
ДЕПРЕССИЯ И ТЕЛО

Дж. Буллингтон

DOI: 10.7256/2070-8955.2013.7.8072

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ВЫРАЖЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ТЕЛА.

Глава 6. ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНЬ

И ХОЛИСТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

(Перевод В.С. Кулагиной-Ярцевой и Н.Г. Кротовской)

Аннотация. В главе приводится определение холистического здоровья, дается оценка различных подходов к здоровью человека (в том числе традиционной китайской медицины), прослеживается соответствие этих подходов определению, которое дает Всемирная Организация Здравоохранения. Излагаются взгляды французского философа, представителя феноменологической школы М. Мерло-Понти. Опровергается редуционистское доминирование модели болезни.

Ключевые слова: психология, холизм, холистическое здоровье, феноменология, Мерло-Понти, биомедицина, целый человек, психосоматика, баланс, китайская медицина.

Слово «пациент» происходит от латинского *patiens*, что означает «тот, кто страдает». Прилагательное «страдающий» к тому же подразумевает способность ждать, то есть терпеливо переносить трудности. Соединение этих двух понятий означает, что пациент — это человек переносящий страдание. Страдание — неперемная часть человеческого существования, которая всегда сопровождала нас. Однако наше отношение к страданию со временем меняется и также зависит от разницы в культурах. В этой главе я хочу взглянуть на разные концепции здоровья и болезни¹ с целью подготовить почву для дискуссии о том, что подразумевается под современной теорией «холистического здоровья». Этот термин часто встречается в литературе, но что конкрет-

но подразумевается под выражением «холистическое здоровье», редко объясняется в достаточно ясной форме. Затем в этой главе я покажу, как феноменологическая теория, предложенная в этой книге, формирует удачную отправную точку для подлинно холистической концепции здоровья.

Различные модели здоровья и болезни делают акцент на различных аспектах человеческой жизни. Некоторые теории сосредоточены на здоровье, тогда как другие в основном касаются болезней и их симптомов. Древние модели здоровья и болезни можно охарактеризовать как модели *здоровья*, так как здоровье считалось естественным состоянием, а болезнь чем-то неестественным, нередко связанным с наказанием от Бога. Лечение состояло в том, чтобы вернуться на путь праведный, угодный Богу, и не сворачивать с него. Болезнь и страдание принимались как неизбежная часть жизни и не вызывали вопросов, однако *причина* страданий была предметом религиозного интереса. В иудео-христианской модели, берущей начало в Ветхом и Новом Завете, болезнь

¹ Для простоты я буду говорить о болезни как о чем-то противоположном здоровью. Термин «заболевание» слишком узок, поскольку он обозначает только то состояние, которое имеет диагноз. Слово «болезнь» относится к субъективному опыту плохого самочувствия, объяснение которого меня интересует.

Bullington J. The Expression of the Psychosomatic Body from a Phenomenological Perspective. SpringerBriefs in Philosophy, DOI: 10.1007/978-94-007-6498-9_2 © The Author(s) 2013

DOI: 10.7256/2070-8955.2013.7.8072

663

При цитировании этой статьи сноска на doi обязательна

считалась наказанием за грехи, хотя иудейскую теологию интересовала мера страданий (например, Иов), в то время как христианство стало религией искупления страданий на кресте. Связь между здоровьем и праведной жизнью интересовала медицину на протяжении всей ее истории вплоть до нашего времени, хотя сегодня эта проблема отступила на второй план в результате материалистического взгляда на плохое здоровье, к чему я скоро вернусь.

Традиционный европейский взгляд на здоровье и болезнь ведет свое происхождение из Древней Греции, от Гиппократ (460-377 до н.э.), которого называют отцом западной медицины. Известное высказывание Гиппократ о том, что надо лечить не болезнь, а больного, демонстрирует удивительно современный взгляд на вещи. Примерно в то же время Платон (427-347 до н.э.) писал: «У эллинских врачей именно тогда бывают неудачи при лечении многих болезней, когда они не признают необходимости заботиться о целом, а между тем если целое в плохом состоянии, то и часть не может быть в порядке». Древний взгляд на холизм на Западе был основан на концепции равновесия и гармонии. Основной метафорой для описания здорового человека в то время было равновесие между различными жидкостями тела (черная желчь, желтая желчь, слизь и кровь), равновесие между различными земными элементами и телом или равновесие между телом и душой. Платон определял здоровье как состояние гармонии, равновесия и порядка, подобного естественному порядку Космоса. Фактически мы можем обнаружить две тенденции во взгляде древних греков на здоровье и болезнь: одна — так называемый «принцип Гигиены» — сосредоточена на здоровье, тогда как другая — так называемый «принцип Асклепия» — связана с лечением и исцелением недугов. Гигиена была греческой богиней, берегущей здоровье народа Афин. Представление о здоровом человеке содержится в изречении *mens sana in corpora sano* (здоровый дух в здоровом теле). Асклепий — легендарный врач, лечивший людей при помощи ножа и целебных трав. Древние принципы Гигиены (профилактика) и Асклепия (лечение) представляют два аспекта медицины, сопровождающие нас и по сей день.

Древняя китайская модель здоровья, так называемая «традиционная китайская медицина» (ТКМ) может быть также охарактеризована как модель здоровья, уделяющая большое внимание предотвращению плохого здоровья. Акцент здесь делается также на равновесии, в данном случае, на равновесии сил Инь и Ян²,

равновесии между индивидом или группой людей и их предками, на равновесии между человеком и природой. Согласно этой модели, для здоровья человека одинаково важно и то, как он здоровается с соседом, и то, как он ест или спит. Считается, что важную роль в поддержании здоровья играет концепция Ци, или жизненной силы. Ци также означает «пар», «дым» или «сырой рис» и является основополагающей нитью, проходящей через всю жизнь, которая постоянно движется между противоположностями, какими являются Инь и Ян. Считается, что их баланс определяет здоровье или болезнь человека, хотя абсолютного стандарта баланса Инь и Ян, формирующего здоровье, не существует. То, что вызывает болезнь у одного человека, может быть источником здоровья для другого. Как воззрения древних греков, так и традиционная китайская медицина включают в себя множество критериев, имеющих отношение к здоровью, которые не могут непосредственно войти в современные представления. В общепринятых современных представлениях праведная жизнь, гармония с силами Космоса (Инь и Ян), выполнение своих обязанностей редко ассоциируются со здоровьем. В этом смысле мы можем сказать, что «жизненный мир» пациента, как бы мы ни называли его сегодня, исчез из поля зрения современной медицины, так как в центре ее внимания оказалось материальное тело. Как произошла эта редукция?

Первое по-настоящему значительное медицинское открытие было сделано в 1682 г., когда Уильям Харви описал систему кровообращения в теле человека. Позже, в середине XIX в., Рудольф Вирхов начал использовать понятие «клетки». По мере того как ученые все больше узнавали о внутренней работе организма, в научной среде укоренялась тенденция описывать болезни в терминах структурных изменений на клеточном уровне. Другой крупной фигурой в медицине XIX в. был Луи Пастер, открывший, что многие болезни вызываются особыми микроорганизмами. Эти открытия легли в основу современной медицины, и потому западную медицину можно считать моделью болезни/заболевания, в которой главным является понимание механизмов заболевания в биологическом материальном смысле. В соответствии с этой моделью человек считается здоровым, если он свободен от заболевания и состояние его здоровья не требует особого

с другом, как, например, день и ночь, свет и тень, мужское и женское начало, жара и холод. Изначально эти термины относились к светлой и темной сторонам горы, выражающим постоянно перетекающее движение — превращение Инь в Ян и Ян в Инь (движение противоположностей); светлая солнечная сторона горы постепенно становится темной по мере того, как в течение дня движется солнце.

² Инь и Ян обычно характеризуются как взаимодополняющие противоположности, которые неразрывно связаны друг

внимания.³ Здоровье (или заболевание) понимаются просто-напросто как органический процесс, затрагивающий тело с точки зрения материалистической причинно-следственной связи. Эти патологические процессы можно наблюдать независимо от культурных, моральных или социальных факторов. Классическая биомедицина — это редукционистская модель, поскольку она сводит здоровье или болезнь к материальности тела. Согласно Джусону⁴, чем больше врачи знают о том, как функционирует тело, тем меньше они интересуются жизнью своих пациентов.

Только в последние несколько столетий здоровье стали понимать в терминах объективных процессов, происходящих в физическом теле. На протяжении всей истории человечества здоровье ассоциировалось с понятиями равновесия, гармонии, добродетельной жизни, социальных норм и поведения. Понятие здоровья как равновесия и гармонии можно обнаружить в культурах различных эпох. В западной мысли понятие равновесия включало в себя жизнь в гармонии с природой (Богом), другим человеком или внутреннюю гармонию с самим собой, обычно свойственную спокойным психически устойчивым натурам, не проявляющим бурных неконтролируемых эмоций. Главной причиной заболевания в традиционной китайской медицине считается отсутствие равновесия между Инь и Ян и нарушение движения жизненной энергии Ци в теле. Как мы увидим в следующем разделе, интуитивное представление о том, что равновесие каким-то образом связано со здоровьем присутствуют также в современных теориях здоровья, как любительских, так и профессиональных.

Современные теории здоровья

Наибольшей известностью пользуется определение здоровья, предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которое гласит: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Хотя это определение критиковали за утопичность, оно сыграло важную роль, поскольку вновь внесло в формулу здоровья социальные и общественные факторы. Редукционистская точка зрения на здо-

ровье, преобладавшая в медицине, была поставлена под вопрос определением, в которое были включены немедицинские аспекты человеческой жизни. Можно сказать, что оно положило начало новому «холистическому» взгляду на здоровье и болезнь в современном мире. Через несколько десятилетий социолог Клодин Герцлих провела хорошо известное исследование, где она, опросив непрофессионалов об их понимании здоровья, выделила среди них три группы, которые она назвала «здоровье-в-вакууме», «запас здоровья» и «равновесие». Первая группа описывала здоровье как отсутствие болезни или физических дефектов, вторая полагала, что быть здоровым означает быть крепким и выдерживать плохое самочувствие и усталость, тогда как третья, самая многочисленная, рассматривала здоровье как физическое благополучие, силу, отсутствие усталости, психическое благополучие, спокойствие, мобильность, эффективность и добрые отношения с другими людьми. Интересно, что в восприятии здоровья непрофессионалами отражены как редукционистское определение, которое ВОЗ отвергла как неадекватное (отсутствие заболевания или физических дефектов), так и определения, напоминающие нам древних представления о равновесии и гармонии. Не напрасно Герцлих назвала последнюю категорию «равновесием». Эти исследования иллюстрируют многоликость понятия здоровья. На самом деле различные и даже противоречивые представления о здоровье способны мирно сосуществовать в так называемых «мыслящих коллективах» Людвика Флека. Культурные представления постоянно меняются, о них договариваются и передоговариваются. Во всяком случае, материалистическая, преходящая, рационалистическая точка зрения на здоровье когда-нибудь уступит место альтернативным понятиям, включающим немедицинские (физические) аспекты жизни.

Работы социолога Талкотта Парсонса также сыграли важную роль в формировании современной концепции здоровья и болезни. Он определил здоровье как способность человека выполнять общественные обязанности, наложенные на него положением в обществе. Если тот или иной человек далее не может жить в соответствии с социальным контрактом, он может взять на себя «роль больного», санкционированную обществом. То есть, если к человеку применяются определенные социальные критерии, он может получить освобождение от своих социальных обязанностей вплоть до того времени, когда он снова будет способен выполнять свою роль в обществе. Важной составной частью роли больного является желание последнего как можно скорее излечиться/восстановить трудоспо-

³ Это не означает, что люди не заботились о поддержании здоровья. Это просто не входило в область непосредственно медицины. Рядом с научной медициной всегда существовала народная медицина (туземная медицина, альтернативная медицина).

⁴ Jewson N.D. The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870 // *Sociology*. 10 (2). PP. 225-244.

способность, чтобы продемонстрировать свою солидарность с обществом, которое поддерживало его, пока он (временно) не мог выполнять свои социальные функции. Теорию Парсонса критиковали за узость и за то, что она не рассматривает общество критически. При этом имелось в виду, что, возможно, именно требования общества делают людей больными⁵. Еще одно направление современной теории здоровья подчеркивает важность личных качеств человека, таких как сила духа или способность к подражанию. Доктор медицины Оливер Сас полагал, что здоровье неизбежно имеет дело с непоколебимой метафизической силой, с «силой духа», которую он мог наблюдать у своих пациентов с неврологическими нарушениями. Схожие представления о здоровье как о резерве силы, который можно мобилизовать в случае необходимости, имел социолог Рори Уильямс. Согласно другой интересной точке зрения на здоровье, оно представляет собой способность приспосабливаться к меняющейся ситуации. В соответствии с этими теориями, приспособляемость по-видимому играет важную роль в способности сохранять здоровье. Так называемые «равновесные теории здоровья», представленные скандинавскими философами Порном и Норденфельдом, аналогичным образом определяют здоровье в терминах успешного взаимодействия с окружающей средой. Норденфельд утверждает, что человек здоров, если он способен достигать свои «жизненные цели» в стандартных обстоятельствах. Он открыто бросает вызов биостатистической теории здоровья, в которой последнее определяется как отсутствие болезни, понимаемой как статистическое отклонение от набора измеряемых стандартов нормы. Против био-статистической модели выдвигается та же критика, что и против редуционистских моделей, а именно: есть люди, которых, согласно статистическим показателям, можно назвать «нездоровыми», однако они превосходно себя чувствуют, и наоборот, есть люди с отсутствием измеримых отклонений от нормы, у которых, тем не менее, плохое состояние здоровья. Все параметры здоровья и недомогания измерить невозможно, и все отклонения от измеряемой нормы не могут полностью отвечать за здоровье или недомогание. В соответствии с равновесными теориями здоровья последние можно рассматривать как баланс между амбициями человека и его целями, между жизненными обстоятельствами и компетентностью. Наконец, Сидхаус сформулировал определение здоровья, скорее, напоминающее сканди-

навскую модель, где здоровье эквивалентно наличию условий, дающих человеку возможность трудиться, чтобы выполнить свои реалистичные предпочтения и осуществить биологический потенциал. Таким образом, здоровье зависит от того, насколько человек способен реализовать свой потенциал.

Итак, наиболее современные теории описывают здоровье как успешное взаимодействие человеческих способностей, ценностей и целей с жизненными обстоятельствами и окружающей средой. Они удивительно напоминают древние представления, а также феноменологическую теорию психосоматики, представленную в предыдущей главе. Теперь настало время рассмотреть вопрос о «холистическом» здоровье. Что означает этот термин?

Холистическое здоровье

Как было показано выше, здоровье понималось как отсутствие болезни только в течении относительно короткого периода истории. Более сложная концепция здоровья имеет исторические корни в представлениях о равновесии и гармонии, добродетели и морали, социальных нормах и поведении, короче, о хорошей жизни. Современные теории здоровья являются попыткой преодолеть редуционистское доминирование модели болезни и вернуть на сцену *больного*. Современное холистическое понимание здоровья включает в себя биологические, психологические и социальные факторы, а также представления о том, насколько индивиды способны успешно взаимодействовать с окружающей средой. Для понимания здоровья также релевантен тот выбор, и предоставленные (или непредоставленные) им возможности. Это означает, что при определении здоровья учитываются такие вещи, как независимость, возможность выбора и качество жизни. Итак, чтобы иметь холистическую теорию здоровья, недостаточно включить в нее психосоциальные аспекты жизни человека, следует также принять во внимание способ взаимодействия (успешного или нет) человека со своей окружающей средой. Имея это в виду, давайте посмотрим, как термины «Холистическое здоровье» / «Холистический уход» отражены в научной литературе.

Термин «холизм» впервые был введен в академический текст философом Кристианом Смутсом, писавшего о холизме в связи с химией. Согласно его определению, целое больше суммы его частей. Эту идею также можно найти в гештальт-психологии 20-30-х гг. В 70-е гг. значительное влияние понятия холизма испытала наука об уходе, с тех пор оно, несмотря на некоторые

⁵ См., например, работы таких авторов, как Р. Лэинг, Мишель Фуко и Томас Сас, выступавших в 1960 гг. против традиционной психиатрии.

возражения, остается существенной чертой теории об уходе. В Интернете можно обнаружить тысячи работ на тему «холистическая медицина» и «холистическое лечение», в том числе статьи об альтернативных/дополнительных методах лечения, а также исследования, заявляющие о своем биолого-психолого-социальном подходе к проблемам здоровья. В своем обзоре я не стану рассматривать работы по альтернативной/дополнительной медицине и сосредоточусь на статьях, в которых авторы стараются применить или объяснить «холистический» подход. За последние годы было сделано несколько попыток определить, что такое «холистический уход», и проведен ряд эмпирических исследований, ставящих целью использование «холистического» подхода в клинической практике⁶. Термин «холистический» чаще употребляется в текстах в качестве негативной категории, обозначающей то, что *не* является редукционистской медициной. Например, холистический уход характеризуется как не-технический, не-ориентированный на выполнение задачи (ориентированный на отношения), не-фрагментарный, не-утилитарный, не-статистический и т.д. Этот термин вводится в качестве альтернативы строго медицинскому подходу, однако не совсем ясно, какой круг явлений он включает. Главным в холизме является представление о том, что целое (человек) больше суммы его частей, а также скрытая (а порой и явная) критика биомедицинской традиции, которая занимается только соматическими «частями» человеческого тела. Сторонники холистического ухода и холистического здоровья уделяют внимание индивидуальным, эмоциональным, социальным, психологическим, экзистенциальным (а иногда и духовным) измерениям человека. В их работах мы часто находим ссылки на понятие «гармонии», «равновесия» и «целого», однако эти термины не получают должного определения⁷. В

⁶ Большая часть этой литературы относится к науке по уходу. Холизм стал важным признаком профессии медсестры, отличающий ее от врача, биомедицинским помощником которого она прежде была.

⁷ Например, «Клиент должен получить полный доступ к профессиональной помощи медсестры, способствующей созданию жизненного равновесия» (Riley J.B. Holistic self care: Strategies for initiating a personal assessment // *AAOHN Journal*. 51(10). P. 439-447), а также «... поскольку профессия медсестры традиционно подразумевает рассмотрение человека в целом, занимаясь взаимоотношениями тела, сознания и духа...» (MacEvoy L. & Duffy A. Holistic Practice – a conceptual analysis // *Nurse Education in Practice*. 8. P. 412-419) и «Холистический подход подразумевает взгляд на человека как на целое, состоящее из физического, психолого-социального и духовного измерения» (Berg G.V. and Sarvimaki A. A holistic-existential approach to health promotion // *Scandinavian Journal of Caring Science*. 17. P. 384-391). Хотелось бы знать,

подобной точке зрения нет ничего ошибочного. Напротив, она достойна похвалы. Однако эти тексты нередко страдают неопределенностью и отсутствием философской строгости, что делает такой подход похожим на движение Нью Эйдж и не способствует продвижению к решению проблемы.

Что необходимо холистической теории здоровья, чтобы завоевать доверие и влияние в области наук об охране здоровья? Во-первых, следует ясно определить используемые термины и продемонстрировать их релевантность для понимания изучаемой области. Во-вторых, следует показать, каким образом употребляемые термины связаны друг с другом. В третьих, любые линии каузальности или зависимости (между сознанием-телом-миром) должны быть обоснованы на основании эмпирических наблюдений или теоретической аргументации. И наконец, следует показать, какие онтологические предпосылки при этом используются и как эта онтологическая позиция может быть пригодна и полезна для предмета этой теории, в данном случае для холистического здоровья.

Для определения холистического подхода к здоровью в научной литературе чаще всего употребляются следующие термины: человек в целом, лечение, интеграция, благополучие, равновесие, холистическая оценка, холистический подход и холистическая фокусировка. Тот факт, что эти термины используются в тексте без какого-либо объяснения, возможно, указывает на то, что, по мнению авторов, читатель уже разделяет идеологию холизма или, по меньшей мере, скептически относится к редукционистской биомедицине. Отсюда следует, что позиция «холизма» не требует объяснения. Это проблематично, поскольку именно то, что подразумевает холизм, может означать множество вещей. Теоретические статьи, пытающиеся определить холизм, либо анализируют это понятие, либо пытаются синтезировать различные значения, чтобы сконструировать рабочее определение «холистического ухода». Некоторые авторы просто приходят к заключению о невозможности существования термина «холизм» и предлагают отказаться от него в пользу более точных терминов.

Вопрос о том, как соотносятся друг с другом различные понятия холистической теории, не имеет

что такое «жизненное равновесие»? Как авторы понимают «взаимоотношения между телом, сознанием и духом»? Каким образом «физическое, психологическое и социальное измерения» образуют «целое»? Данным высказываниям недостает концептуального, философского обоснования терминов и удовлетворительного объяснения предполагаемого взаимодействия между ними.

четкой аргументации. Такие выражения, как «уравновешенные, взаимодействующие и конкурирующие влияния сознания, тела, окружающей среды и духа» или «живая связь между духовным уходом, духовностью и холизмом», возможно имеют право на существование, однако, пока они не получили адекватного объяснения, от них мало пользы. В научной литературе мы не находим эксплицитного объяснения не только каузальности (как взаимодействуют сознание, тело, дух и мир), но и конкретных онтологических утверждений, вместо которых приводятся общие рассуждения, нередко со ссылками на философов феноменологов или экзистенциалистов. В особом внимании к опыту пациентов нет ничего дурного, но чтобы холистическая теория здоровья приобрела высокий статус в научном сообществе, необходимо нечто большее, чем разглагольствования о «жизненном мире» больного.

Но если эмпирическая научная литература не слишком хорошо объясняет, как живое тело и понятие жизненного мира способствуют нашему пониманию вопросов охраны здоровья, существует достаточно содержательных текстов в таких областях, как философия, социология, антропология, наука по уходу за больным, женские исследования и архитектура, которые рассматривают интересные аспекты живого тела (феноменологический взгляд на тело) по отношению к своей области исследования. Эти авторы часто обращаются к вопросам воплощения таким образом, который может быть интересен для тех, кто работает в области охраны здоровья.

Итак, мы видели, что современные теории здоровья рассматривают не только психосоциальные аспекты человеческой жизни, но и подчеркивают значение того, насколько успешно люди способны взаимодействовать со своей средой. При этом, пытаясь понять что-то интуитивно значимое об опыте пребывания в хорошем состоянии здоровья, они, как и древние теории здоровья, используют понятие равновесия. Согласно современной точке зрения, здоровье может пониматься как «гармония» между целями и достижениями, между конкретными амбициями, компетентностью и возможностями. Считается, что такие личные характеристики, как способность адаптироваться к новой ситуации, твердость духа и запас сил играют роль в сохранении здоровья. Эти теории можно характеризовать как холистические в том смысле, что они адресованы не только одной «части» человеческого существа, хотя взаимодействие сознания, тела и мира здесь, скорее, предполагается, а не подвергается философскому исследованию, поскольку авторов не слишком интересует философская

проблема сама по себе. Кроме того, мы также отмечаем, что хотя в научной литературе часто используются такие выражения, как «холистическое здоровье» и «холистический уход», эти термины выражают не столько философски обоснованную альтернативу редукционизму, сколько идеологическую направленность *против* биомедицины. Позвольте мне сейчас обратиться к собственной феноменологической теории и посмотреть, насколько она соответствует требованиям ясной терминологии, понятной причинно-следственной связи и четко сформулированным предпосылкам. Я собираюсь обсудить, предоставляет ли эта теория разумные основания для многих наших профессиональных (теоретических) и непрофессиональных интуитивных представлений о здоровье, таких как равновесие и успешное взаимодействие с окружающей средой. Таким способом холистическая теория здоровья может обрести философскую ясность и надежность.

Холистическое здоровье в терминах феноменологической теории психосоматики

Терминология, используемая в феноменологической теории психосоматики, почерпнута из философских работ Мерло-Понти. Актуальные термины этой теории таковы: живое тело, структурная трансформация, «диалог» между человеком и миром, значение и выражение, обратимость и плотность. Развернутое толкование этих терминов дано в главах 2-4, и потому в отношении правильно определенной терминологии, эта теория безусловно соответствует упомянутым выше критериям. Вопрос о том, как эти термины соотносятся друг с другом, представляет собой тему главы 5. В терминах онтологических исходных предпосылок стратегический выбор использования феноменологии Мерло-Понти в качестве исходного философского пункта для этой теории мотивирован необходимостью избежать тупиков, которые представляют классический дуализм и материалистический редукционизм, вкратце обрисованные в главе 1. Поскольку я начинаю не с дуалистической или редукционистской основы, то не стану волноваться относительно того, как могут взаимодействовать разум и тело (дуализм), или объяснять, как может возникнуть психосоматическое условие, если не будет психосоциальной реальности (материализм). В «говорящем теле» нет никакой тайны, если мы понимаем, что это тело способно к выражению как *живое* тело. По этой причине феноменология Мерло-Понти несомненно представляет собой подходящее и плодотворное на-

чало для понимания здоровья и болезни как способов существования в мире. Однако проблема этиологии (причинной обусловленности) это то, к чему я предпочла бы здесь обращаться в сжатой форме, поскольку феноменологическая перспектива совершенно отлична от повседневной, естественной установки и поэтому ее следует постоянно разъяснять, чтобы избежать неправильного понимания.

Слово «этиология» происходит от греческого «*aitiologia*», корень «*aitia*» означает «вину», связанную с задолженностью. Латинское слово «*causa*» первоначально было юридическим термином, тоже имевшим отношение к проблеме задолженности. Таким образом, в этимологическом смысле «*cause*» соотносится с чем-то плохим или, во всяком случае, чем-то стоящим вне нормы. Обычные, нормальные события редко служат причинами, хотя формируют фоновый контекст, в котором причина может создать событие, как, например, присутствие кислорода позволяет зажечь спичку. В естественных науках причины видны, процессы поддаются контролю, цепь событий, происходящих в материальном мире, в большинстве случаев отсылает к необычным, неординарным вещам. В случае болезни биомедицина ищет признаки материальных процессов (на различных уровнях тела), которые, как считается, ответственны (*causa*) за плохое здоровье⁸. Материальное тело допускает такой уровень причинной обусловленности, например, вирус *служит причиной* гриппа, сломанная рука *причиняет* боль, удар *служит причиной* паралича и т.д., но к живому телу субъекта (единство мира разума-тела) неприменима такого типа причинность, какая обнаруживается в естественных науках. Частная проблема состоит в том, что трудно обсуждать этиологию в каких-либо других терминах, чем в терминах материального тела, раз мы привыкли смотреть на болезнь как на объективные, обычные психологические процессы, происходящие в материальном теле. Поскольку мы начинаем говорить об «опухлях», «головных болях» и «боли в спине», мы непроизвольно оказываемся в перспективе материального тела, и мысленно представляем себе опре-

деленные психологические процессы, происходящие в безличном материальном теле. Это естественно для нас, поскольку мы знаем, что опухоль относится к перспективе материального тела. Таким образом, вопрос в том, как мы можем сосредоточиться на живом теле и в то же время обсуждать «этиологию» условий, которые мы привыкли рассматривать в терминах безличных, «в третьем лице» процессов, происходящих в материальном теле?

Первое, что нужно делать, это не забывать, чему болезнь соответствует в феноменологической теории психосоматики. Это не каузальный результат материальных процессов в теле, но в первую очередь и по большей части слом установленных значений на соответствующем (психосоциальном) уровне, происходящий на разъединенном поле (прямо противоположном живому телу) и застой в диалоге субъект-мир. Никаких структурных трансформаций не происходит, и значение тела (несформулированное обозначение симптома) становится единственным «ответом» на проблематичную жизненную ситуацию. Если иметь это в виду, вопрос «причины» опыта болезни должны обнаружиться в живом, «промежуточном» опыте отношения людей к их миру. Это не значит, что объективное, материальное тело не играет роли в болезни, это просто желание показать, что феноменологическая теория, представленная в этой книге не относит болезнь к материальным процессам в теле, но скорее сосредотачивается на том, как тело, «я» и мир *проживаются* в хиазме человеческого опыта⁹. Эта перспектива разрешает парадокс, состоящий в том, что некоторые люди, которых можно было бы назвать больными, утверждают, что они здоровы, в то время как другие, без видимых симптомов, действительно больны. Феноменологическая сосредоточенность на системе мира разума-тела (скорее, чем на «соматической» области) представляет собой другую перспективу, о которой мы должны постоянно помнить с целью не впасть снова в каузальную этиологию биомедицины. Таким образом, ответ на вопрос об этиологии, не изолируя психологию, помещает ее на психологический уровень рядом в надежде, что никто не отметит несоответствия этих терминов

⁸ Эта перспектива представляет собой ведущий принцип, лежащий в основе так называемой «медицины, основанной на фактах», которая в последние двадцать лет и подвергалась критике, и получала похвалы. «Факты» в этой парадигме, требующие того или другого медицинского вмешательства, включают в себя большое количество образцов эмпирического, случайно контролируемого изучения. Один из видов знания, которое может быть получено с помощью такого типа изучения, считается «золотым стандартом» научного знания, применяемого в медицине, а если знание не может быть оценено, оно не представляет научного интереса.

⁹ Мерло-Понти пишет: «Усталость не действует на моего собеседника, потому что ему нравится ощущать себя в центре, чувствовать, как на нем сходятся лучи [...] моя усталость заставляет меня останавливаться, потому что мне не нравится это ощущение, потому что я выбираю другое в моем способе существования в мире, потому что, например, меня интересует не естественная установка, а возможность заслужить признание других. (Merleau-Ponty M. *Phenomenology of Perception*. London: Routledge & Kegan Paul, 1945/1962. PP. 441).

(классическая проблема внутри психосоматической теории, описанной в главе 1). Ответ должен отыскаться в третьем термине, в котором мы сможем понять одновременно физиологию и психологию как неоднозначную, переплетенную, воплощенную субъективность существования. Этиология психосоматических симптомов относится не к взаимодействию сознания с «веществом» материального тела, а к интегральному способу, в котором субъект «выбирает» выражение своих трудностей на уровне тела, выражение специфическим психосоматическим способом бытия-в-мире, описанным в главе 5.

Следующий вопрос состоит в том, может ли эта теория, предназначенная для того, чтобы помочь нам понять психосоматическую патологию, содействовать в понимании того, чем является «холистическое здоровье»? Давайте сначала резюмируем, что дают современные теории здоровья, а затем вернемся к трудностям, перечисленным выше в связи с научной литературой о холистическом здоровье. Прежде всего, холистические теории здоровья сосредотачиваются на *человеке* с его психосоциальной реальностью, вступая в спор с редукционистской точкой зрения на здоровье как отсутствие болезни, понимаемой в терминах материального тела. К понятию «баланс» в различных формах (равновесие, уравновешенность и т.д.) в этих теориях обращаются часто, хотя этот концепт не определен и не обсужден в литературе. Современные теории здоровья сосредоточены на отличительных чертах индивидуального характера (таких как обладание жизнерадостным характером или адаптируемость) и важности успешного взаимодействия с окружающей средой для опыта здоровья. Многие из этих интуитивных подходов в действительности представляют собой современные формулировки старых понятий, которые служили нам тысячи лет, как в Западной, так и в Восточной системе мышления. Наиболее серьезные проблемы, связанные с научной литературой о «холистическом здоровье», вызваны нечеткой терминологией и неистолкованными связями или особенностями взаимодействия между субъективным опытом здоровья и различными мультифакторами, которые считаются задействованными в здоровье и в болезни. Здесь феноменологическая теория может предоставить соответствующие пояснения и толкования этих проблем.

Давайте начнем с терминологии, используемой в литературе о холистическом здоровье, в особенности, с термина «целый человек». Хотя этот недостаточно определенный термин употребляется главным образом в качестве критики биомедицины, адресованной

«части» целого, мы можем согласиться, что холистическая теория здоровья и здравоохранение должны попытаться соответствовать определению здоровья ВОЗ, и каким-то образом принять во внимание психосоциальное благополучие человека. Определение Мерло-Понти живого тела как целой системы единства мира разум-тело представляет собой верное описание этого целого, поскольку оно сосредоточено на способе, каким человек (в качестве единства разум-тело) связан с присутствием в мире, поскольку это показывает этому человеку, в частности, живую ситуацию. Живое тело это описание «целого», хотя чтобы верно понять, что такое описанное бытие, человек должен оставить естественную установку и войти в феноменологическую перспективу. Концепт живого тела не только поддерживает реальность психосоциальной сферы существования (в противоположность материалистическому редукционизму), но также вводит идею значения материальных процессов на уровне тела.

Более того, живое тело охватывает также и мир как живую ситуацию, таким образом, вводя в три «полюса» живого тела холистическое описание разума-тела и мира («окружения» как проживаемого субъектом). Работы Мерло-Понти также направлены на взаимодействие человека (как единства разума-тела) и мира в терминах ясно артикулированных концептов, таких как преднамеренное действие, двигательная преднамеренность, выражение, обратимость и хиазма. Таким образом, концепт живого тела (и более позднее понятие плоти) представляет в полной мере развернутую оценку разума, тела и мира так же как обращение к проблеме «взаимодействия» между ними.

Следующие термины, которые нуждаются в пояснении для холистической теории здоровья, это «баланс», «интеграция» «равновесие» и тому подобные. В литературе часто встречаются эти концепты, хотя они не развернуты. Я полагаю, что понятие структурной трансформации и «гармонии ситуации», описанное в феноменологической теории, может придать этим терминам подобающее содержание. Как описано в главе 5, когда ситуация соответствует установленным значениям на нужном уровне, мы обнаруживаем «гармонию» и «баланс» в смысле, что там отсутствует напряженность или неразрешенный «гештальт», нуждающийся в структурной трансформации. Нужный уровень (в континууме разума-тела) установленных значений достигается либо через обычное осажение (если ситуация знакома), либо через структурные трансформации, если человек нуждается в изменении своих структур для приспособления к новой ситуации, в последнем случае создавая новые свежие

значения и горизонты. Преимущества понимания баланса в терминах структурных трансформаций в том, что оно дает нам способ концептуализировать «встречу» человека и ситуации. Когда мы понимаем значение как уровень переплетения (хиазму) между человеком и ситуацией, мы можем исследовать ориентацию субъекта по отношению к миру и увидеть, где установленные значения разрушаются. Это состояние, именуемое неспециализированным «равновесием» в литературе, сейчас может быть истолковано как гармония ситуации в живом теле. Не следует формировать психосоматические симптомы для того, чтобы использовать это понимание гармонии и баланса. Отсутствие благополучия, связанное с болезнью, в большей или меньшей степени обусловлено существованием в разрушенном мире. Степень разрушения должна соответствовать тому, до каких пределов проблема со здоровьем (сломанная нога, диабет, мигрень, люмбаго и т.д.) служит препятствием чьим-то целям, осмыслению своего «я» и восприятию мира («окружения» с которым человек взаимодействует). Согласно такому пониманию здоровья, человек может обладать лучшим или худшим здоровьем, даже в случае болезни и, наоборот, опыта нездоровья даже если здесь нет соответствующего объективного знака (физические процессы обуславливают симптомы) в физическом теле.

В современных теориях здоровья существует установленное понимание того, что способность адаптироваться к различным жизненным ситуациям важна для того, чтобы быть способным поддерживать здоровье. Возможность адаптироваться также может быть понята в терминах способности трансформировать и осаждавать структуры с целью распространить опыта человека и мира. Тем в большей степени мира, чем человек может «видеть» и испытывать, чем больше человек может реализовать человеческое стремление к трансцендентности, что характерно для нашего способа существования-в-мире. Как «я», так и мир вовлечены в движение становления, и насколько человек может «адаптироваться» к этому процессу, настолько он чувствует себя здоровым. Адаптация в этом смысле представляет собой термин, описывающий адекватную структурную трансформацию. Не-адаптация или неуспешная адаптация происходит, когда структурная трансформация невозможна и обычный осажденный способ переживания и понимания мира не годится для данной ситуации. Ясно, что чем раньше человек адаптируется к новому, тем больше шансы, что у него будет все необходимое, чтобы встретиться с разнообразными сложными задачами, таким обра-

зом, сводя к минимуму риск реакций долгосрочного стресса и психосоматических симптомов. Другая идея, которую можно обнаружить в современных теориях холистического здоровья, в которых здоровье должно быть связано с достижением целей и осуществлением возможностей, существующих вместе с ценностями и возможностями человека. Осуществление жизненных целей, безусловно, вовлечено в опыт здоровья, и может быть понято как способ, которым человек стремится к все более тонкой нюансированной артикуляции «я» и мира. Будучи созданиями языка, культуры социальной жизни, мы находимся в мире, который дан нам как место, где мы должны проживать свою жизнь и добиваться своих целей. В пределах, в которых мы успешно осуществляем свои цели (путем взаимодействия с действительностью), мы ощущаем себя более или менее компетентными и взрослыми, более или менее успешными в артикулировании «я» в терминах наших ценностей, амбиций и желаний. Наряду с этим феноменологическое определение здоровья в соответствии с теорией, изложенной в этой книге должно выглядеть так: здоровье, этот способ бытия-в-мире, где возникает масса ситуаций, должно поддерживаться и развиваться в постоянном развертывании установления значений, где как субъект, так и значимый мир (успешная структурная трансформация) развертываются во времени.

Вследствие того, что эта теория предусматривает не-диалектическую, не-редукционистскую структуру, она идеальна для артикуляции холистической теории здоровья. Хотя эта теория предназначена для специфического психосоматического нездоровья, ее возможно соединить с любым типом оценки холистического здоровья. Например, если молодой человек сломал руку, прямой биомедицинский подход состоял бы в заботе о его переломе и возможно, рекомендации некоторых анальгетиков. Холистический взгляд затрагивал бы другие измерения, чем материальные, такие как: что *означает* для этого индивида в данный момент не иметь возможности пользоваться рукой? Он мог бы, например, участвовать в соревнованиях по бейсболу, и терять драгоценное время тренировок, потому что не мог практиковаться. Его домашняя ситуация могла быть такой, что его родители настаивали бы на том, чтобы он отличился в спорте. Он мог воображать, что единственный путь привлечь внимание девушек, которые его интересуют, это стать в школе звездой бейсбола. Одна из его «жизненных целей», следовательно, это стать членом бейсбольной команды. Это означает, что простой перелом может не быть таким простым для этого мальчика, и про-

фессиональное здравоохранение должно учитывать это, если мы хотим сказать, что в самом деле хотим увидеть «целого» человека. Используя озарения живого тела, это можно представить так, что личность мальчика, преднамеренное действие, диалог с его миром и его способность выдерживать различные ситуации (например, обучение) также страдает в течение этого времени, заканчиваясь болезнью, которая первоначально не имела отношения к его перелому, а скорее к тому, как его перелом трансформировал его взгляд на самого себя и что мир смог «предоставить» ему в границах возможных ситуаций, когда у него была рука в гипсе.

Таким образом, когда мы говорим о холистическом здоровье и холистическом суждении, необходимо наполнить термины содержанием, которое дает нам инструменты, которые мы можем употребить, чтобы понять здоровье в терминах ВОЗ: «[...] душевное и социальное благополучие, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов». Феноменологическая теория, изложенная в этой книге, соответствует критериям, необходимым для обоснования «холистического здоровья» в философской структуре. В следующей, последней, главе я стану рассматривать, что именно означает такая точка зрения на здоровье и болезнь для клинической практики здравоохранения.

Список литературы:

1. Ahmed S. *Queer phenomenology: orientations, objects, others*. Durham and London: Duke University Press, 2007.
2. Al-Saji A. A past which has never been present: Bergsonian dimensions in Merleau-Ponty's theory of the prepersonal // *Research in Phenomenology*. 2008. № 38. P. 41-47.
3. Benner P. *The tradition and skill of interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd, 1994.
4. Benner P. The phenomenon of care // Toombs K. (Ed.), *Handbook of Phenomenology and medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
5. Berg G.V. & Sarvimäki A. A holistic-existential approach to health promotion // *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2003. № 17. P. 384-391.
6. Boors C. Health as a theoretical concept // *Philosophy of Science*. 1977. № 44. P. 542-573.
7. Borwick C. A holistic approach to meeting the needs of patients with conditions that affect their appearance // *Primary Health Care*. 2011. № 21 (1). P. 33-39.
8. Bowker J. *Problems of suffering in religions of the World*. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.
9. Brown J., & Wimpenny P. Developing a holistic approach to obesity management // *International Journal of Nursing Practice*. 2011. № 17. P. 9-18.
10. Bush N., & Bruni N. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation // *International Journal of Palliative Nursing*. 2008. № 14 (11). P. 539-545.
11. Carel H. *Illness*. Stockfield: Acumen, 2008.
12. Csordas T. (Ed.). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
13. Dahlberg K., Nyström M., & Dahlberg H. *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur, 2007.
14. Desjarlais R., & Throop J.C. Phenomenological Approaches in anthropology // *Annual Review of Anthropology*. 2011. № 40. P. 87-102.
15. Dubos R. *The mirage of health*. New York: Harper and Row, 1959.
16. Fleck L. *The genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1979.
17. Gallagher S. Body schema and intentionality // Bermúdez J.A., Marcel A., Elian N. (Eds.). *The Body and the Self*. Cambridge: The MIT press, 1995.
18. Gallagher S. *How the body shapes the mind*. Oxford: Clarendon Press, 2005.
19. Gieck J.D., & Olsen S. Holistic wellness as a means to developing a lifestyle approach to health behavior among college students // *Journal of American College Health*. 2007. № 56 (1) P. 29-35.
20. Henderson S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice // *Nurse Education in Practice* 2002. № 2. PP. 244-250.
21. Herzlich C. *Health and illness: a social psychological analysis*. London: Academic Press. 1973.
22. Hippocrates — <http://www.brainyquote.com/quotes/authors/hippocrates.html>.
23. Hjem K., Rolfe M., Bryar R.M., Andersson B.-L., & Fletcher M. Holism in community leg ulcer management: A comparison of nurses in Sweden and the UK // *British Journal of Community Nursing*, 2003. № 8 (8). P. 353-363.

24. Illich I. The limits of medicine. London: Pelican books, 1977.
25. Jacobson K. Embodied domestics, embodied politics: Women, home and agoraphobia // Human Studies. 2011. № 34. P. 1-21.
26. Jewson N.D. The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870 // Sociology. 1975. № 10(2). PP. 225-244.
27. Johnson M. The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination, and reason. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1987.
28. Kaptchuk T. J. The web that has no weaver. New York: Contemporary Books Inc., 2000.
29. Knibbe K., & Versteeg P. Assessing phenomenology in anthropology: lessons from the study of religion and experience // Critique of Anthropology. 2008. № 28 (47). P. 47-62.
30. Leder D. The absent body. Chicago: The University of Chicago Press, 1990.
31. Mansfield K. Letters and journals. London: Pelican books, 1977.
32. McEvoy L., & Duffy A. Holistic Practice — a conceptual analysis // Nurse Education in Practice. 2008. № 8. P. 412-419.
33. Merleau-Ponty, M. Phenomenology of Perception. London: Routledge & Kegan Paul. 1945/1962.
34. Nordenfelt Lennart. On the nature of health: An action-theoretic approach. Dordrecht: Reidel Publishing, 1987.
35. Odey K. Legitimizing patient sexuality and sexual health to provide holistic care // Gastrointestinal Nursing. 2009. № 7(8). PP. 43-47.
36. Pallasmaa J. The eyes of the skin: Architecture and the senses. John Wiley & Sons, UK. 2005.
37. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure // Caplan A.L., Englehardt H.T., McCartney Jr. & J.J. (Eds). Concepts of health and disease Interdisciplinary Perspectives. USA. Addison-Wesley Publishing, 1981.
38. Plato. Charmides in Plato. Collected Dialogues. New Jersey: Princeton University Press, 1961.
39. Pörn I. Health and adaptedness // Theoretical Medicine. 1993. № 14. PP. 295-303.
40. Reed P.G. Nursing reformation: Historical reflections and philosophic foundations // Nursing Science Quarterly. 2000. № 13 (2). P. 129-136.
41. Riley J.B. Holistic self care: Strategies for initiating a personal assessment // AAOHJ Journal. 2003. № 51 (10). P. 439-447.
42. Sacks O. Awakening. New York: Harper Perennial, 2001.
43. Seedhouse D. Health: the foundation for achievement. New York: John Wiley & Sons Ltd, 2001.
44. Smuts J.C. Holism and evolution. New York: Macmillan, 1926.
45. Strandberg E.L., Ovhed I., Borgqvist L., & Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study // BMC Family Practice. 2007. № 8(8).
46. Tamm M. Modeller för hälsa och sjukdom. Malmö: Tiger Förlag, 1994.
47. Thorn S.E. People and their parts: Deconstructing the debates in theorizing nursing's clients // Nursing Philosophy. 2001. № 2. PP. 259-262.
48. Tolero M. Perception, normativity, and Selfhood in Merleau-Ponty: the spatial level and existential space // The Southern Journal of Philosophy. 2005. № 43. PP. 443-461.
49. Toombs K. (Ed.) Chronic illness: From experience to policy. Indiana: Indiana University Press, 1995.
50. Toombs K. (Ed.) Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht. Kluwer Academic Publishers, 2001.
51. Tumer B. S. Disability and the sociology of the body // Albrecht G.L., Seelman K.D., Bury & M. (Eds). Handbook of disability studies. Thousand Oaks: Sage Publication Inc. 2001. PP. 252-266.
52. Williams R. Concepts of health: an analysis of lay logic // Sociology. 1983. № 17 (2). PP. 185-205.
53. Williams S., & Bendelow G. The lived body: sociological themes, embodied issues. London & New York: Routledge, 1998.
54. World Health Organization // Official records of the World Health Organization. 1948. № 2.
55. Young I.M. On female body experience: Throwing like a girl and other essays. Oxford: Oxford University Press, 2005.
56. Zengerle-Levy K. Practices that facilitate critically burned Children's holistic healing // Qualitative Health Research. 2004. № 14 (9). PP. 1255-1275.

References (transliteration):

1. Ahmed S. Queer phenomenology: orientations, objects, others. Durham and London: Duke University Press, 2007.
2. Al-Saji A. A past which has never been present: Bergsonian dimensions in Merleau-Ponty's theory of the prepersonal // Research in Phenomenology. 2008. № 38. P. 41-47.

3. Benner P. The tradition and skill of interpretative phenomenology: embodiment, caring and ethics in health and illness. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd, 1994.
4. Benner P. The phenomenon of care // Toombs K. (Ed.), Handbook of Phenomenology and medicine. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
5. Berg G.V. & Sarvimäki A. A holistic-existential approach to health promotion // Scandinavian Journal of Caring Science. 2003. № 17. P. 384-391.
6. Boors C. Health as a theoretical concept // Philosophy of Science. 1977. № 44. P. 542-573.
7. Borwick C. A holistic approach to meeting the needs of patients with conditions that affect their appearance // Primary Health Care. 2011. № 21 (1). P. 33-39.
8. Bowker J. Problems of suffering in religions of the World. Cambridge: Cambridge University Press, 1970.
9. Brown J., & Wimpenny P. Developing a holistic approach to obesity management // International Journal of Nursing Practice. 2011. № 17. P. 9-18.
10. Bush N., & Bruni N. Spiritual care as a dimension of holistic care: a relational interpretation // International Journal of Palliative Nursing. 2008. № 14 (11). P. 539-545.
11. Carel H. Illness. Stockfield: Acumen, 2008.
12. Csordas T. (Ed.). Embodiment and experience: The existential ground of culture and self. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
13. Dahlberg K., Nyström M., & Dahlberg H. Reflective lifeworld research. Lund: Studentlitteratur, 2007.
14. Desjarlais R., & Throop J.C. Phenomenological Approaches in anthropology // Annual Review of Anthropology. 2011. № 40. P. 87-102.
15. Dubos R. The mirage of health. New York: Harper and Row, 1959.
16. Fleck L. The genesis and development of a scientific fact. Chicago: University of Chicago Press, 1979.
17. Gallagher S. Body schema and intentionality // Bermúdez J.A., Marcel A., Elian N. (Eds.). The Body and the Self. Cambridge: The MIT press, 1995.
18. Gallagher S. How the body shapes the mind. Oxford: Clarendon Press, 2005.
19. Gieck J.D., & Olsen S. Holistic wellness as a means to developing a lifestyle approach to health behavior among college students // Journal of American College Health. 2007. № 56 (1) P. 29-35.
20. Henderson S. Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice // Nurse Education in Practice 2002. № 2. PP. 244-250.
21. Herzlich C. Health and illness: a social psychological analysis. London: Academic Press. 1973.
22. Hippocrates — <http://www.brainyquote.com/quotes/authors/hippocrates.html>.
23. Hjem K., Rolfe M., Bryar R.M., Andersson B.-L., & Fletcher M. Holism in community leg ulcer management: A comparison of nurses in Sweden and the UK // British Journal of Community Nursing, 2003. № 8 (8). P. 353-363.
24. Illich I. The limits of medicine. London: Pelican books, 1977.
25. Jacobson K. Embodied domestics, embodied politics: Women, home and agoraphobia // Human Studies. 2011. № 34. P. 1-21.
26. Jewson N.D. The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870 // Sociology. 1975. № 10(2). P. 225-244.
27. Johnson M. The body in the mind: The bodily basis of meaning, imagination, and reason. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1987.
28. Kaptchuk T. J. The web that has no weaver. New York: Contemporary Books Inc., 2000.
29. Knibbe K., & Versteeg P. Assessing phenomenology in anthropology: lessons from the study of religion and experience // Critique of Anthropology. 2008. № 28 (47). PP. 47-62.
30. Leder D. The absent body. Chicago: The University of Chicago Press, 1990.
31. Mansfield K. Letters and journals. London: Pelican books, 1977.
32. McEvoy L., & Duffy A. Holistic Practice — a conceptual analysis // Nurse Education in Practice. 2008. № 8. P. 412-419.
33. Merleau-Ponty, M. Phenomenology of Perception. London: Routledge & Kegan Paul. 1945/1962.
34. Nordenfelt Lennart. On the nature of health: An action-theoretic approach. Dordrecht: Reidel Publishing, 1987.
35. Odey K. Legitimizing patient sexuality and sexual health to provide holistic care // Gastrointestinal Nursing. 2009. № 7(8). PP. 43-47.
36. Pallasmaa J. The eyes of the skin: Architecture and the senses. John Wiley & Sons, UK. 2005.

37. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure // Caplan A.L., Englehardt H.T., McCartney Jr. & J.J. (Eds). Concepts of health and disease Interdisciplinary Perspectives. USA. Addison-Wesley Publishing, 1981.
38. Plato. Charmides in Plato. Collected Dialogues. New Jersey: Princeton University Press, 1961.
39. Pörn I. Health and adaptedness // Theoretical Medicine. 1993. № 14. P. 295-303.
40. Reed P.G. Nursing reformation: Historical reflections and philosophic foundations // Nursing Science Quarterly. 2000. № 13 (2). P. 129-136.
41. Riley J.B. Holistic self care: Strategies for initiating a personal assessment // AAOHJ Journal. 2003. № 51 (10). P. 439-447.
42. Sacks O. Awakening. New York: Harper Perennial, 2001.
43. Seedhouse D. Health: the foundation for achievement. New York: John Wiley & Sons Ltd, 2001.
44. Smuts J.C. Holism and evolution. New York: Macmillan, 1926.
45. Strandberg E.L., Ovhed I., Borgqvist L., & Wilhelmsson S. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study // BMC Family Practice. 2007. № 8(8).
46. Tamm M. Modeller för hälsa och sjukdom. Malmö: Tiger Förlag, 1994.
47. Thorn S.E. People and their parts: Deconstructing the debates in theorizing nursing's clients // Nursing Philosophy. 2001. № 2. P. 259-262.
48. Tolero M. Perception, normativity, and Selfhood in Merleau-Ponty: the spatial level and existential space // The Southern Journal of Philosophy. 2005. № 43. P. 443-461.
49. Toombs K. (Ed.) Chronic illness: From experience to policy. Indiana: Indiana University Press, 1995.
50. Toombs K. (Ed.) Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht. Kluwer Academic Publishers, 2001.
51. Tumer B.S. Disability and the sociology of the body // Albrecht G.L., Seelman K.D., Bury & M. (Eds). Handbook of disability studies. Thousand Oaks: Sage Publication Inc. 2001. P. 252-266.
52. Williams R. Concepts of health: an analysis of lay logic // Sociology. 1983. № 17 (2). P. 185-205.
53. Williams S., & Bendelow G. The lived body: sociological themes, embodied issues. London & New York: Routledge, 1998.
54. World Health Organization // Official records of the World Health Organization. 1948. № 2.
55. Young I.M. On female body experience: Throwing like a girl and other essays. Oxford: Oxford University Press, 2005.
56. Zengerle-Levy K. Practices that facilitate critically burned Children's holistic healing // Qualitative Health Research. 2004. № 14 (9). P. 1255-1275.