

УДК 316.33

«Состояние клиники»: после Фуко**Карпункова Виктория Викторовна**

Аспирант,
кафедра философии,
Дальневосточный федеральный университет,
690922, Российская Федерация, Приморский край, остров Русский, поселок Аякс, 10;
e-mail: vika.karpunkova@mail.ru

Аннотация

Статья посвящена анализу моделей реализации психотерапевтических практик в современном обществе. В качестве аналитического метода выбрана схема, предложенная С.Е. Ячиным, включающая разделение любого вида человеческой деятельности на три базовых уровня – мотивационный, коммуникационный и организационный. В первой части статьи рассматривается классическая дисциплинарная модель психотерапевтических практик, согласно трактовке, данной М. Фуко. Во второй части анализируется переходный этап от дисциплинарной модели к модели контроля. Дается описание различных установок взаимодействия между уровнями организации в классический и переходный периоды, а также, смены самой парадигмы отношений врач-пациент. Статья может быть интересна широкому кругу специалистов как медицинского, так и гуманитарного профилей. Из вышесказанного можно заключить, что при всех тех положительных изменениях, которые произошли в классической психиатрии и статусных отношениях между врачом и пациентом в последние десятилетия (с учетом принятия законов о правах душевнобольных), можно констатировать скорее переходный этап в развитии властных дискурсов психотерапевтических практик, и их постепенную трансформацию в иные формы, нежели полное упразднение прежних контекстов. Не изменив властной сути, институциональная психиатрия и психотерапия изменили свои приоритеты и методы социального взаимодействия. Примечательным является изменение соотношения между уровнями деятельности.

Для цитирования в научных исследованиях

Карпункова В.В. «Состояние клиники»: после Фуко // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2019. Том 8. № 3А. С. 62-71.

Ключевые слова

Безумие, Фуко, психиатрия, клиника, болезнь, общество, дисциплинарное общество, контроль, институционализация.

Введение

Процесс институционализации, то есть социально-нормативного становления психотерапевтических практик, представляет совсем особый интерес для гуманитарных исследований. Классическими работами, посвященными этой теме, являются книги М. Фуко «Психическая болезнь и личность», «История безумия в классическую эпоху», «Рождение клиники», в которых раскрывается как исторически менялось отношение общества к психической девиации, душевной болезни и страданию. Сегодня, продолжая этот подход, важно показать, как в современном обществе формируется соответствующая практика работы с людьми, которые имеют разного рода психологические и психиатрические проблемы. Рассмотрение данной темы является своевременным и актуальным для отечественной науки, так как количество работ, посвященных проблеме философского осмысления психотерапевтических практик, все еще недостаточно (среди них можно отметить работы Е.В. Косиловой, О.А. Власовой и З.А. Сокулер). Вопросы, касающиеся душевных недугов и статуса психиатрических и психотерапевтических пациентов в обществе, сегодня также не теряют своей остроты. Количество душевных недугов возрастает с каждым годом.

Целью статьи является анализ классической дисциплинарной модели реализации психотерапевтических практик М. Фуко, и их современной формы, или модели контроля, описанной Ж. Делезом и другими авторами, через призму подхода, предложенного С. Е. Ячиным, и включающего схему разделения любого вида человеческой деятельности на три функциональных уровня. Уровень мотивации, уровень коммуникации и уровень организации того или иного вида деятельности, будь то семья, университет или клиника.

Между уровнями организации деятельности существует неразрывная связь. Прежде чем быть принятым в институциональной сфере, всякое социальное явление должно иметь и мотив (социальный запрос), и соответствующее коммуникативное выражение. Та или иная институциональная форма может привлекать людей с определенной мотивацией, равно как и мотивация способствует формированию двух последующих ступеней. В разные эпохи и в различных практиках ведущая роль может принадлежать какому-либо из этих уровней. Кроме того, образование своеобразных «зазоров» между ними, или говоря другими словами, различных несоответствий, играет значительную роль. В частности, в психотерапевтических практиках образование подобных «зазоров» весьма выражено и составляет комплекс существенных этических, методологических и правовых проблем. Кризисные явления, охватившие большинство современных институтов, непосредственно связаны с возникновением подобных несоответствий и все еще малым вниманием, уделяемым проблеме противоречия между требованиями социальных организаций, параметрами и формами общения, а также, человеческой «природой» и потребностями [Ячин, 2018, 1399]. Недостаточно изучено влияние нормативных установок на саму ролевую пару врач-пациент.

Несколько авторов уже обращались к схожим вопросам. Е.В. Косилова в монографии «Психиатрия: опыт философского анализа» вводит понятие «психиатрической ситуации», подразумевающее структурированную целостность, постоянно изменяющихся, но в тоже время неразделимых взаимоотношений. Согласно автору, самым важным является структурное разделение на ситуации, происходящие в присутствии больных и без них, а также между врачом и пациентом и только между больными. В каждом из этих случаев происходит смена смысловых контекстов. Взаимосвязь между этими элементами непрозрачна, так как сами элементы неоднородны. [Косилова, 2018, 41]. Нидерландский антрополог А. Мол, подчеркивает структурную

неоднородность медицинского знания. Медицинская система всегда находится в напряжении, где различные версии заболевания существуют в различных плоскостях, в зависимости от того, где разворачиваются медицинские практики: в лаборатории, операционной или терапевтическом отделении. Эти версии находятся в постоянном конфликте и постоянной зависимости [Мол, 2017, 14]. Р. Лэйнг приводит пример коммуникативного «несовпадения» при постановке психиатрических диагнозов, которое является причиной значительных искажений, препятствует пониманию природы душевного недуга и не дает пациенту «быть услышанным» [Лэйнг, 1995, 21]. Американский психиатр Т. Сас в своих работах «Фабрика безумия» и «Миф душевной болезни» неоднократно указывает на социальные аспекты терапевтической ситуации, а также неоднозначность роли врача как арбитра или судьбы в определении болезни [Сас, 2007, 57].

Дисциплинарная модель Фуко

Становление психотерапевтических практик (способов определения понятия «психическая норма», социальных и юридических мер, применяемых для культивирования «нормальности», форм взаимодействия людей, страдающих какими-либо душевными недугами с социумом), как продукт дисциплинарного общества, блестяще описаны М. Фуко. Этот процесс охватывает довольно длительный период – с XVII по XX вв. Классическая модель, к которой обращается автор, прежде всего характеризуется образованием закрытых изоляционных пространств. Таким пространствам свойственны жесткие границы (включая как символические, так и реальные свойства пространства), внутренняя разграниченность, иерархия, строгий внутренний распорядок и различные своды правил, концентрированность, невозможность свободного выхода и перемещения за пределами отделенной области. Между пространствами одного порядка возможно наличие преемственности. Индивид может быть помещен или передан из одного закрытого поля в другое.

Доступ к «клинической» информации, для исключенных из «нормального» общества и помещенных в эти пространства индивидов, как правило закрыт. Однако, сама дисциплинарная система обладает правом сбора и систематизации информации об индивиде, а также правом его помещения в классификационный контекст и присвоения ему того или иного ярлыка. Фуко дает название этому явлению, как «власти-знанию» (ярким примером здесь могут служить медицинские записи в карте больного и постановка диагноза, врачебный терминологический аппарат, регулярные осмотры и т.д.).

Такой модели была в итоге подчинена не только медицинская сфера. Всякая воспитательная или карательная, и даже трудовая сфера, действовала по этим основным принципам. Каждое из закрытых пространств реализовывало функцию надзора и призрения «неразумных, несамостоятельных, нуждающихся в опеке и наставлении». «Клиническое» и классифицирующее знание об индивиде имела каждая из этих структур, и несомненно, здесь между клиникой, тюрьмой, армией, школой или фабрикой прослеживаются вполне очевидные аналогии [Фуко, 2016, 273].

Так, по мнению Фуко, создавались технологии власти и в последствии терапии, охватывающие в итоге каждого члена социума. Новому общественному мышлению, начавшему складываться в XVII веке, было свойственно подчинение сортирующему индивидов организационному уровню и, вслед за этим, рассмотрение человека, как объекта воспитания и послушания. Приюты для умалишенных часто располагались на месте бывших лепрозориев, куда отправлялись люди признанные «неразумными», то есть не собственно умалишенные, а

все, кто вел неподобающий образ жизни: нищие, бродяги, мошенники, венерические больные и т.д. Безумие вошло в ряд этих неблагоприятных способов существования, как деяние, находящееся на границе непослушания и греха. Изобретение изоляции заменило досрочное отпевание и балахон прокаженного для тех, кто не хотел, или не мог быть трудоспособным в развивающемся индустриальном обществе.

Согласно Фуко, институт изоляции обслуживал следующие государственные нужды – уменьшение бедности и безработицы (исходя из более объективной оценки, их сокрытие или маскировка), а кроме этого, экономическую потребность в перераспределении рабочей силы, что позволяло контролировать рост цен, если он становился слишком быстрым. Безработных и неразумных поглощали приюты, а затем происходило их принудительное распределение по мастерским. За критериями «нормальности» и «ненормальности» закрепляется таким образом социальный контекст, где социум стремится создавать, воспитывать и перевоспитывать послушного, «правильного» индивида [Фуко, 2010, 91].

XVIII век принес новую трактовку понятию безумия. Из сферы преступления оно переходит в медицинскую сферу (что, впрочем, не облегчает участи самих больных). За психической болезнью окончательно устанавливается пространство в социуме, в котором она обитает, а также медицинские обоснования, формирующие множество языковых конструкций и абстракций, символических значений, которыми определяется болезнь. Главным знаком, определяющим болезнь, становится симптом, а сама клиника – полем естественно-научного знания, складывающегося на базе метода непосредственного наблюдения за болезнью [Шестерекова, 2014, 54]. Формируется своеобразная медицинская риторика, а также терминологический аппарат, обслуживающий клинику [Фуко, 2010, 115].

Фуко приходит к выводу, что параллельно эволюции знания о человеке идет и непрерывное развитие технологий наблюдения за личностью, жизнью, телами людей и усложнение механизмов реализации этой власти. Власть осуществляет себя преимущественно не посредством стратегий последовательного достижения заранее предусмотренных целей, а в принятии отдельных частичных решений, постепенно все ниже спускающихся от организационных структур к частной жизни и мотивационной сфере каждого. Масштабные стратегии власти в этих случаях всегда оказываются анонимными [Сокулер, 2001, 58].

Классическая дисциплинарная модель, как следует из рассмотренных выше признаков, предполагает ведущее положение для институционального уровня организации человеческой деятельности. Нормативно-принудительные механизмы обуславливают создание определенной мотивации (человек вынужден «полюбить» то, что является его социальной данностью). Осуществление этих целей отправляется посредством соответствующих коммуникационных средств: медицинской терминологии, различных проверок и оценок, исключающих непосредственное понимание безумия и, как отмечает в дальнейшем Т. Сас, при активной помощи специальных агентов дисциплинарной власти или экспертов [Сас, 2007, 77].

Тем не менее мотивационный уровень также оставался достаточно активным, Т. Сас приводит пример средневековых отношений между инквизиторами и их жертвами – «колдунами» и «ведьмами». Эту же схему он переносит на дисциплинарную психиатрию. По мнению автора, роль ведьмы творила не только институциональная система инквизиции, но и люди, верившие в эти роли, а, следовательно, и приписывающие их другим и даже в некоторых случаях самим себе.

В книге «Фабрика безумия» ярко описываются отношения взаимозависимости всех уровней организации феномена инквизиции (Сас ведет в нем прямого предшественника

институциональной психиатрии). С одной стороны, всегда существовали люди, так или иначе вызывающие раздражение у окружающих (поведением, родом деятельности, внешним видом и т.д.), и в эпоху охоты на ведьм они помимо своего желания подвергались соответствующим институциональным мерам, с другой стороны, поскольку образы колдуна и ведьмы утверждались посредством экспертных мнений и институционально закреплялись, бывали случаи самообвинения и добровольного принятия подобной участи. В рамках институциональной психиатрии происходит то же самое. Существует разделение на пациентов «недобровольных», которым роль душевнобольных приписана существующими стандартами нормальности и заверена экспертной оценкой, и пациентов намеренно готовых признать себя душевнобольными, чтобы получить психиатрическую услугу, которую они желают по каким-либо причинам. Однако основная ответственность за печальную судьбу индивидов в дисциплинарном обществе, тем не менее, по большей части принадлежит организационному уровню [Сас, 2007, 22].

От дисциплинарности к контролю

Дисциплинарная модель Фуко просуществовав длительное время, тем не менее, неизбежно вошла в стадию кризиса. Она уступила место новым тенденциям и спецификам. Модель общества, по сути, не является больше дисциплинарной, в классическом описании, данном Фуко. Кризисы и реформы охватили все структуры: школы, трудовые организации, больницы и даже самую малую ячейку дисциплинарного воспроизводства - семью. Тем или иным изменениям подлежит образование, промышленность, медицина, армия, тюрьма.

После волнений 60-ых годов, когда неуправляемая волна критики накрыла все социальные институты и потрясла самые основы институциональной системы [Рошак, 2014, 17], некоторый возврат к традиционной модели был только видимым. Не замедлившие сказаться перемены разрушили, либо размывали неподвижные границы дисциплинарных полей, хотя напряженность властных отношений отнюдь не ослабла, а лишь приобрела иные формы.

Характерные изменения затронули все выделенные Фуко в дисциплинарной модели аспекты: пространство, знание, специфический язык, социальный статус болезни, механизмы принуждения, а также, коснулись и характера взаимоотношений между уровнями организации человеческой деятельности. Ж. Делез пишет: «Контроль» – вот слово, которым Берроуз предлагает назвать нового монстра, а Фуко признает за ним наше ближайшее будущее» [Делез, 2004, www]. Описанная Фуко система, находится в стадии перехода к новой модели, модели тотального контроля. Практики разграничения, закрытости и инвариантности сменяют иные механизмы. Делез трактует их так: «...ультраскоростные формы контроля в открытом пространстве, которые заменили собой старые дисциплинарные методы, действующие всегда в рамках закрытой системы» [Делез, 2004, www]. Согласно предыдущей модели пространства изоляции (интернаты, школы, клиники и диспансеры и т.п.), прохождению через которые подвергался индивид, по сути, представляли собой некие независимые переменные. В ограниченном поле каждой из них, индивид всякий раз был принужден начинать все заново (несмотря на то, что некоего рода «клиническая» и терминологическая преемственность в них естественно осуществлялась), и дисциплинарное пространство власти было разбито на автономно функционирующие поля. Отличие модели контроля от дисциплинарной состоит в том, что она, напротив, подразумевает различные вариации одной и той же, непрерывной и неделимой системы, в которой структурными компонентами являются не ограниченные поля, а

изменяемые переменные. Трансформации здесь происходят постоянно, сверхбыстро и непрерывно, а взаимоотношения между уровнями деятельности беспрецедентно текучи и взаимопроникающи. В обществе контроля нет места замкнутости и система деформации универсальна – ничто и никогда не кончается. Корпорация, образование, службы здравоохранения и т.д. являются метастабильными состояниями, которые могут существовать рядом друг с другом в рамках одной и той же модуляции. Символическому аспекту изменений соответствует и чисто физический аспект, так как позиции, занимаемые относительно физического пространства, также имеют ментальный контекст. Социальное всегда стремится реализоваться в материальном [Бурдые, 1993, 31]. Начавшееся в прошлом веке становление так называемой «малой психиатрии» (в первую очередь благодаря открытию метода психоанализа), привело к выходу психотерапевтических практик за стены лечебниц. Амбулаторное лечение, эпизодическая психотерапия, онлайн консультации и семинары, все это позволяет психотерапевтическим практикам интегрироваться в обыденную жизнь и разрушить непреступные стены лечебниц, как в прямом, так и в переносном смысле, а также распространить эти практики на те сферы человеческой жизнедеятельности, которые раньше не были ими охвачены [Шелестюк, 2014, 84].

Психологические тестирования и экспертизы прочно вошли в современную жизнь. В дисциплинарном обществе власть традиционно прибегала к манипуляции лозунгами. Общество контроля берет на вооружение различные сверхмобильные шифры и коды. Путем их активного применения осуществляется как дихотомия доступа-отказа, так и процессы отбора и сортировки. Согласно пояснению, данному Ж. Бодрийяром в работе «Символический обмен и смерть», через посредство тестирований и опросов, в современную повседневность вторгаются кодовые механизмы. Они реализуют бинарные схемы – «стимул-ответ» / «вопрос-ответ». Обдуманый выбор в этом случае поглощается уже заранее предвосхищенным ответом и в определенном смысле являясь ультиматумом. Никто на самом деле не вопрошает, а исподволь внушает символический смысл [Бодрийяр, 2015, 136]. Социальный контроль заключен в этом бесконечном, дробящемся поле непрерывного тестирования от одной социальной модуляции к другой. В обществе контроля нет возможности ускользнуть от экспертизы. Интерпретация результатов выносит вердикт о соответствии, либо не соответствии, и как результат, о возможности доступа к определенным благам и статусам. Поле тестирований и проверок растет, охватывая все больше социальных структур. В ряде случаев их проведение доверено машинам. Внимание заостряется на мгновенной реакции «да», либо «нет», без учета иных контекстов. Результаты тестирования, оформленные в цифровом, текстовом или графическом видах, представляются как аргумент в диалогах, спорных вопросах или притязаниях на социальные блага, используются как репрезентация личности.

Кроме этого, «кодового» акцента в обществах контроля более чем значительное место занимают экономические контексты. Краткосрочность операций и быстрота прибылей (в том числе и символических), высокая степень ответственности каждого индивида за его собственную успешность – вот новые тенденции современного мира. В обществах контроля человек перестает быть заключенным, теперь он должник. Само здоровье и жизнь человека, его психические и физические качества трактуются как капитал [Фромм, 2015, 165-209], что неизбежно является причиной укоренения новых ценностей и стандартов «хорошей жизни», иных, чем в дисциплинарном обществе контекстов «нормальности». Таких как культ здорового образа жизни, молодости, индивидуального счастья и благополучия (при всей неоднозначности этих понятий), как можно более долгой и комфортной жизни. Человеку вменяется в обязанность

обладать хорошими данными, быть успешным и эффективным, быть молодым, счастливым [Дорцен, 2017, 101]. Культ здорового образа жизни не только порождает ряд системных решений в обществе, но и создает новые антагонизмы, между яркими поборниками и теми, кто не может или не желает ему следовать (болезненно тучные люди, курильщики и т.д.), равно как на этом фоне значительно расширяется перечень зависимостей и отклонений от нормы [Яцино, 2012, 108]

На индивида возлагается ответственность не только за собственное здоровье, но и за «хороший вклад ресурсов». Здоровье больше не подразумевает только отсутствия симптомов, но и отличный внешний вид, успех в деловом и личном аспектах, высокую самооценку – как хорошо помещенный капитал. Современный психотерапевтический и/или даже психиатрический пациент находится в эпицентре наложения профилактики, потребления и идеологии «здорового образа жизни/абсолютного счастья». Способ восприятия через эту призму полностью определяет судьбу индивида как его личное достижение, находящееся в его власти. Таким образом формируется уверенность в полной нейтральности системы по отношению к индивиду [Яцино, 2012, 270]. В дисциплинарной модели индивиды собирались и управлялись, и вместе с тем моделировались, вне доступа к специфической информации. Современное толкование медицинских аспектов жизнедеятельности в категориях профилактики вызывает у индивидов, как уже было сказано выше, чувство высокой ответственности за свое здоровье и образ жизни. Современный пациент имеет широкий доступ к различным типам информации. Его деятельность и мобильность заключается в чутком отношении к результатам экспертизы и поискам новых экспертиз (как возможности уточнения и сравнения), а зачастую и альтернативных путей лечения. Как отмечает М. Яцино, сегодняшний пациент превращается в клиента, или, иными словами, пациента, имеющего «квалификацию», гарантированную коммерциализацией медицины. Таким образом, попадая в лавину информационного потока, с одной стороны, он становится «архитектором» собственной жизни и здоровья. Что, превращает его в «причастного» системе и лишь способствует реализации властных дискурсов. Примером может служить положение, сложившееся в отношении антидепрессантов и популярных диет (сюда же относятся различные тренинги, платные оздоровительные программы). Экономический аспект здесь сливается с частным стремлением к улучшению жизни, получению «гарантированного» счастья и избеганием страдания любыми средствами. «Хорошо мотивированный» пациент задает вектор организационному уровню, поскольку на соответствующие услуги есть спрос. С другой стороны, пациент все так же неизменно нуждается в толкованиях экспертов и объяснении причин своих заболеваний. Медицинские заключения, таким образом, по-прежнему имеют контекст социального суждения. В какой-то мере во власти медицинских практик остается возможность классифицировать запутавшегося в обилии информации пациента. Таким образом в современном обществе статус больного довольно противоречив. При повсеместном доступе к открытой информации он в полной мере не является субъектом, действующим самостоятельно в этом потоке. Это положение особенно ярко проявляется в вопросах, касающихся назначения лекарственных средств (в частности, психиатрических препаратов). Притом, что в медицинской этике и биоэтике давно укрепилось понятие *информированного согласия* (на котором так горячо настаивал Томас Сас) пациент далеко не всегда находится в положении объективно знающего, а, следовательно, и способного принять взвешенное решение относительно способов лечения для себя или для своих близких [Русина, 2009, 146-151]. В этом контексте и разворачивается одно из наиболее очевидных напряжений между уровнями организации. Примером может

служить ситуация, описанная коллективом следующих авторов – Дж. Рид, Л. Р. Мошер, Н. П. Бенталл в работе «Модели безумия». Они подвергают серьезной критике практики применения психиатрических препаратов без озвучивания их побочных эффектов и при содействии фармацевтических организаций. «Фармацевтические корпорации спонсируют заболевания и пропагандируют их среди врачей и среди потребителей...», «социальное устройство заболевания заменено его корпоративным устройством», отмечают они [Лорен, 2008, 145]. При помощи средств коммуникации, рекламы и врачебной риторики происходит искажение действительных смыслов и их подмена.

Заключение

Из вышесказанного можно заключить, что при всех тех положительных изменениях, которые произошли в классической психиатрии и статусных отношениях между врачом и пациентом в последние десятилетия (с учетом принятия законов о правах душевно больных), можно констатировать скорее переходный этап в развитии властных дискурсов психотерапевтических практик, и их постепенную трансформацию в иные формы, нежели полное упразднение прежних контекстов. Не изменив властной сути, институциональная психиатрия и психотерапия изменили свои приоритеты и методы социального взаимодействия. Примечательным является изменение соотношения между уровнями деятельности. Уровень организации, имевший безусловный авторитет для дисциплинарной модели, уступил свое место мотивационному уровню (не теряя при этом властных эффектов, но сменив *hard power* на *soft power*). Мотивация стала ключевым узлом современной риторики. Взаимодействие с болезнью более не является исключительным делом институтов и не зависит в полной мере от экспертизы. Профилактика, как мотивация к успеху играет значительную роль, и непосредственно связана с понятием стиля жизни. Обращение к врачу или прием лекарств, посещение психотерапевтических собраний стали способами достижения счастья и «аккумуляции» здоровья как ресурса. Высоко мотивированный индивид, правильно, и главное, самостоятельно, осуществляющий контроль над своей жизнью, является характерным представителем современного общества, в котором системе больше не приписывается тотального влияния на его судьбу, а высокие стены «клиники» переместились внутрь самого индивида.

Оценить степень дальнейших последствий и эффектов современных условий «игры» в психотерапевтических практиках сегодня представляется довольно сложным. Провести совершенно четкую разделительную линию между дисциплинарной моделью и моделью контроля также невозможно. Ряд дисциплинарных признаков все еще функционирует в новой структуре, что особенно характерно для отечественной медицины. Возможно, кульминацией модели контроля станет развитие, в ближайшем будущем, нейронаук и когнитивных наук, способных беспрецедентно изменить все дискурсы. Это особенно важно с учетом больших возможностей успешного лечения заболеваний и улучшения качества жизни, способных привести к столь же масштабным социальным последствиям и эффектам. Таким образом, затронутые в статье вопросы подлежат дальнейшему активному исследованию и обсуждению.

Библиография

1. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. М., 2015. 392 с.
2. Бурдьё П. Социология политики. М., 1993. 336 с.
3. Делез Ж. Post scriptum к обществам контроля. URL: <https://aitrus.info/node/754>

4. Дорцен Э. Психотерапия и поиски счастья. М., 2017. 296 с.
5. Косилова Е.В. Психиатрия: опыт философского анализа. М., 2018. 272 с.
6. Лорен Д.Р., Мошер Р.П., Бенгал Р.П. Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. Ставрополь, 2008. 411 с.
7. Лэйнг Р.Д. Расколотое Я. М., 1995. 352 с.
8. Мол А. Множественное тело: Онтология в медицинской практике. Пермь, 2017. 254 с.
9. Рошак Т. Истоки контркультуры. М., 2014. 380 с.
10. Русина Н.С. Правовые проблемы ненадлежащего оформления добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство // Актуальные проблемы российского права. 2009. №3. С. 146-151.
11. Сас Т. Миф душевной болезни. М., 2010. 421 с.
12. Сас. Т. Фабрика безумия. М., 2007. 512 с.
13. Сокулер З.А. Знание и власть: наука в обществе модерна. СПб., 2001. 240 с.
14. Фромм Э. Здоровое общество. М., 2016. 448 с.
15. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. М., 2010. 704 с.
16. Фуко М. Надзирать и наказывать. М., 2016. 416 с.
17. Фуко М. Рождение клиники. М., 2010. 252 с.
18. Шелестюк Е.В. Москвина Е.А. Концептуальный состав американского популярно-психологического дискурса // Вестник Челябинского государственного университета. 2017. № 9 (405). С. 83-95.
19. Шестерекова О.А. Антропологический статус безумия в культуре и зарождение психиатрии // Теория и практика общественного развития. 2014. № 10. С. 54-58.
20. Яцино М. Культура индивидуализма. Х., 2012. 280 с.
21. Ячин С.Е., Деменчук П.Ю., Минеев М.В. Институализация коммуникативных и жизненных практик в обществах современного типа (Введение в исследовательскую программу) // Креативная экономика. 2018. Т. 12. № 9. С. 1399-1416.

The state of the clinic: after Foucault

Viktoriya V. Karpunkova

Postgraduate, Department of philosophy,
Far Eastern Federal University,
690922, 10, Ajax bay, Russky island, Primorsky Krai, Russian Federation;
e-mail: vika.karpunkova@mail.ru

Abstract

This article describes the main models for the implementation of psychotherapeutic practices in modern society. The research of this theme is very important, as the level of mental diseases in the modern world is constantly growing. The dependence of mental illness on social and spiritual contexts is quite significant. The studying of the phenomenon of madness needs an interdisciplinary approach. Including a philosophical understanding of this problem. And the number of philosophical works devoted to this problem in Russia is not sufficient. The theoretical basis is the work of M. Foucault, J. Deleuze, and other authors. For the methodological basis, the scheme proposed by S.E. Yachina. This scheme includes three functional levels for human activity. Level of motivation, level of communication and level of organization (institutional). This scheme is relevant for the consideration of the clinic. The first part of the article describes the classic disciplinary model of Foucault. The main features of the disciplinary model and its main historical milestones are considered. The second part describes the current transitional stage from the disciplinary model to the control model. Since the classical disciplinary model, described by Foucault, is not unchanged and came to the crisis. The text also describes the main features of the transition model. The article

analyzes the relationship between the levels of human activity in each of these periods. The text may be of interest to specialists in various fields of knowledge.

For citation

Karpunkova V.V. (2019) «Sostoyanie kliniki»: posle Fuko [The state of the clinic: after Foucault]. *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being], 8 (3A), pp. 62-71.

Keywords

Madness, Foucault, psychiatry, clinic, illness, society, disciplinary society, control, institutionalization.

References

1. Baudrillard J. (1993) *Symbolic Exchange and Death*. Sage Publications.
2. Bourdieu P. (2010) *Sociology is a Martial Art*. The New Press.
3. Deleuze J. (2006) *Post-scriptum sobre las sociedades de control*. Available at: https://www.researchgate.net/publication/26462816_Post-scriptum_sobre_las_sociedades_de_control [Accessed 06/06/2019]
4. van Deurzen E. (2008) *Psychotherapy and the Quest for Happiness*. SAGE Publications Ltd.
5. Foucault M. (1995) *Discipline & Punish: The Birth of the Prison*. Vintage Books.
6. Foucault M. (2006) *History of Madness*. Routledge.
7. Foucault M. (1994) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Vintage.
8. Fromm E. (1990) *The Sane Society*. Holt Paperbacks.
9. Kosilova E.V. (2018) *Psikhiatriya: opyt filosofskogo analiza* [Psychiatry: an experience of philosophical analysis]. Moscow.
10. Loren R., Mosher R., Bentall R. (2004) *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Routledge.
11. Laing R. (2010) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin.
12. Mol A. (2003) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
13. Roshak T. (2014) *Istoki kontrkul'tury* [The origins of the counterculture]. Moscow.
14. Rusina N.S. (2009) Pravovye problemy nenadlezhashchego oformleniya dobrovol'nogo informirovannogo soglasiya patsienta na meditsinskoe vmeshatel'stvo [Legal problems of improper execution of a patient's voluntary informed consent for medical intervention]. *Aktual'nye problemy rossiiskogo prava* [Actual problems of Russian law], 3, pp. 146-151.
15. Shelestyuk E.V. Moskvina E.A. (2017) Kontseptual'nyi sostav amerikanskogo populyarno-psikhologicheskogo diskursa [The conceptual composition of the American popular psychological discourse]. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Chelyabinsk State University], 9 (405), pp. 83-95.
16. Shesterekova O.A. (2014) Antropologicheskii status bezumiya v kul'ture i zarozhdenie psikiatrii [The anthropological status of insanity in culture and the emergence of psychiatry]. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya* [Theory and practice of social development], 10, pp. 54-58.
17. Sokuler Z.A. (2001) *Znanie i vlast': nauka v obshchestve moderna* [Knowledge and power: science is modern in society]. St. Petersburg.
18. Szasz T. (2010) *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper Perennial.
19. Szasz T. (1970) *The Manufacture of Madness*. Delta Books.
20. Yachin S.E., Demenchuk P.Yu., Mineev M.V. (2018) Instutualizatsiya kommunikativnykh i zhiznennykh praktik v obshchestvakh sovremennogo tipa (Vvedenie v issledovatel'skuyu programmu) [The institutionalization of communicative and life practices in modern societies (Introduction to the research program)]. *Kreativnaya ekonomika* [Creative Economics], 12, 9, pp. 1399-1416.
21. Yatsino M. (2012) *Kul'tura individualizma* [Culture of individualism]. Kharkov.