

УДК 17.02:111.8

DOI 10.25205/2541-7517-2018-16-4-147-158

Н. А. Синюкова

*Институт философии и права СО РАН
ул. Николаева, 8, Новосибирск, 630090, Россия*

sinuknat@gmail.com

СУБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОПЫТА БОЛЕЗНИ КАК ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПАРАДИГМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

В современном обществе происходит переориентация медицины высоких технологий на гуманистическое осмысление медицинской науки и практики. Область медицины сегодня более чувствительна к «латентной» для клинической практики проблематике. Рассматриваются проблемы индивидуализации и гуманизации высокотехнологичной медицины. Анализируются теоретические подходы, разрабатываемые в рамках гуманистически-ориентированной модели медицины, направленные на концептуализацию субъективного опыта переживания болезни.

Ключевые слова: опыт болезни, заболевание, гуманистическая модель медицины, нарративная медицина, феноменология болезни, биомедицинская модель медицины, взаимоотношения врач-пациент, смысл, бытие-в-мире, отчуждение.

Новая эра высокотехнологичной, ускоренной жизни как бы «оглушает» современного человека по отношению к внутренним ощущениям своего тела. Появление серьезной болезни застаёт современного человека буквально врасплох. Блестящие достижения хирургии, ортопедии, трансплантологии и других областей медицины, стремительное развитие индустрии красоты и фитнеса «обещают» человеку уверенность в достижимости контроля над своим здоровьем и prolongации жизни. Одновременно современная консьюмеристская культура способствует популяризации эстетически нормализованного, улучшенного и управляемого технологиями тела и здоровья [Попова, 2015. С. 151]. При этом основы внутреннего самосознания, способность воспринимать «голос» своего тела в настоящее время лишь начинают формироваться. Человек не «прислушивается» к тревожным сигналам собственного тела, пока они не «захватывают» его внима-

ние полностью, как это происходит при возникновении острой боли, травмы или болезни [Суворова, 2017]. Происходит деаксиологизация здоровья на индивидуальном уровне или вытеснение ценностей здоровья на периферию. В современном обществе остро стоят проблемы, связанные с поздней диагностикой серьезных заболеваний уже на необратимых стадиях. Наблюдается тенденция «омоложения» тяжелых и хронических форм патологий. Все вместе определяет серьезную корректировку перспектив дальнейшего развития человеческого сообщества.

В современности широко обсуждается латентная для клинической медицины проблематика. Речь идет об актуализации экономических, социальных, культурных, психологических, этических, экзистенциальных противоречий в сфере медицины. Общество осознало, что решение всего комплекса кризисных проблем медицины посредством одних только научно-технических достижений невозможно. Актуализировались следующие вопросы. Каким должно быть оказание медицинской помощи? С помощью каких критериев нужно оценивать качество клинической медицины? Почему клиническая практика обеспечивает «технический» уход за пациентом и не может обеспечить «человечный», в котором так нуждаются больные? Еще сравнительно недавно этим вопросам не уделялось достаточно внимания как со стороны самой медицины, так и представителей гуманитарных наук и общества. А сегодня практические императивы дальнейшего развития клинической медицины и борьбы с болезнями остро нуждаются в критической рефлексии и гуманитарной экспертизе.

Попадая в больницу, человек оказывается в условиях жесткой отделенности от других сфер повседневной жизни. Ежедневная клиническая рутина полностью «колонирует» человека, утверждает А. Франк, сравнивая ситуацию пациента с состоянием «колонизированной медицинской территории» [Frank, 2002. P. 56]. Идентичность пациента формируется набором регистрируемых биологических показателей, независимых от его желаний, привычек, особенностей и т. д. Человек как бы становится своей болезнью, а болезнь человеком. «Капельница для лимфомы в палате №...» – эта фраза в полной мере иллюстрирует, как в реальности на языке медицины один пациент отличается от другого. Как справедливо отмечает М. Фуко, «взгляд врача направлен не на это конкретное тело, а на то видимое множество, позитивное изобилие, стоящее перед ним; не на больного, но на разрывы природы, где проявляются, как в негативе, знаки, дифференцирующие одну болезнь от другой» [2014. С. 31]. В больнице человек обезличивается и объективируется.

Как показал Парсонс, «быть больным» означает оказаться в специфической социальной ситуации, характеризующейся как изменение от независимости к зависимости. В больнице человек утрачивает самостоятельность выбора и принятия решений о своей жизни. Повседневность пациентов наполнена пассивным ожиданием: анализов, медицинских процедур, визита врача, снова анализов и медицинских процедур. Разговор с врачом – это всегда центральное событие в жизни пациента, ведь только врач компетентен и ответственен за принятие медицинских решений. Врач доминирует над пациентом, олицетворяя своего рода источник возможности восстановления потерянного контроля. В больнице возникает тотальная власть врача. Его цель – доказать, что тело контролируемо; показать, что тело лишь «территория», «объект», восстанавливаемые медицинскими интервенциями. Медицина в лице врача и его «технэ» олицетворяет некий гарант общественного идеала контролируемого тела, разрушение которого происходит в ситуации болезни [Frank, 2002].

Франк жестко критикует стремление современной медицины к восстановлению контроля над телом. Он вводит термин *body as a wonder* или тело как «чудо» в противоположность телу «как колонизированной медицинской территории» [Ibid. P. 59–60]. *Body wondering* означает не привычную для человека аналитическую оценку возможностей своего тела, но их эмоционально-чувственное восприятие в действии. «Удивление» телу – это благоговение перед «тайной», стремление «прочувствовать» свое тело, «прислушаться» к нему, довериться ему, оказаться ведомым им или смиренным перед ним. С этим стремлением связано возникновение веры в существование чего-то таинственного и могущественного. Она формирует в человеке душевную силу, благодаря которой он может противостоять объективирующему дискурсу медицины. Франк настаивает на том, что лечение становится эффективным именно при обоюдном признании тела как «чуда» врачом и пациентом, в условиях комплементарности «удивления» телу и лечения.

Статус пациента в клинической практике, влияние объективизации личности больного на процесс и итог лечения широко обсуждались и обсуждаются в научных кругах в контексте осмысления причин и следствий дегуманизации медицинской науки и практики еще в начале XX в. Критическое осмысление результатов научно-технического прогресса в медицине обернулось если не полной потерей доверия, то осознанием не оправдавшихся надежд по отношению к биомедицинской модели медицины. В результате совсем недавно сформировалась гуманистически-ориентированная модель медици-

ны. Она связана с концептуализацией субъективного опыта больного и фокусируется на взаимоотношениях врач-пациент, основополагающими характеристиками которых утверждаются сострадание и сочувствие. Клиническая практика в рамках гуманистической модели рассматривается с учетом роли эмоционального, ментального, экзистенциального контекста взаимоотношений врач-пациент, их интерсубъективной природы и сквозь призму субъективных переживаний больного.

Изначально поворот исследовательского внимания к болезни как к субъективному опыту, как к индивидуальной сфере личных проблем и переживаний больного утвердился в контексте содержательной дифференциации понятий «болезнь» и «заболевание» (А. Young, А. Kleimann, D. Morris и др.). «Заболевание» (disease) рассматривается с опорой на механистическую объективированную установку, как биологическая дисфункция или сбой в работе телесного механизма. Заболевание представляется как обезличенная патология организма человека, устранимая с помощью медицинских, высокотехнологичных вмешательств. Данный подход к пониманию болезни укоренен в биомедицинской модели медицины. В рамках последней «знание о заболевании есть компас врача» [Фуко, 2014. С. 31], необходимый для понимания и управления организмом человека. Тогда основная цель клинической медицины заключается в устранении нарушения регистрируемых биологических показателей, научно обоснованном лечении организма человека.

«Болезнь» в противоположность одномерному представлению о «заболевании» анализируется в ее качественном срезе как опыт заболевания или как оно переживается, осмысливается, какое значение заболеванию придается больным. Болезнь включает в себя переживание телесных изменений, физических проявлений болезни в виде симптомов, ограничения моторики и мобильности. А также переживания, связанные с госпитализацией, медицинскими вмешательствами, с новой социальной ролью больного и включенностью в новые социальные отношения, с личными проблемами, с внутренними переживаниями боли и страдания, с соприкосновением со смертностью и т. д. [Carel, 2016. P. 16–17]. Соответственно такой субъект-ориентированный или индивидуализированный подход к пониманию болезни лежит в основе гуманистической модели.

Клиническая практика представляется в рамках гуманистического подхода как пространство взаимодействий врач-пациент, цель которых облегчение страданий, оказание помощи страдающему больному на основе взаимопонимания. Иначе говоря, не только «из-

лечение» пациента на биологическом уровне, но и его «исцеление» на ментальном и нравственно-экзистенциальном уровнях. Оказание медицинской помощи не исключает медицинское знание, но это знание включает и опирается на признание врачом личности своего больного [Svenaеus, 2014]. Идеал гуманистически-ориентированной клинической практики отражает установка: «медицина должна лечить больного, а не болезнь».

Бурно развивающимися в настоящее время научно-практическими направлениями гуманистической модели являются исследования в области нарративной медицины и феноменологии медицины. В рамках обоих рассматриваемых подходов осуществляется критика биомедицинской модели. В предыдущей статье концепция нарративной медицины была рассмотрена подробно ¹. В данной работе этот подход рассматривается кратко и в общих чертах, основное внимание направлено на рассмотрение феноменологии медицины.

Нарративная медицина приписывает биомедицинской модели чрезмерную научность, объективность, жесткость. Научность медицины формирует такие отношения врач-пациент, для которых центральным становятся борьба с патологией тела человека, диагностика и лечение заболевания, а не комплексный уход (care) за страдающим больным. При этом, как пишет Рита Шэрон, игнорируется сам индивид или больной и ситуация болезни, обладающая уникальным смыслом для каждого больного [Sharon, 2006]. В противоположность научности медицины, нарративный подход предлагает рассматривать медицину как некое искусство или мастерство (art). Оно включает слушание и понимание историй переживания болезни, рассказанных пациентом. Использование нарративной теории в медицине обеспечивает формирование в медицинском сообществе условий для понимания и практического использования нарратива пациента, а тем самым и предпосылки для «исцеления» больного на ментальном уровне [Ibid.].

Феноменология медицины критикует натуралистические, укорененные в картезианской парадигме, ориентиры современной медицины. Как полагают представители данного подхода, натуралистический взгляд на медицину формирует редуцированное, биологически-детерминированное понимание болезни. Как пишет С. Тумбс, биомедицинская модель сфокусирована на «заболевании», «болезнь» схватывается как объективированная, абстрактная сущность, отделенная

¹ См.: Синюкова Н. А. Нравственно-экзистенциальный контекст опыта болезни в современности // Сиб. филос. журн. 2018. Т. 16, № 2. С. 178–188.

от того, кто ею болеет [Toombs, 2001]. Представители феноменологии медицины призывают обратиться «к больному» или «к переживанию страданий». Сфокусироваться на восприятии изменений, происходящих в жизни больных, на анализе глубинного уровня этих изменений – осмыслении, понимании собственного Я, окружающего мира и своего существования в нем.

В рамках феноменологии медицины наличие заболевания не предполагает формирование опыта болезни. Когда развитие заболевания не связано с длительным пребыванием в больнице, радикальной терапией, не сопровождается телесными изменениями, ограничениями, недееспособностью, страданием и т. д. Привычная повседневная жизнь человека в целом не меняется, тогда он и не «погружается» в опыт болезни. Отмечается, что и опыт болезни сам по себе дифференцируется в зависимости от характера заболевания. Опыт переживания острой и хронической болезни существенно различаются. Острые заболевания предполагают обратимые телесные изменения, обозримый конец боли и страданий, возврат к активной жизни, т. е. в целом временную дистанцию от привычной повседневности. Опыт острого заболевания включает в себя ожидание выздоровления и само выздоровление. Они отсутствуют в «последних», предсмертных или хронических болезнях. Хроническая болезнь полностью меняет и как бы заново формирует повседневную жизнь больного. Болезнь становится фундаментальным опытом всей жизни человека [Carel, 2016].

Так, например, произошло в жизни выдающегося ученого современности Стивена Хоккинга. В юности у него была диагностирована серьезная и не поддающаяся лечению болезнь моторных нейронов. Прогнозы врачей для Хоккинга были неутешительными. Ему обещали не более 2-х лет жизни. А также врачи утверждали, что болезнь хоть и не скажется на работе мозга ученого, но он не сможет передать миру свои мысли, потому что быстро потеряет способность писать и говорить. Вопреки прогнозам Хоккинг прожил в болезни долгую жизнь, родил троих детей и внес существенный вклад в развитие физики и исследований космоса. Пример «жизни в болезни» Стивена Хоккинга иллюстрирует, как неизлечимая, последняя болезнь становится способом существования человека в окружающем мире.

В литературе по феноменологии медицины особое внимание уделяется проблеме «живой» телесности. Она противопоставляется биологическому телу человека, редуцированному к совокупности регистрируемых биологических признаков. Естественный процесс ощущения своего тела «живым», переживающим и ощущающим

представляется первичным по отношению к осознанию своего тела как «вещи среди вещей». Телесность является неотъемлемым условием восприятия и взаимодействия с пространственно-временными явлениями и их значениями. Переживание мира опосредовано и реализуется благодаря телесности [Carel, 2014. P. 23]. Изменения телесности, вызванные болезнью, трансформируют способ бытия человека в окружающем мире и переживаемые им смыслы мира. Раскрываются новые аспекты бытия человека, такие как адаптивность и зависимость.

В повседневной жизни здорового тела человек не задумывается о выполнении простейших физических действий: могу ли я встать с кровати, могу ли я пройти по комнате, могу ли я выйти на улицу? В болезни происходит нарушение или полное разрушение телесных возможностей и функций, провоцируя рефлексию. Исчезает интуитивно данный способ восприятия телесных возможностей. Нормальность выполнения телесных функций «заключается в скобки», ставится под вопрос. В процессе его разрешения выявляется условность и временность телесности. То, что воспринималось как естественное и безусловное, становится как бы «искусственным» и требующим осмысления.

Карэл сравнивает болезнь с насильственным эпохе (*violent epoché*) или принудительным «заклчением в скобки» естественной установки данности мира, вынужденным переключением внимания от объекта к акту его восприятия. Против воли человека происходит изменение, а иногда и полное разрушение смысловой структуры мира, продиктованной человеку его онтологическими установками. Аналогичным, насильственным образом формируется дистанция от повседневной реальности, знакомой, предсказуемой, понятной и разделяемой с другими. Возникает непроизвольная рефлексия, когда разрешение какой-либо практической задачи или проблемы выявляет те нормальные условия, в которых человек до болезни существовал как здоровый [Ibid. P. 27–29].

Опираясь на экзистенциальный анализ Хайдеггера, Ф. Свено сравнивает жизнь здорового человека с привычным или даже «уютным» бытием-в-мире или *homelike being-in-the-world* [Svenaesus, 2001]. Здоровый человек, функционируя как гармоничное целое, ощущает себя в мире «как дома». Окружающий мир переживается как неделимый горизонт интересубъективных смыслов, воспроизводимых в отношениях между средствами в мире подручности. Изначальный смысл любого подручного средства формируется в результате его практического применения, в опыте его употребления как средства. Дело в том,

что в болезни изменяется способность воспринимать подручные средства как нужные, функциональные [Ibid. P. 25]. Простой пример: для инвалида в коляске вход в здание, не оборудованный специальным образом, становится просто не доступным. Или больной, проходящий химиотерапию и, как следствие, полностью облысевший: нужны ли ему расческа, фен или любое другое средство для укладки волос. До болезни все это было действительно полезным и даже незаменимым. Теперь эти вещи оказываются не нужными и напоминают больному о его инаковости, чуждости в мире здоровых. В утрате функциональности подручных средств проявляются «асимметрия» окружающего мира и даже его враждебность.

Больной переживает условность структуры смыслов окружающего мира. Открывается «отчуждающая странность сущего». Болезнь заставляет почувствовать «ненадежность» мира. Появляется страх, доходящий в отдельных ситуациях до ужаса, когда «проседание сущего подавляет, не остается ничего для опоры» [Хайдеггер, 1993. С. 21]. Подручность мира, его близость, неотрывность от человеческого существования, становится наличной, удаленной от человека. Тогда, согласно Свено, проявляется «бездомность» бытия-в-мире (*unhome-like-being-in-the-world*). Человек ощущает себя чужим в мире, утратившем свои привычные смыслы.

Отчуждение особым образом проявляется и развивается при соприкосновении больного с клинической медициной. В современной, технически оснащенной больнице объективация человеческого тела наращивается, как полагает Свено, приобретая принципиально новые основания. Речь идет о быстром обновлении новых технологий визуализации и концептуализации органов, функций и клеточных процессов (МРТ, ПЭТ-КТ и т. д.), а также хирургических и терапевтических техник и технологий. Технологии становятся не только незаменимой частью клинической медицины, но и частью человеческого тела (например, кардиостимуляторы, различные протезы, кишечные стомы, порт-системы и т. д.).

«Технологизация» человеческого тела в клинической медицине, по мнению Свено, является одной из важнейших характеристик индивидуального опыта болезни [Hofmann, Svenaeus, 2018]. Дело в том, что технологизация изменяет восприятие естественной человеческой телесности. Как пишет Свено, когда больной видит свою опухоль на картинке, он ощущает себя вещью, которая вне зависимости от его чувственно-эмоциональных переживаний становится объектом технологического контроля и управления. Он становится фактом, в котором заключена информация о нем, как о биологическом организме.

Его тело фрагментируется и отчуждается. По мере дальнейшего соприкосновения больного с объективирующим медицинским дискурсом отчуждение усиливается, формируя негативный опыт болезни, как утверждает Свено.

Как представляется, феноменология медицины и нарративная медицина придерживаются индивидуалистического взгляда в отношении медицинской науки как индивидуального «ремесла» или «искусства» (art) врача. Врач, обладая необходимыми знаниями, использует свое мастерство в отношениях врач-пациент. Современная философия науки рассматривает науку в целом более широко, как сферу человеческой деятельности, в которой участвует множество акторов, и люди, и неживые объекты. Тогда медицинскую науку можно интерпретировать более объемно, включая все институции, обеспечивающие уход за больными. Как пишет Фери-Данини, медицина безусловно является взаимодействием того, кто страдает, и того, кто призван восстановить здоровье. При этом сложность данного взаимодействия обуславливает необходимость включения в понимание клинической медицины не только врачей, но и медицинских сестер и других специалистов по уходу, радиологических, химико-биологических техников, медицинских «управленцев» и т. д. Клиническая медицина тогда представляет собой «макет» или сокращенную версию системы здравоохранения и оказания медицинской помощи в целом, включая не только индивидуальное здоровье, но и уровень общественного здоровья [Ferry-Danini, 2018].

Представители гуманистической медицины не рассматривают категорию общественного здоровья, как и систему оказания медицинской помощи в целом. Утверждается, что цель медицины заключается в облегчении страданий конкретного больного и заботе об индивидуальном благе человека. Однако обязательным атрибутом современного человека является его включенность в социум, которая лишь вскользь и сквозь призму психологии человеческих отношений учитывается в рассматриваемых подходах. Достижение физического, духовного и социального здоровья индивида возможно лишь в соответствующем социальном контексте. Другими словами, индивидуальное здоровье неотделимо от здоровья общественного. Так же, как и клиническая медицина не отделима от системы здравоохранения в целом и не может быть редуцирована к индивидуальному взаимодействию врач – пациент.

Включение взаимоотношений врач-пациент, их интерсубъективной, эмоциональной составляющей в анализ болезни расширило ее понимание на онтогносеологическом уровне. Субъективный опыт

переживания болезни в рамках гуманистической медицины сводится к ментальному состоянию. Поэтому гуманистической модели приписывают излишний психологизм, редукцию понимания клинической медицины до уровня отдельно взятого врача и пациента. Соответственно и заявленная гуманистами задача решения широкого спектра проблем клинической медицины представляется не совсем достижимой. Поскольку вся «нагрузка» в обеспечении «чуткого» ухода за больными ложится в итоге на врача. При этом предполагается рост мультизадачности его деятельности. Однако врач на сегодняшний день перегружен настолько, что не может уделить достаточно времени отдельному больному, чтобы выслушать его полностью. В этой связи пренебрежение включенности клинической медицины в систему здравоохранения представляется ограниченным. Тем не менее гуманистическая модель медицины несомненно является существенным дополнением к биомедицинской интерпретации феномена болезни и представляется перспективным направлением исследований. Теоретические разработки рассмотренных подходов сегодня, на мой взгляд, оправдано востребованы в реальной клинической практике, в области ухода и работы с больными, образования медицинских специалистов.

Список литературы

- Попова О.* Телесность в модусах боли, страдания, смерти: биоэтический ракурс // *Философская антропология*. 2015. Т. 1, № 2. С. 146–164.
- Суворова О. С.* Является ли здоровье личной ценностью? // *Философская мысль*. 2017. № 2. С. 84–98.
- Фуко М.* Рождение клиники. М.: Академ. проект, 2014.
- Хайдеггер М.* Время и бытие. М.: Республика, 1993.
- Carel H.* Phenomenology of illness. New York: Oxford Univ. Press, 2016.
- Carel H.* Philosophical role of illness // *Metaphilosophy*. 2014. Vol. 45. No. 1. P. 20–40.
- Charon R.* Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford Univ. Press, 2006.
- Ferry-Danini J.* A new path for humanistic medicine // *Theoretical medicine and bioethics*. 2018, Vol. 39. No. 1. P. 55–77.
- Frank A.* At the Will of the Body. Boston: Mariner Books, 2002.
- Hofmann B., Svenaeus F.* How medical technologies shape the experience of illness // *Life Sci Soc Policy*. 2018. Vol. 14. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797484/> (дата обращения 27.07.2018).

Toombs S. K. Handbook of Phenomenology and Medicine. Kluwer Academic Publ., 2001. P. 495.

Svenaesus F. Phenomenology of health and disease / Ed. by S. K. Toombs. Handbook of phenomenology and medicine. Philosophy and medicine. Springer science+Business media Dordrecht, 2001. Vol. 68. P. 87–109.

Svenaesus F. What is phenomenology of medicine? Embodiment, illness and being-in-the-world // Health, illness and disease: philosophical essays /Eds. H. Carel, R. Cooper. New York: Routledge, 2014. URL: <https://books.google.ru>. (дата обращения 03.08.2018).

Материал поступил в редколлегию 24.09.2018

N. A. Sinyukova

*Institute of Philosophy and Law SB RAS
8 Nikolaev Str., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

sinuknat@gmail.com

SUBJECTIVIZATION OF THE ILLNESS EXPERIENCE AS A HUMANISTIC PARADIGM OF MODERN MEDICINE

In modern society one may observe a shift of high-tech medicine towards a humanistic reflection of medical science and practice. The domain of medicine today is more sensitive to the «latent» questions of clinical practice. Problems concerning individualization and humanization of high-tech medicine are considered. Theoretical concepts developed in the framework of humanistic medicine focusing on the subjective experience of illness are analyzed.

Keywords: illness experience, disease, humanistic model of medicine, narrative medicine, phenomenology of illness, biomedical model of illness, doctor-patient relationship, meaning, being-in-the-world, alienation.

References

- Carel H. *Phenomenology of illness*. New York, Oxford Univ. Press, 2016.
- Carel H. Philosophical role of illness. *Metaphilosophy*, 2014, vol. 45, no. 1, p. 20–40.
- Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York, Oxford Univ. Press, 2006.
- Ferry-Danini J. A new path for humanistic medicine. *Theoretical medicine and bioethics*, 2018, vol. 39, no. 1, p. 55–77.

Fouacualt M. Rozhdenie kliniki [The birth of the clinic]. Moscow, Academ. projekt, 2014. (In Russ.)

Frank A. *At the Will of the Body*. Boston, Mariner Books, 2002.

Heidegerr M. *Vremya i bytie [Being and Time]*. Moscow, Respublika Publ., 1993. (In Russ.)

Hofmann B., Sveneaus F. How medical technologies shape the experience of illness. *Life Sci Soc Policy*, 2018, vol. 14. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797484/> (accessed 27.07.2018).

Popova O. Telesnost v modusah boli, stradaniya, smerti: bioeticheskii rakurs [Embodiement in the modes of pain, suffering, death: bioethical view]. *Filosofskaya antropologiya [Philosophical Anthropology]*, 2015, vol. 1, no. 2, p. 146–164. (In Russ.)

Suvorova O. S. Yavlyaetsya li zdorov'e lichnostnoi tsennost'yu [Is health to be considered personal value?]. *Filosofskaya mysl' [Philosophical Thought]*, 2017, no. 2, p. 84–98. (In Russ.)

Svnaeus F. Phenomenology of health and disease. Toombs S. K. (ed.) *Handbook of phenomenology and medicine. Philosophy and medicine*. Springer science+Business media Dordrecht, 2001, vol. 68, p. 87–109.

Svnaeus F. What is phenomenology of medicine? Embodiment, illness and being-in-the-world. *Health, illness and disease: philosophical essays*. H. Carel, R. Cooper (eds.). New York, Routledge, 2014. URL: <https://books.google.ru>. (accessed 03.08.2018).

Toombs S. K. *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Kluver Academic Publ., 2001.