Как бы сказал Оливер Венделл Холмз, хороший врач, который понимал, что у природы есть средства для боли лучше, чем у медицины: «[за исключением] опиума, который прописывает сам Создатель, потому что мы часто видим, как растет в полях алый мак, как будто бы заранее было известно, что там, где нужно накормить голодных, там нужно утолить боль; [за исключением] некоторых средств от определенных болезней, которые не были открыты докторским искусством; [за исключением] вина, которое есть пища, и его пары создают чудо анестезии... я твердо верю, что человечество бы только выиграло, если бы мы утопили на дне моря всю *materia medica* (лекарства), которую мы используем сегодня. А вот рыбам бы не повезло»[113].

Этот целителя давал врачу возможность с достоинством потерпеть такую же неудачу, к которой религия, фольклор и свободный доступ к анальгетикам подготовили обывателя[114]. Чиновник современной медицины оказался в другом положении: его цель не исцеление, а лечение. Он не старается заметить вопрос того, кто страдает, а нацелен на то, чтобы свести боль к перечню жалоб, которые можно записать в медицинскую карту. Он гордится своими знаниями о механике боли, и таким образом, избегает ответить на приглашение пациента сопереживать ему.

Истоки европейских отношений к боли уходят корнями в Древнюю Грецию. Ученики Гиппократов[115] различали много разных дисгармоний, каждая из которых причиняла свою особую боль. Таким образом, боль стала полезным диагностическим средством. Боль подсказывала доктору, какую именно гармонию нужно восстановить. В процессе исцеления боль могла исчезнуть, но не это было главной целью врачевания. В то время как китайцы очень рано попробовали лечить болезни путем устранения боли, ничего подобного не было распространено на Западе в период классической Греции. Греки даже и не думали о том, чтобы наслаждаться счастьем без спокойного отношения к боли. Боль – это пусть роста и развития души. Человеческое тело было частью неисправимо испорченной вселенной, а согласно постулатам Аристотеля, у чувствующей души человека было одинаковое протяжение с телом. По этой схеме не было необходимости различать между ощущением и переживанием боли. Тело еще не отделили от души, а болезнь – от боли. Все слова, которые подразумевали телесную боль, могли также легко описать душевные страдания.

Учитывая наше наследие, было бы ошибочно полагать, что пассивное принятие боли присуще только исключительно иудейскому и христианскому влиянию. Когда двести иудеев переводили Ветхий Завет на греческий во втором веке до нашей эры, тринадцать совершенно разных древнееврейских слов были переведены на греческий одним единственным словом, которое обозначало «боль»[116]. Была ли или не была боль инструментом божественного наказания для иудея, она всегда была проклятьем[117]. Ни в Библии, ни в Талмуде нет намека на то, что боль является желаемым переживанием[118]. Верно то, что боль поражала определенные органы, но считалось, что эти органы отвечают за конкретные эмоции. Современная медицинская боль полностью отсутствовала как класс в древнееврейских книгах. В Новом Завете боль тесно переплетена с грехом[119]. В то время как для классического грека боль должна была сопутствовать наслаждению, для христианина боль была последствием его пристрастия к утехам[120]. Ни у одной из культур нет монополии на реалистическое смирение.

Для отслеживания истоков идеологии о личном принятии боли в истории боли в европейской культуре нужно обратиться не только к классическим и семитским корням. Неоплатоник рассматривал боль как результат какого-то порока небесной иерархии. Для манихея – результат явного упущения со стороны злобного творца или создателя. Для христианина – потеря первоначальной непорочности из-за греха Адама. Но, несмотря на противоречия между религиями о вероучениях и нравоучениях, все они считали, что боль – горький привкус космического зла, проявление природной слабости, дьявольской воли или справедливо заслуженного божьего проклятья. Такое отношение к боли объединяет и отличает средиземноморские культуры периода, следующего за расцветом греческого

классицизма, который длился до 17 века. Как сказал доктор-алхимик в 16 веке, боль – «горькая настойка, подмешанная к вареву из зерна мира». Каждый рождался с призыванием научиться жить в юдоли боли. Неоплатоник рассматривал горечь как нехватку совершенства, катар – как изъясн, христианин – как рану, за которую он отвечает. Справляясь с жизнью во всей ее полноте, которая находит одно из своих самых сильных проявлений в ощущении боли, люди могли героически противостоять или стоически отрицать необходимость облегчить боль. Они могли приветствовать возможность для очищения, искупления или жертвенности, и неохотно терпеть неизбежное в попытке найти облегчение. Опиум, иглоукалывание или гипноз обязательно в сочетании с языком, ритуалом и мифом применялись к уникальному человеческому действию переживания боли. Однако один из подходов был абсолютно исключен, по крайней мере, в европейской традиции – идея о том, что человеку, у которого болит, не следует переживать, облегчать и понимать свою собственную боль; что боль должна – в идеальных обстоятельствах всегда – быть истреблена вмешательством священника, политика или врача.

Существовало три причины, по которым идея о том, что боль можно профессионально убить с помощью технических средств, была несвойственна всем европейским цивилизациям. Во-первых, боль для человека являлась познанием испорченной вселенной, а не механической неполадкой одной из ее подсистем. У боли было космическое и мистическое, а не индивидуальное и техническое значение. Во-вторых, боль была признаком порочности природы, где человек был частью одного целого. Невозможно отвергнуть одно без того, чтобы отвергнуть и другое. Боль не могла рассматриваться как отдельный недуг. Доктор мог смягчить острую боль, однако устранение необходимости страдать означало бы, что нужно избавиться и от пациента. В третьих, боль была страданием души, а душа наполняла все тело. Боль являлась опосредованным познанием зла. Отдельного источника боли обособленного от ощущения боли попросту не существовало[121].

Кампания против боли как личного переживания, которое надо понять и выстрадать, началось только тогда, когда Декарт разделил тело и душу. Он создал образ тела в терминах геометрии, механики и часового дела; образ машины, которую может починить инженер. Тело превратилось в аппарат, которым владеет и управляет душа, но откуда-то издалека. Переживание живого организма, которое французы называют «la chair» (плоть), а немцы «der Leib» свелось к механизму, за которым может пристально наблюдать душа[122].

Для Декарта боль стала сигналом, который возникает в теле для самозащиты своей механической целостности. Эти реакции на опасность передаются душе, которая распознает их как болезненные. Понятие боли свелось к тому, что боль стала рассматриваться как полезный инструмент, который учил душу, как избежать дальнейших телесных повреждений. Лейбниц суммировал новый взгляд, когда с одобрением процитировал фразу Региса, ученика Декарта: «Великий инженер всей вселенной создал человека насколько возможно идеальным, и для его сохранности творец не мог придумать ничего лучше, чем ощущение боли»[123]. Комментарий Лейбница в ответ на эту фразу показателен. Он сказал, что по существу, было бы даже лучше, если бы Бог прибег к положительному, а не отрицательному подкреплению, вызывая удовольствие каждый раз, когда человек отошел от огня, который мог его уничтожить. Однако, заключает Лейбниц, этот способ сработал бы только, если бы Бог творил чудеса, а так как Бог из принципа избегает этого, «боль – необходимое и гениальное изобретение для защиты человека». За два поколения с тех пор, когда Декарт взялся за научную антропологию, боль стала полезной. Из ощущения сурового бытия[124] она превратилась в признак конкретной поломки.

К концу прошлого столетия боль стала регулятором функций организма, который подчиняется законам природы. Метафизические объяснения ей больше не нужны[125]. Она перестала заслуживать таинственное уважение, теперь боль можно эмпирически

изучать, чтобы избавиться от нее. В 1853 году, едва лишь век спустя после того, как боль стала всего лишь физиологической защитой, в г. Ла Кросс штата Висконсин на рынке появилось лекарство, которое прорекламировали как «болеутолитель»[126]. Появилось новое представление, которое было недовольно миром не потому, что он безотраден, грешен, непросвещен или находится под угрозой варваров, а потому, что мир полон страданий и боли[127]. Прогресс цивилизации стал синонимичен уменьшению совокупности всех страданий. С тех пор политика стала деятельностью, которая не столько старается увеличить количество счастья, сколько уменьшить количество боли. Как результат – склонность рассматривать боль как пассивное происшествие, которое падает на головы беспомощных жертв, потому что медицинские корпорации не применяют набор своих инструментов во благо страдающих.

В таком контексте становится логичным спасаться бегством от боли, вместо того, чтобы встретиться с ней лицом к лицу, даже если цена за это – отказ от яркой живости. Уже кажется разумным избавиться от боли, даже если цена за это – потеря независимости. Уже кажется просвещенным отрицать правомерность всех нетехнических вопросов, которые поднимает боль, даже если это значит, что пациенты превращаются в животных питомцев[128]. По мере того, как увеличилась специально вызванная нечувствительность к боли, в равной степени уменьшилась способность испытывать простые радости и удовольствия жизни. Нужны все более сильные стимулы, чтобы люди в анестезированном обществе почувствовали себя живыми. Наркотики, насилие и ужасы становятся теми же более мощными стимулами, которые все еще дают возможность ощутить самого себя. Повсеместная анестезия повышает спрос на возбуждение шумом, скоростью и насилием, невзирая на их разрушительную способность.

С таким повышенным порогом физиологически опосредованного переживания, который отличает медикализированное общество, крайне затруднительно заметить, что способность страдать может быть симптомом здоровья. Напоминания о том, что страдание это ответственная деятельность, почти что невыносимы для потребителей, которые не различают между удовольствием и зависимостью от выпуска промышленной продукции. Для них это одно и то же. Они приравнивают личное участие в столкновении с неизбежной болью к «мазохизму», и таким образом оправдывают свое пассивное существование. И одновременно с тем, что они отрицают приемлемость страдания как разновидности мазохизма, потребители анестезии склонны выискивать чувство реальности во все более сильных ощущениях. Они склонны искать смысл жизни и власть над другими выдерживая недиагностируемые боли и беспросветную тревожность: сумасшедшую жизнь руководящих работников компаний, самонаказание бешеной погоней за успехом и сильное воздействие насилия и садизма в кино и на телевидении. В таком обществе призыв обратиться к возрожденному искусству страдания, которое включает умелое использование новых технических приемов, будет неизбежно и ошибочно принято за нездоровое стремление к боли: мракобесие, романтику, долоризм или садизм.

И, наконец, лечение боли заменяет страдание на новый ужас - переживание искусственной безболезненности. Лифтон изучал людей, которые находились рядом с эпицентром ядерного взрыва в Хиросиме и описывал влияние массовой смерти на выживших[129]. Он нашел, что люди, передвигаясь среди раненых и умирающих, просто перестали чувствовать. Они онемели, у них не было никакого эмоционального ответа на происходящее. Он думал, что такая эмоциональная закрытость через какое-то время слилась с депрессией, которая двадцать лет спустя после падения бомбы проявлялась как чувства вины и стыда за то, что люди пережили взрыв и не испытали никакой боли. Эти люди живут в бесконечном столкновении со смертью, которая обошла их стороной. Они страдают от глубокого крушения веры в большую человеческую матрицу, которая поддерживает жизнь каждого человека. Анестезированное переживание этого события стало для них чем-то таким же чудовищным, как и смерти людей вокруг них, как боль,

которая настолько черна и ошеломляюща, что ее невозможно выстрадать или встретиться с ней лицом к лицу[130].

То, чтобы бомба сотворила в Хиросиме, может направить нас к пониманию суммарного эффекта на общество, которое медицина лишила боли. Боль теряет свой референтный характер, если ее притупить, и порождает бессмысленный, «безвопросный» остаточный ужас. Страдания, которые традиционные культуры научились переносить, иногда выливались с невыносимые муки, мучительные проклятья и обезумевшее богохульство. Но эти страдания ограничивались самими собой. Пришедшее на замену достойному страданию новое переживание – искусственно затянувшееся, тупое и обезличенное существование. Все больше и больше обезболивание, истребление боли превращает людей в бесчувственных зрителей своего собственного разложения.

«НЕМЕЗИДА МЕДИЦИНЫ»: НОВОЕ ПОСЛЕСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ 1995 г.

«Немезида медицины» представляет собой одно из четырех моих эссе, посвященных исследованию того, как современная технология производит самоочевидность определенных видений. Каждый из текстов имеет в качестве демонстрационного объекта одно из больших предприятий новейшего времени, таких, как школа, транспорт и планирование. Я избрал примером медицину в состоянии, характерном для 1970 г., чтобы поговорить о парадоксальном противоречии целей и средств. Я не хотел представить медицину в виде «мальчика для битья», я также не покушался на план медицинской реформы. здравоохранение дало мне возможность показать три различные в основе формы контрпродуктивности: техническую, социальную и культурную. Я хотел исследовать в этой книге то, что объединяет медицину с другими институциональными предприятиями: попытку устранить искусство жизни и страдания, заменив их технологией производства удовлетворения. Я писал против перехода, оркестрованного медициной, стремления к здоровью в парадигму некоей мегатехнологии, позволяющей обойтись без *Conditio humana*.

Четверть века спустя я все еще остаюсь доволен сущностью и стилем книги. Она положила начало технической дискуссии о контрпродуктивности, а также об историчности наших потребностей. Но была у нее и другая заслуга: эта книга помогла вернуть дискуссию медицины в плоскость философии. Я оказался прав, сконцентрировавшись на традициях медицинского подхода к искусству страдания как профилактики против тогда еще не вполне распознанной эпидемии системно имманентной биоэтики.

Но я нахожу также ошибочное при повторном чтении книги. Тогда я понимал «здоровье» кибернетически — как «меру, в какой люди справляются со своими внутренними состояниями и внешними условиями». Когда я писал это, я еще не осознавал, какое обесмысливающее действие в скором времени окажет системно-аналитическое мышление на понимание ощущений и представлений. Я не понимал также, что мои формулировки будут способствовать неправильному пониманию здоровья как саморегулирующего процесса управления. Мне еще предстояли десять лет исследований и ряд семинаров совместно с Барбарой Дуден, посвященных истории восприятия смысла, проблемам пола и дружбе. По этой причине я обеспокоен тем, что большая часть заказов на «Немезиду медицины» — на многих языках — является в настоящее время коллективными заказами для медицинских факультетов. Книгу читают как пример того, что чувственно познаваемое тело можно «снять со счета», понимая себя как саморегулирующуюся и самоконструирующуюся систему, и вопреки этому лишению телесности утверждать, что находишься в рамках традиции, которая принимает важность искусства страдания и искусства умирания.

ПРИЛОЖЕНИЕ ЖАН-ПЬЕР ДЮПЮИ «МЕДИЦИНА И ВЛАСТЬ»

Те, кто умеет умирать, живут свободными.
Карен Бликсен «Из Африки»

Если когда-нибудь существовал мыслитель, целиком сосредоточенный на проблеме отношений власти и жизни и потому представлявший медицину как знание и как власть над жизнью, то это, несомненно – Мишель Фуко.

«Власть вездесуща: она проявляет себя в каждое мгновение в каждой точке, вернее, в каждом отношении между двумя точками», – сказано в его сочинении «Воля к знанию»[131]. Чтобы понять эти слова, нужно помнить, что для Фуко важно было подчеркнуть свое несогласие с марксизмом. Марксистскую концепцию господства Фуко отрицает на двух уровнях. Прежде всего, он отрицает существование властных отношений как таковых, «всеобщей бинарной оппозиции между пользующимися властью и подвластными. (...) Мы повсеместно участвуем в борьбе (...) и в каждое мгновение переходим от бунта к господству, от господства к бунту, – именно эту непрерывную круговерть я и пытаюсь показать»[132]. Об этом Фуко говорил в своих лекциях, прочитанных в Коллеж де Франс в начале 70-х годов. И снова повторял: «Власть не обладает ни всемогуществом, ни всеведением, напротив (...) Само разнообразие властных отношений, систем контроля и форм надзора свидетельствует лишь о бессилии власти»[133].

Однако более всего Фуко отходит от марксизма, когда отказывается признавать положение власти как внешней «надстроечной» силы. Властные отношения «имманентны» всем типам социальных отношений и сами постоянно их порождают. Власть проникает повсюду, и Фуко описывает тонкие механизмы «микрофизики власти», отвергая грубые инструменты исторического материализма.

И все же, как настаивает, например, Пьер Бурдьё, не следует преувеличивать разницу между анализом социальных отношений у Фуко и марксистским анализом властных отношений. В обоих случаях исключается сама возможность интерпретировать власть в терминах права, как это было свойственно классическим правовым учениям и теории общественного договора. Руссо желал «поставить закон над человеком», тогда как Маркс, а вслед за ним Фуко резко возражали против этого: по их мнению, закон не может судить власть, поскольку сам является не чем иным, как инструментом власти и/или господства.

Чтобы понять Фуко, нужно обратиться к его теоретической модели, которая – как убедительно показал Жиль Делез[134] – является ницшеанской. Для автора «Воли к власти» эмпирическая реальность сводилась к понятию «жизни», постоянно изменчивой, никогда не застывающей в каком-либо состоянии, которое можно было бы обозначить как завершение, как цель, как ее *arche* или *telos*. «Жизнь» для Ницше – уникальный концепт, которому он дает исчерпывающую характеристику: «Вот моя формула: жизнь – это воля к власти» (§246). Или еще точнее: жизнь «по самой своей сути – это борьба за все большую власть» (§41). Что это означает? Реальность, т.е. жизнь как единственная форма бытия, доступная нам, (§41) складывается из многообразных проявлений борьбы за власть. Причем для всех столкновений подобного рода характерно то, что они в принципе не имеют завершения. Иными словами, не существует никакого иного способа истолковать происшедшее, как только проследив развитие конфликта в историческом времени. Можно не сомневаться – история «рассудит», т.е. вынесет свое решение. Однако никакие приговоры истории не могут отменить неотъемлемого свойства всякого конфликта – его неразрешимости. Результат борьбы не выводим ни из какого универсального начала, будь то Разум, Природа или что-то еще. В самом общем смысле результатом является различие – то, что отличает победителя от проигравшего, но различие это непостоянно. Оно всегда может быть подвергнуто сомнению, изменить величину и знак, – лишь только

конфликт, разрешившийся лишь условно, возобновится с новой яростной силой.

Иными словами, победитель – кто бы он ни был – всегда прав, а история играет роль «мирового суда». В этой постоянной борьбе проигравшие, испытывают естественное унижение, ревность, зависть, или «рессентимент», если воспользоваться ключевым словом Ницше. Средство лечения, предписанные Ницше[135] для избежания такого нежелательного состояния, известны. Он прибегает к сравнению с врачебной практикой: «Полевой госпиталь для души: что является наилучшим лекарством? Победа». (§14) Индивид должен подавлять чужие воли и всегда выходить из борьбы победителем. Что делать другим, «слабым», тем, кто не способен всякий раз одерживать верх? Лекарство и здесь известно: «Для человечества необходимо, чтобы уродливые, слабые, выродившиеся погибли»[136]. В «Сумерках Богов»[137] та же мысль сформулирована как «мораль для врачей»:

«Больной — паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер, после того как потерял смысл жизни, право на жизнь, должно бы вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредниками в этом презрении, – не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту».

Почему я никогда не был ни ницшеанцем, ни последователем Фуко? Потому что не приемлю в этой философии ее радикальной имманентности. Она не оставляет места ни для чего внешнего – остерегусь сказать «трансцендентного» – ни в жизни, ни в истории. Таков принцип «генеалогического» подхода: ничто не может быть свободно от заданных условий развития. Я же, напротив, полагаю, что борьба за жизнь, присущая миру природы, может возвыситься над собой через акт самотрансценденции посредством человеческой культуры, и что человеческая история, хотя и сотканная из шума и ярости, также может посредством самотрансценденции выйти за свои пределы благодаря тому, что мы называем знаками, нормами, ценностями, правом, этикой и политикой. (К слову сказать, даже в современной «имманентной» биологии, отвлекшейся от изучения жизненных сил, собственно генезис сопровождается эпигенезом).

В начале 70-х, когда Фуко, Делез и некоторые другие с успехом проповедовали ницшеанскую философию жизни, я, тогда молодой исследователь, увлеченный идеями приложения философского метода к конкретным объектам, избрал для своей первой самостоятельной работы тему взаимоотношений врача и пациента. Поводом для нее послужила ситуация, сложившаяся в системе социальной защиты и здравоохранения во Франции. Уже в те годы вызывало беспокойство то, что Франция занимает первое место в мире по потреблению лекарств. Особенную озабоченность внушало увеличение расходов на приобретение медикаментов – более 17% ежегодно – и, прежде всего тот факт, что более чем наполовину этот рост объяснялся неуклонным повышением средней цены на выписанные лекарства – на 10% в год. Эти цифры были следствием стремительного роста фармакопей, чья постоянно обновляемая продукция становилась в среднем много дороже прежней. Почти половина поступлений от продаж фармацевтических товаров приходилась на долю лекарственных средств, появившихся на рынке в предыдущие пять лет. Однако наибольшее беспокойство у руководителей здравоохранения вызывало то обстоятельство, что менее 5% лекарств, заявленных как новые, можно было отнести к действительно инновационным терапевтическим средствам. Большинство же из них создавались из соединения уже известных компонентов или как их производные – и то лишь в тех случаях, когда они не просто воспроизводили существующий продукт, выпускаемый другим производителем под другим названием. Возникал вопрос о причинах столь очевидного расточительства. Быть может, главное здесь – погоня фармацевтических лабораторий за наживой? Или винить следовало также потребителей? Но кто собственно является «потребителем» лекарственных препаратов? Тот, кто их потребляет, но не платит за них, то есть пациент? Или тот, кто выписывает их и тоже ничего не платит, то есть врач? У меня сложилось впечатление, что, выписывая

какой-либо новый препарат, врач как бы показывает пациенту – но даже в большей степени саму себе, – что он внял призыву пациента о помощи, который тот, пусть и в неявной форме, к нему обратил[138]. Как заметил Жан-Клод Бён, «врач никогда не сможет честно исполнить единственную просьбу, с которой пациент к нему приходит и которая звучит примерно так: «Скажите, что я не умру». Удовлетворить эту просьбу врач не может, но он должен услышать ее»[139]. Таким образом, подавая пациенту чисто формальный знак («этот препарат – новый»), врач реагирует на просьбу, которую никак не назовешь формальной.

В эту дискуссию, однако, оказался включен еще один очень авторитетный участник.

В эпоху, наступившую после событий мая 68-го года, индустриальное общество подверглось столь яростной критике, что нынешнему молодому поколению это трудно вообразить. Один из самых сильных голосов принадлежал бывшему католическому священнику, еврею, уроженцу Вены, рукоположенному в кардиналы и затем лишившемуся сана – Айвану Илличу. Он был автором книг, имевших значительный резонанс во всем мире: «Дружественные средства», «Общество без школ», «Энергия и справедливость» и «Медицинская Немезида». В этих работах Иллич, обосновавшийся тогда в маленьком мексиканском городке Кернавака, яростно атаковал индустриальные общества, и его обвинения были подобны ударам хлыста. Главным орудием его критики была концепция контрпродуктивности, которую можно представить формулой, сравнимой по своему неожиданному воздействию с ницшеанскими афоризмами Фуко: развитие основных институтов индустриального общества, начиная с определенного критического порога, становится препятствием для решения тех задач, которым эти институты служат. Медицина начинает подтачивать здоровье, школа отупляет, транспорт обездвигивает, средства коммуникации делают человека глухим и немым, потоки информации уничтожают смыслы, использование ископаемого топлива, приобщая нас к энергии прошлого, грозит уничтожить всякое будущее и, наконец, последнее по порядку, но не по значению – пища индустриальной эпохи превращается в яд.

В основе этих на первый взгляд провокативных утверждений лежит скрупулезный и беспощадный анализ механизмов контрпродуктивности, который можно охарактеризовать следующим образом. Со всякой потребляемой ценностью можно обойтись двояко, выбрав одну из двух моделей ее освоения – автономную или гетерономную. Так, можно учиться, улавливая смыслы в окружающем пространстве, постоянно поддерживая в себе удивление жизнью; а можно обучаться у преподавателя, которому за это платят. Можно находиться в добром здравии, ведя чисто плотную и здоровую жизнь; а можно лечиться у врачей-профессионалов. Можно войти во взаимодействие с окружающим пространством, неспешно осваивая его – пешком или на велосипеде, а можно подойти к пространству инструментально, ставя своей целью преодолеть, миновать его как можно быстрее, благо для этого существуют механические средства. Можно оказать услугу тому, кто просит о ней; а можно сослаться на то, что имеются специальные службы для оказания подобных услуг.

То, что производится при автономном образе жизни, в отличие от продуктов гетерономии, крайне редко может быть измерено, оценено, подвергнуто сравнению или объединено с чем-то другим. Ценности, полученные таким путем, ускользают от внимания экономиста или статистика. Разумеется, речь не идет о том, что гетерономная модель сама по себе – зло, это далеко не так. Важный вопрос, который Иллич имел мужество поставить, касается сочетания двух моделей. Нельзя отрицать, что гетерономный способ производства может оживить автономные возможности. Просто гетерономная модель — это всего лишь окольный путь, цель которого – важно не забывать об этом – все же автономия. Так вот, гипотеза Иллича состоит в том, что «позитивная синергия» двух моделей может существовать лишь при определенных условиях. По прохождении некоего критического порога развития гетерономный способ производства настолько перерождает физическую, институциональную и символическую жизненную среду, что автономные силы

оказываются полностью парализованными. И тут начинает разворачиваться порочный круг, который Иллич и окрестил контрпродуктивностью. Обеднение связей всякого рода: внутри самого человека, между ним и другими людьми, им и окружающим миром – порождает сильнейшие потребности в гетерономных заместителях, которые позволят человеку приспособиться ко все более враждебной среде и одновременно упрочивают сами условия, делающие необходимыми подобные заместители.

Об этом безудержном саморазложении, этой цепной реакции, неподвластной никакому управлению, Иллич считал возможным говорить, лишь апеллируя к религиозной традиции. Люди виновны в гордыне, и ревнивые боги наказывают их, посылая богиню возмездия Немезиду.

В один из своих приездов в Париж Иллич услышал о моей работе по медицине и предложил встретиться. Так началось наше сотрудничество, продлившееся до конца 70-х годов. В частности, я играл главную роль в подготовке французского издания «Медицинской Немезиды», К концу этого периода, после очередного визита в Мексику, я отдалился от Иллича и перестал заниматься философскими аспектами медицины по причинам, о которых скажу ниже.

Вернемся в 2002 год. Имя Иллича, мне кажется, давно и прочно предано забвению; молодое поколение, во всяком случае, практически его не знает. Не то чтобы его идеи утратили свою значимость, скорее наоборот. В сущности Иллич стал жертвой собственного успеха. В свое время он побуждал к размышлению тем, что шокировал аудиторию. Но теперь шок прошел, его идеи стали едва ли не общим местом, по крайней мере, такова видимость. Правда, никто не подозревает, что именно он – автор этих идей. Кто из молодых людей на Западе знает, что понятия «праздничность» и «контрпродуктивность» приобрели свое нынешнее значение благодаря некоему Айвану Илличу? Одним словом, я опасался, что разговор об Илличе в 2002 году может вызвать замешательство или привести к полному непониманию.

Каково же было мое изумление, когда 13 апреля 2002 года вышел специальный выпуск *British Medical Journal*, посвященный медиализации, то есть гипертрофированному месту медицины в обществе, с намеренно скандальным заголовком: «Слишком много медицины? Похоже, что так». И весь выпуск был отдан обсуждению тезисов Айвана Иллича! На следующий день в газете *The Observer* Энтони Броун написал[140]:

«Дети, которых прежде считали трудными, теперь страдают синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Мужчины со слабой потенцией теперь испытывают неудобства от «эректильной дисфункции», которая излечивается маленькой голубой пилюлей. Мужчины в годах, известные своей раздражительностью, как оказалось, вступают в пору «мужской менопаузы» и должны пройти курс гормональной терапии».

Однако на этой неделе врачи также перешли от обороны к наступлению. В специальном выпуске *British Medical Journal*, издании Британской медицинской ассоциации, доктора и ученые-медики попытались повернуть вспять процесс «медиализации» жизни. Люди, которые еще недавно умели справляться со своими проблемами сами, теперь чуть что обращаются за помощью к докторам, – и те решили, что с них довольно. Их донимают не только пациенты, но и созданные теми лоббистские группы, и некритичные средства массовой информации, и производители лекарств, готовые все что угодно объявить «болезнью», требующей лечения.

Врачи опасаются, что медиализация зашла слишком далеко и стала вредить обществу тем, что отдаляет нас от нашей собственной человеческой природы. Из-за нее мы смотрим на себя как на жертв, нуждающихся в лечении и постоянно подверженных то одному, то другому недугу.

В 1976 году писатель Айван Иллич предупреждал в своей книге «Пределы медицины», что «система медицины представляет собой основную угрозу здоровью людей». В то время его восприняли как сектанта, но вот прошло четверть века, и теперь уже сами чиновники от медицины готовы признать его правоту.

Вывод из этих рассуждений заставляет задуматься: «В своей передовой статье ВМЖ заявил, что медицины действительно стало слишком много и что врачам следует побуждать людей справляться со своими проблемами самостоятельно».

Оппоненты не заставили себя долго ждать. 17 апреля врач Майкл Фитцпатрик выступил с ответом[141]:

«Многие приветствовали публикацию, расценив ее как признак осознания медицинским сообществом проблем, возникших в связи с распространением влияния медицины на все более широкие сферы. Однако при более внимательном чтении оказывается, что лидирующий печатный орган британского медицинского сообщества пребывает в состоянии смятения и занят самокопанием, а не обсуждением современных направлений медицинской практики».

И далее:

«Любопытной особенностью специального выпуска ВМЖ является то, сколь большое значение придается фигуре Айвана Иллича и его книге 1975 года «Медицинская немезида». Слова Иллича цитируются или пересказываются в нескольких статьях, и спустя четверть века после публикации его книга даже удостоена восторженной рецензии главного редактора. Ричард Смит признается, что, слушая лекцию Иллича, он единственный раз пережил то, что можно назвать религиозным опытом. И после посещения лекции, прочитанной в Эдинбурге в 1974 году студентам-медикам этим «харизматичным и страстным человеком», утверждавшим, что «основная угроза здоровью людей в мире – это современная медицина», Смит решил бросить медицинскую школу (чтобы вернуться через три дня). В 70-е Иллич недолго был в фаворе у экологов и недовольных студентов, однако влияния на развитие медицины практически не оказал. [Затем он] бесследно исчез. И вот спустя 25 лет Иллич возвращается, и его чествует тот самый медицинский истеблишмент, который был объектом его поношений (и одним из столпов которого, по собственному признанию, стал Ричард Смит). Что же происходит?»

Я не мог не задаться тем же вопросом: что, собственно, происходит? Я знал Иллича, который увлеченно и с каким-то наслаждением потрясал основы медицинского мира, теперь же, в 2002 году, почти через 30 лет, этот самый мир присваивал себе его идеи. Такой поворот представлялся мне весьма подозрительным. И я довольно скоро разгадал секрет этого трюка. Под видом обсуждений идей Иллича о медикализации жизни, нам предлагают идеи Фуко с их центральным вопросом о власти и борьбе за власть. Очевидная подмена!

Беру в судьи читателей. Вот что пишут 13 апреля 2002 года в своей редакционной статье Рэй Мойнихэн и Ричард Смит[142]:

«[Иллич] говорит о необходимости восстановить способность людей ко взаимопомощи. О том, что затем нужно обучать их умению совмещать это с использованием современных технологий.

Его работы увидели свет задолго до появления Интернета, однако именно современная технология в сочетании с налаживающимися партнерством между пациентами возвращает власть от врачей людям. Люди могут брать на себя все большую ответственность, могут более взвешенно оценивать все плюсы и минусы «медикализации» своей жизни».

Далее они продолжают с подкупающей искренностью:

«Врачи и врачебные организации, разумеется, ратуют за увеличение расходов на медицину, поскольку иначе они будут вынуждены платить сами, стараясь соответствовать растущим запросам и не обладая для этого необходимыми возможностями. Несомненно, это является одним из источников недовольства медиков всего мира. И хотя многие считают врачей виновниками медикализации, в действительности именно врачи могут оказаться едва ли не главными жертвами этого процесса. Вот почему читатели ВМЖ с таким интересом восприняли эту тему»[143].

Затем к дискуссии присоединились еще два участника[144]:

«Считается, что врачи обязаны уберечь семьи и общество в целом от столкновения с

неприятными сторонами жизни: старостью, смертью, болью, увечьями. Но у медицины есть свои пределы. [И когда врачей принуждают за них выходить], они не приобретают новую власть и средства контроля, они страдают».

Мойнихэн и Смит резюмируют[145]:

«Не исключено, что некоторые врачи возглавят движение за демедиализацию. Они смогут вернуть власть пациентам, обратить их к взаимопомощи и автономному поведению, /.../ воспрепятствовать зачислению всех жизненных проблем по медицинскому ведомству, развить непрофессиональные виды медицинской помощи и очертить круг проблем, требующих применения сложных методов. Отныне это перестаёт быть программой радикалов».

Все это верно, но ведь это никогда не было и программой Иллича. Спутать илличевское понятие автономии с тем, что Ричард Смит называет «передачей власти (empowerment) пациенту», значит совсем не понимать смысла критики Иллича. На деле мы принимаем образ мыслей Фуко, когда начинаем рассуждать о «власти» над жизнью, о том, что господин, присвоивший себе право «нести смерть», теперь уступает место своей противоположности – «биовласти», «несущей жизнь». Тем самым мы присоединяемся к Делезу, который, ссылаясь на Фуко, пишет, что «жизнь оказывает сопротивление власти, когда власть избирает жизнь своим объектом»[146]. Разница лишь в том, что теперь нет никаких причин сопротивляться, коль скоро медицина сама отказывается от власти и готова «вернуть ее пациентам».

Я попробую восстановить то, что считаю истинным смыслом критических рассуждений Иллича, вращающихся вокруг понятия контрпродуктивности, – прежде всего, в его социальном и символическом аспектах.

Выдающийся биолог Рене Дюбо[147] предложил определять здоровье как автономную личную способность подчинять себе условия собственной жизни, приспосабливаться к неожиданным изменениям в окружающем мире и при необходимости избегать той среды, которая оказывается непригодной для жизни. Я не знаю более наглядной иллюстрации социальной контрпродуктивности медицины, чем следующие строки из старой брошюры о фармацевтической промышленности[148], которые хорошо объясняют, почему Франция и сегодня продолжает побивать мировые рекорды по потреблению психотропных лекарств:

«Нашу эпоху можно назвать беспокойной – но не в старом добром смысле этого слова: теперь каждый должен участвовать в нескончаемом соревновании, где никому не гарантировано, что он сможет удержаться на достигнутом месте. По сравнению с прошлым «стресс» нисколько не ослаб, однако теперь он вызван стремительно растущей требовательностью социума по отношению к каждому своему члену. Чем дальше, тем больше индивиду становятся необходимы такие качества, как трезвый рассудок, бодрость, хладнокровие, быстрые и точные реакции. Люди, которых природа наделила всеми этими качествами, встречаются нечасто. Остальным приходится то и дело глотать транквилизаторы, чтобы поддерживать психологический тонус, необходимый для удовлетворения их амбиций».

И далее, чтобы исключить мнение, будто медицина равнодушно относится к экономической стороне здоровья:

«Все более усложняющаяся экономическая жизнь, девальвация денег, проблема занятости, перенаселенность больших городов и многие другие факторы современной жизни нарушают психосоматический баланс человека и часто вызывают патологические состояния, лечение которых ложится тяжелым бременем на системы социального страхования, а в конечном итоге – на государственный бюджет. Транквилизаторы и седативные средства помогают бороться с этими трудностями и с минимальными издержками поддержать активность тех, кто иначе на время или навсегда выбыл бы из экономической жизни»[149].

Мы знаем, что приемные врачей полны людьми, по сути дела объявившими забастовку –

хотя далеко не всегда трудовую. Есть много иных видов забастовок, не подпадающих ни под какую юрисдикцию. Можно объявить забастовку, протестуя против своего положения мужа, любовника, отца, сына, преподавателя или студента, администратора и т. п. Все это допустимо в рамках такого социального явления, как болезнь. Общество санкционирует ситуацию, при которой с любой проблемой: будь то недомогание, разлад отношений на работе или в семье, трудности у детей в школе и т. д., - можно обратиться в медицинское учреждение. Такого рода обращения чаще всего бывают облечены в форму жалоб на телесное недомогание, причем подысканию соответствующих формулировок активно способствует врач. Это вовсе не означает, что пациент всегда является мнимым больным, а доктор – мошенником. Оба просто играют свои роли в той игре, которую им навязывает социальный и культурный контекст. Болезнь – это приемлемая форма девиантности, но лишь при условии, что она предстает как нарушение в работе организма и ее возникновение не может быть вменено в вину пациенту, а тем более обществу. Болезнь приобрела автономный и самостоятельный характер. Она абсолютно внеположна по отношению к индивиду, его отношениям с социальной средой и всегда внезапно нарушает их живое взаимодействие. Болезнь репрезентирует отклонение от нормы и лежит в основе договора между врачом и пациентом, делая их отношения возможными.

Разбухание медицины приводит к определенным последствиям, а быть может, даже выполняет свою особую функцию: все больше людей начинают думать, что всякое недомогание объясняется нарушениями внутри организма, а не тем, что они демонстрируют здоровое нежелание приспособляться к трудным или невыносимым условиям жизни или окружающей среды. Некоторые врачи выписывают (или выписывали до недавнего времени) средства, будто бы снимающие «синдром городского жителя» или «тревогу по поводу экологии рабочего места». Подобная медикализация недомоганий является одновременно и симптомом, и причиной утраты автономии: у людей больше нет ни потребности, ни желания самостоятельно решать проблемы в своем окружении. Все это облегчает их отказ от общественной борьбы, лишает их способности к противостоянию. В патогенном социуме медицина играет роль алиби.

Такова контрпродуктивность медицины. Правда, Иллич в своей критике идет дальше[150] и здесь теряет поддержку «прогрессистов». Они отступились от него, когда он заявил, что «лечение неизлечимых болезней на ранней стадии приводит лишь к ухудшению состояния пациента: будучи избавлен от диагноза и всяческих процедур, он мог бы две трети отведенного ему врачами срока прожить в хорошем настроении». Как заметил Горц[151], «стало неприличным говорить вслух, что умирать естественно, что существуют и всегда будут существовать смертельные болезни – не случайные поломки, которых можно избежать, но конкретные формы, принимаемые неизбежной смертью». А вот высказывание Ханса Йонаса: «Смерть перестала восприниматься как неотъемлемая часть мира живых существ, в ней видят органический дефект, которого можно избежать»[152].

Итак, мы приблизились к размытой границе, отделяющей природу от политики. Она же разделяет структурную, или символическую, составляющую понятия контрпродуктивности и его социальную компоненту. Может показаться, что эти составляющие разнонаправлены и потому как бы разрывают само это понятие, поэтому необходимо разобраться в их взаимном отношении.

Конструктивно (то есть символически) здоровье человека зиждется на его способности сознательно и автономно справляться – не с вредоносными проявлениями окружающей среды, но с чередой глубоко личных опасностей, от которых люди никогда не избавятся. Это, прежде всего – боль, болезни и смерть. В традиционных обществах эта способность усваивается человеком из культуры, что позволяет ему видеть смысл в своем смертном существовании. Сакральное начало играет при этом ключевую роль. Современный мир родился на развалинах традиционных символических обществ, в которых он не способен усмотреть ничего, кроме деспотизма и иррациональности. Увлеченный демифологизацией, он не может понять, как эти общества очертили человеческую жизнь и

каким смыслом наполнили этот контур. Поместив на место сакрального разум и науку, современный мир не только утратил представление о смысле ограничений, но принес в жертву саму способность искать и находить смысл. Экспансия медицины идет рука об руку с мифом о том, что устранение боли и нетрудоспособности, как и отложенная на неопределенный срок смерть, – цели желанные и достижимые благодаря безграничным достижениям медицины. По-прежнему нерешенным остается вопрос о критическом пороге, за которым начинается контрпродуктивность, законное желание избавиться от боли и нетрудоспособности и отодвинуть смерть как можно дальше, в более преклонный возраст переходит в иллюзию, что эти задачи всегда выполнимы. Можно найти смысл в том, что ты пытаешься искоренить, но не в том, что ты отрицаешь. Переступив известный порог, медицина, наполненная собственными мифами, неизбежно разрушает символическое здоровье.

Марксизм считал первым источником отчуждения человека от природы недостаточно высокий уровень развития производительных сил. Неспособный преодолеть трудности, которые он испытывает при взаимодействии с окружающей материальной средой, подавленный бременем болезни и нужды, человек ищет убежища в мире религиозных предрассудков. Второй источник отчуждения, согласно марксистам, – эксплуатация человека человеком. В этом случае эксплуатируемый также принимает страдания, которым его подвергают угнетатели, за проявление божественной воли и, одурманенный опиумом религии, не решается восстать. В представлении марксистов освобождение человека требует борьбы на обоих этих фронтах – борьбы с природой и борьбы с угнетателями. Анализ структурной контрпродуктивности приводит нас к постановке следующего вопроса: За каким порогом эта борьба во имя освобождения кончается, превращаясь в ребяческое и нелепое отрицание неотвратимого? При каких условиях мистификация зла, которое имеет чисто политические корни, но которому приписывают естественный характер, переходит в свою противоположность, когда неустранимая бренность человеческого бытия и отчуждение от природы перестают быть для человека источниками смысла и попросту отрицаются им, охваченным иллюзией безграничной власти?

Критический подход Иллича никоим образом не венчается призывом к пациенту вернуть себе власть над собственной жизнью, отнятую у него врачами. Работая в 1975 году над своей «Медицинской Немезидой», Иллич и вообразить себе не мог, что спустя 30 лет врачи будут готовы выпустить из своих рук «биовласть», которую он тогда, и это едва ли нужно доказывать, вовсе не думал за ними числить. Как бы предвосхищая редакционную колонку апрельского номера ВМЖ за 2002 год и развернувшуюся вслед за ее появлением дискуссию, Иллич озаглавил интервью, которое он дал 14 сентября 1990 года в Ганновере следующим образом: «Сбережение здоровья – ответственность каждого? Нет, благодарю вас!»[153] В этом интервью он сказал: Модным сегодня самолечению, уходу за собой и даже ответственности за свое здоровье, – замечу, что все три эти формы осуществляют внедрение глобальных систем здравоохранения внутрь человеческого «я» с напористостью категорического императива – противостоит самоограничение. Отказ от гонки за здоровьем представляется нам исходной точкой для такого поведения, которое этически, эстетически и эвдемонически отвечает современному состоянию человека. И я не согласен определять самоограничение как ответственность за самого себя. Как и Оруэлл, я скорее назвал бы его нормой этикета.

И добавил, поясняя сказанное:

Сегодня бессмысленно говорить о здоровье. Здоровье и ответственность сделались по существу чем-то недостижимым с технической точки зрения. Я не понимал этого, когда писал свою «Медицинскую Немезиду», и, может быть, сейчас тоже не уяснил себе этого до конца. Задним числом можно сказать, что было ошибкой понимать здоровье как качество «оставшейся жизни» и как «сопротивляемость стрессовым нагрузкам». Теперь здоровье описывают как способность адаптации к неблагоприятным для человека

генетическим, климатическим, химическим и культурным следствиям экономического развития [...] Было бы политически наивным в новых условиях, когда здоровье и ответственность стали чем-то технически невозможным, пытаться возродить их в качестве составной части чьего-либо индивидуального проекта[154].

Иллич никогда не прерывал творческой работы и постоянно путешествовал по свету, перемещаясь из Германии в Америку, из Мексики в Индию и Японию. Все эти годы, однако, его домом оставалась белая глинобитная хижина в индейской деревушке Кернавака. Пятнадцать лет назад его начал подтачивать рак. Опухоль росла и превратилась в выпирающий бугор на его правой щеке, впрочем, несколько не искажавший его удивительного соколиного облика, но он так и не захотел лечь под скальпель хирурга. Во время всех наших встреч в последние годы он испытывал чудовищную боль, однако это не мешало ему предаваться радостям дружеской беседы или строгой философской дискуссии. Поскольку это выступление задумано как дань памяти Айвана Иллича, хотел бы, заканчивая его, еще раз процитировать самого ученого. Текст, который я сейчас прочитаю, представляет собой финальную часть своеобразного манифеста, которым он заключил свое ганноверское интервью от 19 сентября 1990 года. Этот манифест называется «Гигиеническая автономия».

Я не думаю, что страны нуждаются в специальной государственной политике в области «здравоохранения», которая бы предлагалась гражданам в качестве руководства к действию. Скорее наоборот: граждане нуждаются в силе духа, чтобы признать некоторые несомненные истины, а именно:

- нам не удастся избежать страданий;
- нам не удастся излечить все расстройства организма;
- мы обречены умереть.

Следовательно, будучи разумными существами, мы должны осознавать, что погоня за здоровьем может приводить к расстройствам и заболеваниям. Дело не в том, чтобы найти научные, технические решения проблем здоровья – их, в конечном счете, не существует. Дело в том, чтобы встречать каждый день с сознанием нашей хрупкости и решающей роли случая в человеческой жизни. Есть разумные пределы, за которые привычную «заботу о здоровье» выводить не следует. Нам нужно срочно определить, какие обязанности мы возлагаем на отдельных людей, какие – на общественные институты, и что мы оставляем в ведении государства.

Да, мы испытываем боль, нас сражают недуги, мы умираем. Но мы еще и надеемся, смеемся, веселимся в праздники; мы испытываем радость, помогая друг другу; часто мы получаем лечение и, благодаря самым разным средствам, выздоравливаем. Мы не должны и дальше идти по пути, выхолащивающему человеческие переживания.

Я призываю всех изменить свой взгляд на вещи и свое умонастроение, я призываю оставить заботу о своем здоровье и начать культивировать искусство жизни. Добавлю – не только его, но искусство страдания тоже, как и искусство умирания.

Впрочем, его призыв и сегодня представляется нам двусмысленным. С одной стороны, совершенно очевидно, и это показано в ВМЖ, что в наши дни в целом ряде случаев медицины стало действительно «слишком много». Но с другой стороны, как установить те «разумные пределы», о которых говорит Иллич? Означает ли поиск символического здоровья отказ от заботы о здоровье физическом? В конце концов, мы все знаем на собственном опыте, что такое здоровье – это, как однажды было сказано, такое состояние наших органов, когда они «помалкивают», по крайней мере, на протяжении каких-то периодов нашей жизни. Почему бы нам не стараться продлить это состояние настолько, насколько это возможно? Можем ли мы прочертить «разумные пределы, за которые привычную «заботу о здоровье» выводить не следует», таким образом, чтобы не впасть при этом в пассивную резиньяцию, к которой, как кажется, нас подталкивают радикальные утверждения, сделанные Илличем в 1990 году? Из признания «некоторых несомненных истин» можно сделать разные выводы – размышляем ли мы о том, что «мы

обречены умереть», или о том, что «нам не удастся излечить все расстройства организма», или же о том, что «нам не удастся избежать страданий». Умереть можно по-разному и в разном возрасте, и эти различия – вещь весьма ощутимая. Всех болезней не вылечишь, но некоторые вылечить можно, и этим обстоятельством тоже нельзя пренебречь. И, вне всякого сомнения, облегчить невыносимую боль – значит, изменить качество жизни, даже если мы знаем, что «страдание» как категорию полностью устранить из человеческой жизни, по-видимому, не удастся.

Верно ли, что «забота о своем здоровье» на самом деле противоречит «культивации искусства жизни»? И что столь же важно «культивировать искусство умирания», а тем паче – «искусство страдания»?

Я завершил работу над черновым вариантом этого текста 2 декабря 2002 года, и в тот же день мне позвонил по телефону один из моих немецких друзей. Он сообщил мне, что Айван Иллич только что скончался.

Я выбрал эпиграфом к этому докладу блистательное изречение Карен Бликсен, написавшей в своей книге «Из Африки»: «Свободно живет тот, кто умеет умирать». Айван Иллич умел умирать, и он был свободным человеком.

Оригинал статьи: *Medicine and Power. A Tribute to Ivan Illich*. Jean-Pierre Dupuy. Centre de Recherche en Epistemologie Appliquee, Ecole Polytechnique - CNRS, Paris, France.

Перевод с английского Елены Каменской