

УДК 316.33

DOI: 10.34670/AR.2022.24.63.008

Институциональный кризис: имеет ли он место быть в области медицинских практик?

Ячин Сергей Евгеньевич

Доктор философских наук, профессор,
Дальневосточный федеральный университет,
690091, Российская Федерация, Владивосток, ул. Суханова, 8;
e-mail: yachin.se@dvfu.ru

Карпункова Виктория Викторовна

Аспирант,
Дальневосточный федеральный университет,
690091, Российская Федерация, Владивосток, ул. Суханова, 8;
e-mail: vika.karpunkova@mail.ru

Аннотация

Исходя из теоретического допущения, что современное общество характеризуется усилением противоречия между системой социальных институтов и жизненным миром человека и возникающим при этом институциональным кризисом, авторы дают характеристику тех проблем, которые возникают в области современной медицины, акцентируя особое внимание на психиатрических практиках. Развивая идеи жизненного мира Ю. Хабермаса и биополитики М. Фуко, авторы предлагают рассматривать институциональный кризис с позиции многослойности модусов человеческого существования. Источник кризиса проясняется, если понимать, что в любом модусе имеется три смысловых слоя – мотивированного желания, коммуникативно сформированного умения и нормативно установленного права или обязанности. В области поведенческой медицины эта многослойность представлена в логике и последовательности мотива личной заботы о здоровье, коммуникативно сформированных знаний о состоянии здоровья и умении справляться с недомоганиями и социальными институтами здравоохранения. Институциональный кризис в современной медицине вызван вторжением требований жизненного мира в сложившуюся систему государственного здравоохранения. Общая тенденция состоит в гуманизации институтов, выраженной в том числе в том, что клиника воспринимает больного уже не столько как пациента, сколько как клиента.

Для цитирования в научных исследованиях

Ячин С.Е., Карпункова В.В. Институциональный кризис: имеет ли он место быть в области медицинских практик? // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2022. Том 11. № 3А. С. 41-49. DOI: 10.34670/AR.2022.24.63.008

Ключевые слова

Институциональный кризис, поведенческая медицина, жизненный мир, биополитика, М. Фуко, Ю. Хабермас.

Введение в проблематику институционального кризиса

Многие симптомы указывают на обострение противоречия между *Системой* и жизненным миром, на определяющий характер которого для обществ современного типа указал Ю. Хабермас. Суть этого противоречия, согласно ученому, коренится в конфликте, возникающем на стыке «жизненного мира» и «системного мира», т. е. в несоответствии институциональных структур общества, ориентированных на воспроизводство системного порядка, запросам непосредственных жизненных практик и образа жизни современного человека, ориентированным на развитие личности [Хабермас, 2011]. Социальные институты (учреждения, отвечающие за воспроизводство системного порядка в обществе) уже не способны целиком охватить «сетевую» сложность тех жизненных отношений, в которые непосредственно вступают люди. Достаточно яркую картину неспособности *Системы* навести институциональный порядок в стихии жизненного мира дает та реакция, которой *Власти* ответили на последнюю пандемию. Отвечая на ее вызов в логике «чрезвычайного положения» [Агамбен, 2011, 8], государственная власть тем самым признается, что ее институты не могут справиться с грузом возникших проблем, перекладывая их на плечи граждан. (Именно в свете «неспособности навести порядок» следует увидеть разного рода ограничения на действия людей, которые необходимы для удовлетворения их жизненных потребностей: решайте эти проблемы сами – говорит *Власть*).

Институт медицины (как системы государственного и включенного в него лицензионного здравоохранения), быть может, является самым показательным примером того, что мы предлагаем называть институциональным кризисом. В рамках темы данной статьи важным представляется вопрос о том, каким образом подобный кризис находит свое концептуальное выражение. Показательной является позиция М. Фуко, которую он представил в одном из курсов лекций, пересматривая свое прежнее понимание институционализации: «Теперь понятие института не кажется мне подходящим. <...> Иначе говоря, прежде институтов следует рассматривать силовые отношения в рамках тех тактических диспозиций, которые пронизывают собой эти институты» [Фуко, 2007, 29]. Фуко приходит к выводу о необходимости изучения не только дисциплинарных практик, довлеющих над индивидами, но и тех внутренних токов и сетей, тех «поединков», которые имеют место внутри каждого институционального поля. На невозможность рассматривать современные институты с позиции классической дисциплинарности указывал и Ж. Делез: «Мы все находимся в стадии всеобщего кризиса всех пространств изоляции – тюрьмы, больницы, завода, школы, семьи...» [Делез, 2004, 227]. В обществах современного типа, при всей отчетливости стремления государства взять под контроль человеческие тела, обнаруживаются четкие тенденции противодействия этим попыткам либо запросы на трансформацию институциональности.

Во всяком случае обнаруживается материал, который с трудом поддается включению в логику легитимации. Об этом говорил Э. Гоффман, характеризуя тотальный характер институтов. Какой бы стабильной ни была *Система* и какими бы суровыми ни были ее требования, предъявляемые к человеку, всегда формируется встречное движение противодействия. В радикальной форме это может выражаться в открытом пренебрежении нормами и правилами, в более мягких формах это выработка приспособительных стратегий взаимодействия с *Системой*. Иными словами, существует достаточно большой разрыв между тем, что организация ожидает от индивида, и тем, что он делает в действительности. В

медицинской сфере на сегодняшний день это положение можно проиллюстрировать значительным количеством примеров.

Реалии современной медицины

Отмеченная выше симптоматика институционального кризиса, как она понимается рядом исследователей, может быть проиллюстрирована тем фактическим положением вещей, которое непосредственно наблюдается всеми, кто имеет дело с медицинскими учреждениями и типичной для них практикой. Например, пациенты закрытых медицинских учреждений в одиночку или коллективно могут вырабатывать различные способы обойти нормы и правила заведения либо их саботировать, то, что Гоффман называет «подпольной жизнью института», функционирующей подобно теневому миру больших городов [Гоффман, 2019, 230]. Относительно медицинских услуг открытого типа и в целом терапии можно наблюдать похожие тенденции. В современных социологии и антропологии медицины для описания этих явлений используются термины «приверженность лечению» и «комплаентность», т. е. готовность пациента подчиняться принятым стандартам лечения. В связи с этим усилия врача как представителя институциональной медицины направлены на убеждение пациента в эффективности лечения и предпочтительности того или иного метода, а также необходимости последовательности выполнения медицинских процедур [Жура, 2008, 104].

Кроме того, наряду с понятием информированного согласия, возникшем во второй половине прошлого века, появляется и понятие об информированном пациенте, имеющем сведения о лечебных и диагностических процедурах из открытых и конкурирующих источников. Такие пациенты способны не только осуществлять самостоятельную деятельность по выбору тех или иных учреждений, методов и режимов, но и формулировать запросы и «требования» к получению медицинских услуг. На примере последней пандемии достаточно ярко обнаружилось, что в то время, как властные структуры стремятся реализовать контекст чрезвычайного положения как способа управления индивидами, сами индивиды готовы не только пассивно смириться с приостановкой своих свобод, но и потребовать определенной реакции институтов, исходя из собственных представлений.

Нередки случаи, когда пациент, приходя на прием к специалисту, уже имеет «собственный» диагноз, конкретные просьбы и запросы [Яцино, 2012, 148]. Врач больше не выступает в роли носителя непререкаемого экспертного мнения о различных недугах и теряет свой ореол медиума истины в конечной инстанции. Пациент может сам выбирать из предложенных средств лечения или исследования (например, по ценовому параметру), часто имея возможность обращаться за медицинскими услугами без направления, посещения смежных специалистов по своему усмотрению.

В различных социальных сетях в последнее время формируются сообщества и открытые чаты, где люди самостоятельно обсуждают свои недуги, способы желательного взаимодействия с врачами и медицинской сферой в целом, делятся опытом противодействия тем или иным институциональным требованиям.

В ряде случаев эти встречные течения сопротивления официальному нормированию настолько сильны, что в целом приводят к снижению эффективности современной институциональной системы.

Институциональный кризис в теоретическом осмыслении

Так почему же сегодня институты становятся менее эффективными? На наш взгляд, объяснение следует искать в многослойности модусов человеческого существования. Остается незамеченным, что институты только замыкают последовательность формообразований человеческой жизнедеятельности. Никакой институт невозможен, если он не базируется на человеческих мотивированных желаниях и жизненном мире непосредственных человеческих коммуникаций. Только тогда, когда мы видим замыкающую функцию института, мы начинаем понимать тот конфликт, который возникает между логикой мотивации, логикой коммуникации и логикой институционализации [Ячин, Деменчук, Минеев, 2018, 1399].

Характеризуя общую логику наслоения, можно увидеть на уровне человеческой мотивации заботу о своем здоровье вместе с субъективно переживаемыми симптомами недугов. Над этим слоем находятся коммуникативно сформированные представления людей о здоровье, болезнях, их информированность о способах лечения. Эти представления могут носить даже «научный характер», тем не менее циркулируя вне институциональной среды медицинских учреждений. И только на следующем шаге люди, мотивированные своей заботой о здоровье и информированные о способах лечения, могут вступить в лоно институциональной медицины и стать пациентами *Клиники* (если использовать терминологию Фуко).

Уместно задать вопрос о значимости каждого из этих слоев в общей картине поведенческой медицины (этот термин мы предлагаем использовать по аналогии с термином поведенческой экономики, который уже сложился в науке). Ответ на этот вопрос следует искать в области медицинской антропологии, которая показывает исторический характер всех трех составляющих вышеуказанного поведения [Михель, 2015, 17]. В парадигме медицинской антропологии, которая отделяет ее от классической истории медицины, началом медицинской практики как раз и является мотивированная забота о состоянии здоровья в обществах того или иного типа. В соответствии с этим подходом способ решения носит надстроечный характер и выглядит как институциональный ответ на вызов человеческого естества. Общая закономерность, концептуально описанная в работах М. Фуко [Фуко, Рождение клиники, 2010, 115], безусловно, заключается в росте значения института медицины. Фуко имеет основания для того, чтобы не просто говорить о таком усилении, но именно о рождении самого института.

Мы, однако, считаем, что те или иные формы институционализации медицинских практик можно обнаружить на ранних этапах человеческой цивилизации. Фактически формой такой институционализации является появление особой касты лекарей-врачевателей, включенной в разделения труда и получающей доход от своего ремесла. Антропологи и религиоведы отмечают наличие подобных социальных ролей начиная с железного века (окультиные практики, связанные с кузнечеством, знахарством и магией) [Элиаде, История..., 2019, 54]. Кроме того, схожие практики наблюдаются и у современных обществ архаичного типа, где исполнение экспертно-целительских практик строго закреплено за фигурой шамана [Элиаде, Шаманизм..., 2019, 127].

М. Фуко не случайно акцентирует внимание на психиатрии. Эта область медицины показательна именно с точки зрения степени институционализации, властного регулирования медицинской практики, поскольку до определенного времени психические отклонения не рассматривались как проблема здоровья. Наблюдаемое усиление этой тенденции к институциональному регулированию заботы о себе закономерно приводит к тому, что эта забота

приобретает отчужденную форму властной «заботы о вас», т. е. к появлению биополитики [Фуко, Рождение биополитики, 2010, 117]. В настоящее время тема биополитики включает новые черты, связанные с кризисными явлениями и неприменимостью модели классической дисциплинарности, а следовательно, приобретает новую актуальность.

Биополитика как выражение институционального кризиса медицины

Само понятие «биополитика» было введено Р. Челленом, шведским социологом и политологом [Lemke, 2011, 9]. Ряд авторов и политических деятелей использовали похожие термины, однако заслуга концептуализации принадлежит М. Фуко. Хотя само понятие носит более широкий смысл, характеризуя общую тенденцию отношения государственной власти к своим гражданам, именно система государственного здравоохранения является самой показательной в этом ключе. Это, конечно же, не только принудительное лечение по решению суда, но и обязательная для работников диспансеризация, практика прививок, психологическое тестирование, нормирование диагностики (показательное в области психиатрии) и т. д. Исследование опыта психотерапевтических и психиатрических практик является более значимым для понимания как общей тенденции, так и возникающего при этом кризиса, что связано с пограничным характером этих «заболеваний». Если некоторые состояния здоровья однозначно требуют вмешательства профессиональной медицины (например, травмы или внутренние болезни органов), а другие проблемы в принципе могут решаться самим больным (простуда), то в случае психологических и психических отклонений от условной нормы необходимость вмешательства профессиональной (институциональной) медицины вообще становится проблематичной. Часто оно наблюдается как вмешательство государства не в «свои дела». Т. Сас остро критиковал значительную политическую ангажированность психотерапевтических практик и использование их в интересах власти в обход неотчуждаемого права человека на распоряжение своим здоровьем (в том числе и ментальным), репрессивность психиатрического диагноза и практическую условность понятия душевной болезни: «За пределами психиатрических кругов душевной болезнью принято считать то, что таковой считает психиатрия...» [Сас, 2010, 13]. Человек, не вписывающийся в общие правила принятого поведения, быстро становится предметом специальной «заботы» инстанций, призванных отслеживать моральный облик индивидов и принимать весь диапазон мер от записывания в категорию аутсайдеров [Беккер, 2018, 21] до помещения в лечебницу или исправительное учреждение.

В классический дисциплинарный период роль абсолютного доминирования принадлежала институциональному уровню, как это представлено у Фуко в книге «Рождение безумия в классическую эпоху». В целом институционализация психиатрии того периода формировала символические аспекты обращения с безумием, а равно и саму фигуру умалишенного. Институционально закрепляемые статусы, таким образом, в конечном итоге не только могли принуждать индивидов к подчинению, создавать шаг за шагом в микрофизике властных практик его «послушное тело», но и способствовали мотивации идентифицироваться с этими социальными ролями. По мнению Т. Саса, достаточно ярким примером может служить не только психиатрическая лечебница, но и немного ранее инквизиция, где социальная роль колдуна или ведьмы провоцировала определенную «привлекательность» этого статуса и готовность его принимать [Сас, 2010, 22]. Образы, формируемые классифицирующей

дисциплинарной системой, а также функционирование соответствующей медицинской терминологии способны создавать реальность.

На современном этапе можно наблюдать иную картину. Роль мотивационного уровня весьма существенна. Современный человек уже не желает быть классифицированным, но стремится заменить эту классификацию неким самоопределением. По отношению к медицинским практикам это прежде всего выражается в стремлении следить за своим здоровьем, а следовательно, и в формировании повышенных запросов к институции (в рамках дисциплинарной системы индивиды, имеющие даже высокий социальный статус, вынуждены эти запросы ограничивать) [Яцино, 2012, 151]. Такая «самоклассификация» в определенном смысле тождественна выработке собственной идентичности.

Фуко в свое время в отношениях власти с человеческим телом замечал две основных формации: отмеченность властью, клеймение тела при помощи публичных экзекуций (в современном обществе это практика клеймления сохраняется, но имеет более мягкий характер медицинского паспорта), а затем создание послушных человеческих тел в дисциплинарную эпоху [Фуко, 2016, 16]. В современных обществах эти отношения характеризуются стремлением индивидов определять себя самостоятельно перед лицом власти, перехватывая таким образом инициативу. Такой своеобразный индивидуалистический нарциссизм влечет за собой эрозию традиционных дисциплинарных пространств. Ряд авторов полагает, что мотивации и желания, формирующиеся на индивидуальном уровне, способны серьезно трансформировать коммуникативный и институциональный уровни. Например, появление пациентов, объявляющих себя невротичными, по мнению Й. Радкау, привело к актуализации дискуссий о психологии и медицине труда, появлению целого пласта характерной терминологии, новых методов лечения, а также к массовому росту числа специальных санаториев, водолечебниц и клиник, изменению направленности политики государства [Радкау, 2017, 270].

Забота о собственном здоровье принимает черты стиля жизни и самореализации индивидов, встраивается во все сферы деятельности и приводит к запросам на трансформацию условий труда, досуга, формирует ожидания, которые предъявляются властям касательно безопасности и права.

Впрочем, эта ситуация несет немалые выгоды и для самой *Системы*. Область ответственности смещается на индивида. Пациентам предлагается самостоятельно отвечать за последствия принятых решений (подписать документы о согласии, отказаться от медицинской помощи или согласиться на нее, выбирать специалистов, оценивать необходимость лечения и т. д.). На примере последних событий во время пандемии можно видеть, как – при всей жесткости чрезвычайных мер – это смещение проявлялось в предоставлении на подпись документов на согласие к применению экспериментальной вакцины с последующим принятием индивидами на себя груза возможных негативных последствий. *Система* быстро «усваивает» принцип перенесения ответственности, номинально сохраняя при этом свой попечительский характер, что ведет к разрастанию конфликтных ситуаций между человеком и институтом, разочарованности индивидов в не оправдавших ожидания официальных структурах.

Таким образом, процессы, размывающие рамки классической дисциплинарности, имеют значительное влияние на макроуровень институтов и ставят ряд вопросов о соответствии сегодняшней системы реальному жизненному миру человека, равно как и о дальнейших исследованиях в области медицинской антропологии и поведенческой медицины, которые все еще недостаточно развиты в отечественной науке.

Заключение

Есть все основания говорить о том, что институт медицины испытывает кризис, который, конечно же, нельзя рассматривать как ее крах. Наличие кризиса означает лишь то, что система государственного здравоохранения находится перед новым вызовом, требующим трансформации классических правил и условий лечения. Этот вызов идет со стороны фактора, который сегодня определяется как ведущий в экономике. Таковым является человеческий фактор, значение человеческих компетенций в воспроизводстве системного порядка. Жизненный мир особым образом вторгается в систему, нарушая ее привычный порядок, что, может быть, наиболее наглядным образом проявляется в области современной медицины.

Может ли институциональная медицина сама по себе найти ответ на этот вызов? Едва ли. Решение не может быть найдено без трансформации того политэкономического порядка, который характеризует общества позднего капитализма. Тем не менее отдельные решения по гуманизации медицинских практик уже себя проявляют как превращение пациентов в требующих соблюдения своих прав клиентов, и, скорее всего, эта тенденция будет усиливаться.

Библиография

1. Агамбен Дж. Номос сасер. Чрезвычайное положение. М., 2011. 148 с.
2. Беккер Г. Аутсайдеры: исследования по социологии девиантности. М., 2018. 272 с.
3. Гоффман Э. Тотальные институты. М., 2019. 464 с.
4. Делез Ж. Переговоры. 1972-1990. СПб.: Наука, 2004. 235 с.
5. Жура В.В. Формально-семантические особенности экспозиторных субжанров устного медицинского дискурса // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2: Языкознание. 2008. № 1. С. 104-109.
6. Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов, 2015. 320 с.
7. Радкау Й. Эпоха нервозности. Германия от Бисмарка до Гитлера. М., 2017. 552 с.
8. Сас Т. Миф душевной болезни. М., 2010. 421 с.
9. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. М., 2016. 416 с.
10. Фуко М. Психиатрическая власть. СПб., 2007. 450 с.
11. Фуко М. Рождение биополитики. М., 2010. 448 с.
12. Фуко М. Рождение клиники. М., 2010. 252 с.
13. Хабермас Ю. От картин мира к жизненному миру. М., 2011. 126 с.
14. Элиаде М. История веры и религиозных идей: от каменного века до элевсинских мистерий. М., 2019. 432 с.
15. Элиаде М. Шаманизм: архаические техники экстаза. М., 2019. 399 с.
16. Яцино М. Культура индивидуализма. Х., 2012. 280 с.
17. 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.
18. Lemke T. Biopolitics: an advanced introduction. New York, 2011. 158 p.

The institutional crisis: does it occur in medical practices?

Sergei E. Yachin

Doctor of Philosophy, Professor,
Far Eastern Federal University,
690091, 8 Sukhanova st., Vladivostok, Russian Federation;
e-mail: yachin.se@dvfu.ru

Viktoriya V. Karpunkova

Postgraduate,
Far Eastern Federal University,
690091, 8 Sukhanova st., Vladivostok, Russian Federation;
e-mail: vika.karpunkova@mail.ru

Abstract

The article deals with the problems that arise in the field of modern medicine, focusing on psychiatric practices. The starting point here is the theoretical assumption that modern society is characterized by an increase in the contradiction between the system of social institutions and the human lifeworld, which leads to an institutional crisis. Developing the ideas of the lifeworld of J. Habermas and the biopolitics of M. Foucault, the authors of the article propose to consider institutional crises from the perspective of the multi-layered modes of human existence. The source of a crisis can be understood if we accept the position that in any mode of human existence there are three semantic layers: a motivated desire, a communicatively formed skill, and normatively established rights and obligations. In the field of behavioral medicine, this layering is presented as a sequence of motives for personal health care, communicatively formed knowledge about the state of health, and interaction with social institutions. The institutional crisis in modern medicine is caused by the intrusion of the demands of the lifeworld into the established public health system. There is a general trend towards the humanization of institutions, in particular, expressed in the fact that the clinic perceives a sick person not so much as a patient as a client.

For citation

Yachin S.E., Karpunkova V.V. (2022) Institutsional'nyi krizis: imeet li on mesto byt' v oblasti meditsinskikh praktik? [The institutional crisis: does it occur in medical practices?] *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being], 11 (3A), pp. 41-49. DOI: 10.34670/AR.2022.24.63.008

Keywords

Institutional crisis, behavioral medicine, lifeworld, biopolitics, M. Foucault, J. Habermas.

References

1. Agamben G. (1995) *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Torino. (Russ. ed.: Agamben G. (2011) *Homo sacer. Chrezvychainoe polozhenie*. Moscow.)
2. Becker H. (1997) *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press. (Russ. ed.: Becker H. (2018) *Autsaidery: issledovaniya po sotsiologii deviantnosti*. Moscow.)
3. Deleuze G. (1990) *Pourparlers. 1972-1990*. Éditions de Minuit. (Russ. ed.: Deleuze G. (2004) *Peregovory. 1972-1990*. St. Petersburg: Nauka Publ.)
4. Eliade M. (1976) *Histoire des croyances et des idées religieuses*, T. 1. Paris. (Russ. ed.: Eliade M. (2019) *Istoriya very i religioznykh idei: ot kamennogo veka do elevsinskikh misterii*. Moscow.)
5. Eliade M. (2004) *Shamanism: archaic techniques of ecstasy*. Princeton. (Russ. ed.: Eliade M. (2019) *Shamanizm: arkhaiskie tekhniki ekstaza*. Moscow.)
6. Foucault M. (2003) *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France*. Seuil. (Russ. ed.: Foucault M. (2007) *Psikhiatricheskaya vlast'*. St. Petersburg.)
7. Foucault M. (2004) *Naissance de la biopolitique*. Seuil. (Russ. ed.: Foucault M. (2010) *Rozhdenie biopolitiki*. Moscow.)
8. Foucault M. (1963) *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris. (Russ. ed.: Foucault M. (2010) *Rozhdenie kliniki*. Moscow.)
9. Foucault M. (1975) *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris. (Russ. ed.: Foucault M. (2016) *Nadzirat' i*

-
- nakazyvat'. Rozhdenie tyur'my. Moscow.)
10. Goffman E. (1961) Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York. (Russ. ed.: Goffman E. (2019) Total'nye instituty. Moscow.)
 11. Habermas J. (2011) Von den Weltbildern zur Lebenswelt. (Russ. ed.: Habermas J. (2011) Ot kartin mira k zhiznennomu miru. Moscow.)
 12. Jacyno M. (2007) Kultuta indyvidualizmu. Warszawa. (Russ. ed.: Jacyno M. (2012) Kul'tura individualizma. Kharkiv.)
 13. Lemke T. (2011) Biopolitics: an advanced introduction. New York.
 14. Mikhel' D.V. (2015) Meditsinskaya antropologiya: issleduya opyt bolezni i sistemy vrachevaniya [Medical anthropology: exploring the experience of illness and healing systems]. Saratov.
 15. Radkau J. (1998) Das Zeitalter der Nervosität: Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. Carl Hanser. (Russ. ed.: Radkau J. (2017) Epokha nervoznosti. Germaniya ot Bismarka do Gitlera. Moscow.)
 16. Szasz T. (1974) The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct. New York. (Russ. ed.: Szasz T. (2010) Mif dushevnoi bolezni. Moscow.)
 17. 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 (an introduction to the research program)]. Kreativnaya ekonomika [Creative economy], 12 (9), pp. 1399-1416.
 18. Zhura V.V. (2008) Formal'no-semanticheskie osobennosti ekspozitornykh subzhanrov ustnogo meditsinskogo diskursa [Formal semantic features of expository subgenres of oral medical discourse]. Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 2: Yazykoznanie [Bulletin of Volgograd State University. Series 2: Linguistics], 1, pp. 104-109.