

Философия и культурология

УДК 1(128)

ББК 87.6

Лебедев Владимир Юрьевич,

доктор философских наук, профессор,

ФГБОУ ВПО «Государственная академия славянской культуры»,

Филиал в г. Тверь, Студенческий пер., 11а, 170100

г. Тверь, Российская Федерация

E-mail: semion.religare@yandex.ru

Федоров Алексей Васильевич,

ассистент Лаборатории междисциплинарных

биосоциологических и биофилософских исследований,

Тверская государственная медицинская академия,

ул. Советская, д. 4, 170100 г. Тверь, Российская Федерация

E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru

ФИЛОСОФИЯ СТРАДАНИЯ И ПРАКТИКА СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЫ

Аннотация: Философское осмысление страдания неотрывно от изучения конкретного культурного праксиса, в этом случае философское умозрение становится координированным с реалиями культуры. Частным случаем проблемы страдания является боль, особенно у инкурабельных больных. Боль в этом случае сопряжена с процессом ухода как таковым, что позволяет соотносить разные виды боли со стадиями перехода (А. ван Геннеп). Опыт умирания, сопряжённый со страданием и болью, ставит человека в уникальную ситуацию, требующую не только нового осмысления, но и помощи со стороны, поскольку отчуждённость от мира живых воспринимается в этом случае очень остро. Боль выступает как редуцированный опыт смерти. Боль выступает сложным явлением, имеющим физиологические, психологические, экзистенциальные аспекты. Характер восприятия боли зависит и от культурных практик, куда относится медицина, и от личностных установок больного. Восприятие боли религиозными людьми обычно сопровождается наделением боли смыслом, вытекающим из отношений с Богом. Такие отношения помогают решить проблему финального одиночества, перед которой врачи обычно оказываются бессильными. Медикализованный человек современности, решив ряд проблем, связанных с болью, породил ряд новых, так что страдающий человек всё равно рискует остаться наедине со своими последними вопросами. Терминальные боль и страдания изменяют восприятие времени, пространства, коммуникативных стереотипов. Подготовленный уход выглядит

как наиболее желательный, и здесь религиозный праксис мог бы быть востребованным более широко, что повлияло бы на восприятие боли и в качестве элемента самой жизни, а не только исхода из неё.

Ключевые слова: культура, лиминальность, медиализация культуры, редуцированный опыт смерти, социальные функции медицины.

Я полюбил страдание
Свт. Лука Крымский

Ну что ж, пускай боль. <...> Вместо смерти был свет.
Л. Н. Толстой

Частным случаем проблемы страдания является осмысление и отношение к боли, исследуемой не только физиологически и медицински, но и философски. А вопрос о статусе боли для инкурабельного пациента ещё и актуальный аспект культурного праксиса. Философская проблема перерастает в вопрос самоидентификации и отношения со стороны близких. Вопрос чётко формулируется В. Л. Лехциером: «Каково место боли и болезни в человеческой жизни? Является ли болезнь онтологической возможностью экзистенции, своеобразным способом или способностью быть?» [4, с. 264]. Современная медицина, к счастью, перестала воспринимать боль как чисто физический феномен. Отчасти это можно объяснить переходом от чисто технократических моделей медицинской науки к экзистенциальным (по П. Д. Тищенко).

Можно ввести понятие «доминанты боли», складывающееся из двух компонентов: субъективного (психологического) и объективного (физиологического, патофизиологического). Физиологический компонент — основное звено боли (альтерация) и каскад патофизиологических реакций, запускающих типичную картину боли. Помимо спора о патологичности/физиологичности боли, важным фактором выступает время: боль острая либо хроническая. Несмотря на относительную однотипность протекания всей патофизиологической картины, фактор времени является основополагающим в процессе включения компенсаторных реакций, помогающих адаптироваться к новому состоянию (для пациентов с хроническими болями правомочно употребление терминов «жизнь в боли», «боль как образ жизни», а также «привычка к боли»). Физиологический компонент боли на современном этапе развития медицины относительно верифицируем.

Философски напряжённый момент — различение феноменов «боли» и «страдания». Хирургические вмешательства на головном мозге выявили возможность сохранения боли при выпадении собственно страдания, явления «безразличной боли». Обратный случай: пациент жалуется на боли в груди (симптом депрессии), добивается лечения у кардиолога, дабы избавиться от болевых ощущений. Боль и страдание не разделены чёткой демаркационной линией. Полной противоположностью выступает субъективный компонент объективно существующей боли. Он не верифицируем и в каждом случае индивидуален. Не существует ни одного случая

абсолютного повтора этого компонента боли, да и механизмов верификации такого повтора у нас нет. Семиотика поведения человека скорее «намекает» на боль, но этим дело и исчерпывается. Взаимодействуя, эти компоненты формируют особую доминанту боли, выступающую отправной точкой, триггером функционирования системы «пациент – боль – врач», к которой могут добавляться: социум, социальный институт, близкие, Бог.

Особой формой этой доминанты боли выступает «боль без боли», имеющая два подтипа: «Боль без боли» с диагнозом и «Боль без боли» без такового. Эта форма доминанты боли — система с минимизированным или полностью аннулированным физиологическим компонентом. Многие incurable пациенты до самой смерти боли не ощущают. Это связано со спецификой самого патологического процесса и со спецификой пациента как субъекта боли. В связи с последним можно отметить «прикрывающую боль» и «принятую боль». В первом случае физическая боль заглушает психологические страдания и иной дискомфорт, воспринимается как относительное благо. Во втором больной вполне ощущает боль, но «открыт» ей, приписывая ей ценностные характеристики. Это, чаще всего, случай религиозных людей, встраивающих боль в ценностно-поведенческую структуру отношений с Богом (вопрос о том, что теистические религии предполагают определённую степень готовности к перенесению боли и иных дискомфортных состояний как часть этического и аскетического праксиса, заслуживает отдельного разговора).

В медиализированной культуре с доминантой боли, помимо самого момента становления, существует второй основополагающий процесс — диагностирование, имеющий огромное значение по трём причинам:

1. Медиализация повседневности. Каждый человек — потенциальный больной, но ещё больше он — потенциальный пациент. Шутливая эвристическая установка «нет здоровых, есть недообследованные» — иллюстрация тому. Медицина сегодня претендует на многие функции, которые присущи религии, что очень важно в условиях современной России. Вся жизнь человека, от рождения до смерти, прямо или косвенно соотносится с медициной. Культурная реальность такова, что можно быть пациентом, не будучи больным, но быть больным, не будучи пациентом, — большая редкость. Медиализация культуры актуализирует вопрос о распределении влияния науки и религии. Отдельная проблема — превращение больного в пациента как культурная практика.

2. Анестезия как всякое действие, направленное на минимизацию или прекращение «нежелательного» комплекса ощущений, эмоций, реакций¹. Западная

¹ Отчасти этот фактор есть закономерное продолжение медиализации. К примеру, «медиализированная смерть» пациента в бессознательном состоянии в стенах клиники; последующая почти «тайная» отправка тела в морг, выдача родственникам уже в «надлежащем состоянии» и скорое прощание — это то, что отмечал Ф. Арьес («Человек перед лицом смерти»). Смерть современным человеком воспринимается как фактор дестабилизирующий, наводящий на «дурное», — так почему бы не минимизировать его?

культура всё более тяготеет к восприятию суицида и эвтаназии как анестезии, доведённой до логического конца, когда летальный исход — не результат, а крайнее средство.

3. Выход медицины за пределы чистой науки. Происходит культурная и социальная институционализация медицины. Войдя в систему социальных отношений, медицина стала выполнять и одну из социальных функций: контроль и сдерживание. Это и стремление получить максимальный контроль над индивидом и целыми группами (как своего рода «социальный заказ», но без возможности отказаться от него), попытки «соединить несоединимое»: максимум рычагов для воздействия при сохранении биоэтического принципа автономии личности. Девальвация принципа автономии и теоретически, и на практике делает его декларативным. Поэтому нынешняя парадигма биоэтики малоприменима к меняющейся реальности, чем её стремятся заменить — не вполне понятно.

Соотнеся процесс диагностирования с типологией ритуалов перехода А. ван Геннепа [1], можно говорить о диагностировании как о прелиминарном обряде («фаза отделения», по А. ван Геннепу). Диагностирование в узком смысле — это включение в систему «боль–больной», «Я-Иной (боль как Иной)» третьего лица — врача, с целью ответить на вопрос «Почему?». Этот барьер, как правило, медицинской пересекается легко. Но вместо ответа на вопрос «Почему?» пациент получает ответы на вопросы «Как?» и «Что делать?». Тем не менее существует группа пациентов, для которых вопрос «Почему?» крайне важен. Это, во-первых, люди рационально-интеллектуального склада, для которых знание этиологии и патогенеза болезни обладает успокаивающим эффектом и удовлетворяет гносеологический интерес. Во-вторых, это — люди с религиозной доминантой, для которых анализ причины входит в систему духовной жизни и сопоставим с моральным анализом любого поступка. Но даже пациенты-«рационалисты» подчас до сведения боли к относительно терпимой утрачивают гносеологические интересы. Лишь пациенты религиозные и в подобном состоянии нередко способны на рефлексию, пусть и фрагментарную, порой они сразу могут сказать, какой грех, по их мнению, повлечёт наказание в виде боли. Это видно и по их речевому поведению, где, наряду с инвокациями «Господи, помоги», можно слышать именно «Господи, прости».

Иначе дело обстоит, когда врач распознал боль как знак терминальный или как фактор, который будет преследовать пациента всю жизнь (так, хронические дегенеративные процессы костно-суставной системы не фатальны, но преследуют индивида до самого конца). Мы подходим к проблеме боли и страдания у инкурабельных пациентов. У этой категории пациентов может быть как классическая картина доминанты боли, так и «боль без боли». Для подавляющего большинства пациентов второй вариант субъективно значительно хуже, поскольку оставляет пациента наедине с собой (осознание «оставленности»), боль утрачивает экранирующую функцию. Боль может быть терпимой при фатальных перспективах.

Рассмотрим особенности этих двух типов доминант. Классическая доминанта боли: несмотря на анестезию, пациентов до конца преследует физиологический компонент. Это связано отчасти с ещё не до конца разработанными техниками

анестезии и с неоднозначностью медицинских взглядов на применение анальгетиков. Здесь можно наблюдать вмешательство культурного фактора. Существующие техники, в том числе и самые передовые (например, Patient Controlled Analgesia — контролируемое пациентом введение анальгетиков), для большинства российских пациентов малодоступны. Сеть хосписов, где можно было бы внедрять такие технологии, ещё недостаточна. Лимиты анальгетиков плохо соотносятся с реальными потребностями. Методика ступенчатого обезболивания также несёт опасность недостаточно оперативного снятия боли и унижительного эффекта «издевательства» со стороны врача. Это состояние, наряду с осознанием беспомощности и восприятием самого себя как тяжёлой ноши для родственников, продолжает быть одной из частых причин суицидов у терминальных пациентов.

Картина «боль без боли», хоть и не сопровождается выраженным физиологическим болевым компонентом, не протекает более «легко». При отсутствии болевого компонента в клинике может быть другой, не менее мучительный (слабость, двигательные нарушения, одышка²). Доминанта по типу «боль без боли» может быть почвой для крайне спорной практики неразглашения диагноза. «Просто температура от инфекции» может быть удобной маской для прикрытия фатального процесса. В таких случаях пациент один на один остаётся не только перед вопросами «Почему?», но и «Как, по какой причине?» и «Что дальше?». Массовое повышение культурного уровня, доступность медицинской литературы и Интернета даёт таким больным возможность догадаться, пусть и приблизительно, о подлинном положении дел. При наличии умения фиксировать семиотику поведения врача многие вещи скрыть уже не удаётся. Эпоха медицинской безграмотности уходит в прошлое. Культурное неравенство врача и пациента уравнивается уменьшением их когнитивного неравенства. Также в этом варианте картины болезни актуальна проблема «оставленности». Классический вариант: пациент и родственники знают о фатальном диагнозе, но, не требуя обезболивания, пациент получает стандартную симптоматическую терапию, в отличие от соседа, требующего усиленной анестезии. Выраженные психологические реакции воспринимаются как «скверный характер» и «капризы» и вызывают попытки применения психотропных препаратов. Возможность в таких случаях позвать священника, который найдёт время для беседы (возможно, исповеди и соборования, молитв на исход души), есть сейчас только в немногих случаях. Вызовы духовенства в подобных случаях на дом, по нашим наблюдениям, встречаются даже чаще.

Теперь мы подходим к философскому «нерву» проблемы. Утверждение, что опыт боли выступает как редуцированный опыт смерти, требует комментариев применительно к избранному нами случаю боли у инкурабельных пациентов. Во-первых, стоит ли рассматривать боль как редуцированный опыт только смерти? Жизнь любого биологического вида немислима без болевых ощущений, поэтому чисто биологически можно предположить, что способность к восприятию и осмыс-

² Доминирования хотя бы одного из этих факторов уже более чем достаточно, чтобы довести пациента до отчаяния, особенно если со стороны врача наблюдаются упорные попытки внушить «иррациональный оптимизм».

лению боли является критерием нормальной жизнедеятельности. Во-вторых, опыт боли, являясь одновременно и опытом жизни, и опытом смерти, выступает демаркационной линией, отделяющей, казалось бы, две противоположности. Но это ещё и то общее, что их объединяет. Происходит смена семиотической точки зрения, но истолкование этой смены зависит от всего опыта личности как результата страдания и боли [5, с. 188]. Вступая в это пространство и осмысляя это вступление, инкурабельный пациент совершает лиминальный переход.

«Лиминальность» — термин, обозначающий «пороговое» или переходное состояние между двумя стадиями развития человека или сообщества. По А. ван Геннепу, выделяют: отделение (прелиминарные обряды), промежуток (лиминарные обряды), включение (постлиминарные обряды). Такая типология объясняет смерть как лиминальный переход. Иллюстрация лиминальности — агональное состояние. Постлиминарная судьба индивида распадается на две линии. Для естественнонаучного сознания он получает права и обязанности «структурного» типа, соответствующего обычным нормам, т. е. трупа, подчиняющегося лишь законам физики. Если рассматривать три указанных этапа в рамках пяти стадий умирания по Э. Кюблер-Росс (соотношение её идей с православной антропологией — предмет отдельного исследования) [3], точкой перехода от прелиминарности к лиминарности станет момент сообщения пациенту фатального диагноза, а точкой перехода от лиминарности к постлиминарности — стадия принятия и ожидания смерти. Концепция Кюблер-Росс позволяет выделять терминальные периоды, длящиеся не только годами, но и десятилетиями, когда человек «живёт не живя». Наступление «усталости от жизни», упадка творческих возможностей, ангедонии разного происхождения уже можно рассматривать как начало терминального периода, если эти явления сопряжены ещё и со снижением страха смерти. В клинической практике такое понимание терминальности не найдёт признания, но для философского и религиозного осмысления она очень ценна. Мы примем это утверждение в качестве отправной точки для дальнейшего исследования.

Доминанта боли, сформировавшись, полностью меняет мировоззрение пациента, выставляя один за другим вопросы, ответа на которые он избегал в течение жизни. Чем более пациент бежал от них, считая себя «бессмертным», тем с большей остротой они будут заданы, когда время уже ограничено. Отсрочка «платы по счетам» делает более затратной саму плату. Философия в этом плане может служить «наукой умирать», но вряд ли может быть полезна, когда времени на философскую рефлексию, как кажется, не остаётся, да и пациент банально не способен на это. Здесь философия уступает место религиозному катарсису. Ответ врача на вопрос «Как?» и «Сколько времени осталось?» выступает как фактор, запускающий поиск внутреннего ответа на вопрос «Почему?». Пациент оказывается в «подвешенном состоянии вопросительности» и вряд ли может задать вопрос. Беседы с врачом оказываются беседами о сути патологии или советами «общего характера» (хотя вопросы «Знаю, что умираю, объясните, от чего именно», всё же возможны) вроде «Ждите, смиритесь, молитесь». Более того, медики не склонны обсуждать подобные вопросы, среди окружения терминального пациента они менее всего

склонны к философской рефлексии. На работу психотерапевтического характера времени нет, её не предусматривают вообще (если не считать рекомендаций делать во время беседы с больным «внимательное» лицо и помнить, что во время беседы больной может заплакать). Один вопрос «Почему?» оборачивается при ближайшем рассмотрении каскадом вопросов: «Почему именно сейчас, а не потом? Почему я, а не кто-то другой? Почему они все молчат?» И даже «Почему Ты меня оставил?» (эту евангельскую фразу произносит отнюдь не только герой фильма И. Бергмана «Причастие»).

Помимо основного вопроса «Почему?», возникает ряд не менее мучительных вопросов, требующих скорейшего разрешения. Лиминарная боль является фактором осознания проблемы конечности бытия и проблемы времени. Понятие «субъективного времени» идеально подходит для описания состояния, при котором время для терминального пациента выглядит иначе, чем для его окружения. Но и тут не бывает абсолютных инвариантов. Многое зависит от жизненной ситуации и жизненных диспозиций. Порой фатальный диагноз воспринимается совершенно спокойно и даже вызывает радость. Такие пациенты указывали на острое, хотя и трудновербализируемое переживание «победы над временем», «порыва плотины, тормозившей время».

Ещё одна проблема — пространство, которое у пациента, уходящего «медицизированной» смертью, сводится до палаты, очень редко — до собственной комнаты. В условиях современной медицины пациенты нередко уходят на глазах у соседей по палате. Осознание, что ты умираешь не так, как тебе хотелось бы, не с теми людьми, не там, где надо, вообще «не так», — одно из самых мучительных и напоминающих о религиозном смирении.

Общеизвестна проблема одиночества и оставленности. Пациент умирает физически, до этого уже пройдя как минимум стадию социальной смерти: ближайшее окружение воспринимает его как уже ушедшего. Даже если больной из последних сил выходит на работу или берёт её на дом, он знает, что его «списали» и ищут замену. Не случайно в этот период подчас отдаются распоряжения, кого из бывших собратьев по труду на погребение не пускать. Ситуация умирания становится апофеозом одиночества, если не брать опыт людей религиозных, притом носителей подлинной религиозности. Психотерапевты признают необходимость так называемой «экзистенциальной смерти» — иначе говоря, пациент в момент смерти реальной уже должен иметь опыт смерти, пережитой внутри самого себя. Порой это — психотерапия, но порой и последние ритуалы, даваемые Церковью. Паразитируют на последнем одиночестве и спорные практики (вроде экспериментов С. Грофа). Достаточно разные по типу мировоззрения и верования религии допускают и даже советуют переживать подобный опыт (разумеется, не по Грофу — «*Ars bene moriendi*» — вещь гораздо более старая). Факты говорят, что «подготовленный» пациент умирает, не испытывая лишних и ненужных страданий, которых можно было бы избежать, а это само по себе важный аргумент (Ср.: [2, с. 258]). Если речь идёт о достойной смерти с облегчением ненужных страданий, имеет смысл вести «анестезию» до конца, включая и разумную психотерапию, и привлечение помощи духовенства.

Страдание обостряет осознание собственной индивидуальности. Боль — подтверждение факта того, что ты есть. Крайний взгляд: пока человек существует в границах нормы, он не существует. Изменение этих границ, столкновение с ними ведут к переходу. «Человеческая реальность оказывается постоянным переходом и совпадением с собой, которое никогда не осуществится» [6, с. 158].

Отдельная проблема — каузальность, выяснение причины умирания и наступающей смерти. Окружающими может восприниматься как аномалия или цинизм.

Социальное освобождение. Оно вытекает из только что сказанного, но в то же время является зеркальным отражением десоциализации. Мы имеем дело с десоциализацией, поменявшей ценностный знак.

Человек, уже «ставший другим», «зависший» в переходе, живущий в том пространстве и времени, которое субъективно его и ничьё другое, в том одиночестве, которое никто другой не поймёт, ощущающий ту боль, которую испытывает только он, которую больше не испытал никто и никогда в будущем не испытает, по сути, пребывает в другом мире. Опыт невыразимого выступает здесь как столкновение не только с собственным пределом, но и с границами других. Большинство пациентов не уверены, что их выслушают, тем более что их поймут («Если ситуация такова, то зачем что-то выражать?»). Такой «переходный» человек, существующий в пространстве «пере-», задающий себе вопросы и не находящий ответа, мучающийся от боли чисто физической или не испытывающий таковой, может пойти по недопустимому пути суицида как выхода, представляющегося ему единственно верным. По Э. Шнейдману, «Если прекращение своего потока сознания — это то, к чему движется суицидальный человек, то душевная боль — это то, от чего он стремится убежать. Детальный анализ показывает, что суицид легче всего понять как сочетанное движение по направлению к прекращению своего потока сознания и бегство от психической боли и невыносимого страдания <...> речь идет именно о психической боли, метаболи, боли от ощущения боли» [7]. Человек реализует жизнь как цепочку кризисов, переходов, где последний переход уже уходящего человека — это своего рода последний всплеск, «лебединая песнь» его подлинности. И страдание, боль здесь выступает как объективно необходимый фактор. Скорость возврата в культуру религиозного модуса страдания зависит и от подлинности религиозного делания, превращающегося в транслируемый культурный опыт.

В завершение нашей работы приведём цитату Эрнста Юнгера [8, с. 413]: «Существует несколько великих и неизменных критериев, которые выявляют значение человека. К ним принадлежит боль; она есть самое суровое испытание в той цепи испытаний, которую обычно называют жизнью. Поэтому исследование боли, оказывается, пожалуй, непопулярным занятием... Боль является одним из тех ключей, которые не только подходят к наиболее сокровенным замкам, но и открывают доступ к самому миру. Приближаясь к тем точкам, где человек оказывается способным справиться с болью или превзойти ее, можно обрести доступ к истокам его власти и к той тайне, которая кроется за его господством. Скажи мне, как ты относишься к боли, и я скажу тебе, кто ты!»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 *Ван Геннеп А.* Обряды перехода. Систематическое изучение обрядов. М.: Восточная лит., 1999. 192 с.
- 2 *Китаев-Смык Л. А.* Психология стресса. М.: Академический проект, 2009. 943 с.
- 3 *Кюблер-Росс Э.* О смерти и умирании. К.: София, 2001. 320 с.
- 4 *Лехциер В. Л.* Феноменология «пере»: введение в экзистенциальную аналитику переходности. Самара: Изд-во «Самарский ун-т», 2007. 332 с.
- 5 *Лотман Ю. М.* Внутри мыслящих миров. Человек-текст-семиосфера-история. М.: Языки русской культуры, 1996. 464 с.
- 6 *Сартр Ж.-П.* Бытие и ничто: Опыт феноменологической онтологии. М.: Республика, 2000. 651 с.
- 7 *Шнейдман Э.* Десять общих черт самоубийств // Суицидология: Прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. М.: Когито-Центр, 2001. С. 353–359.
- 8 *Юнгер Э.* Рабочий. Господство и гештальт; Тотальная мобилизация; О боли. СПб.: Наука, 2000. 539 с.

* * *

Lebedev, Vladimir Yur'evich,

*DSc of Philosophy, Professor,
Tver branch of FSBI HPE «The State Academy of Slavic Culture»,
Studencheskij pereulok, 11a, 170100 Tver', Russian Federation
E-mail: galamaximova@mail.ru*

Fedorov, Alexei Vasil'evich,

*Lab assistant of interdisciplinary biophilosophical and biosociological,
Tver State Medical Academy,
Sovetskaya str., 4, 170100 Tver, Russian Federation
E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru*

PHILOSOPHY OF SUFFERING AND PRAXIS OF MODERN CULTURE

Abstract: Philosophical evaluation of suffering is integral to the study of a particular cultural practice in which case the philosophical speculation is brought into line with cultural realia. Anguish is a specific instance of suffering, particularly the anguish suffered by incurable patients. This anguish is inseparable from the process of quietus as such, which makes it possible to refer different types of pain to different stages of transition (Arnold van Gennep). The experience of dying combined with suffering and anguish places the patient under a unique condition which requires not only a new personal evaluation but some aid from the outside as the sense of detachment from the world of living is acutely felt by such patients. Anguish can be interpreted as a vestigial experience of death. Anguish can be treated as a complex phenomenon with physiological, psychological and existential aspects to it. The perception of pain depends on both cultural practices, including medicine, and personal attitude of a patient. For religious people the perception of pain is necessarily linked with a particular meaning which originates from their relationships with God. It is this relationship that serves to alleviate the pain of the final alienation that defeats the doctors. While succeeding in solving some pain-related issues, the contemporary medicalized culture seems to have bred new problems leaving the suffering man alone at the face of the final quest. Terminal pain and terminal suffering change the perception of time, space and communicative stereotypes. Prepared quietus appears to be preferable with religious praxis finding a wider application and ultimately changing the attitude to pain not only as departure from life but also as feeling it as the element of life.

Keywords: culture, transition, medicalization of culture, reduced experience of death, social functions of medicine.

REFERENCES

- 1 Van Gennep A. *Obriady perekhoda. Sistematicheskoe izuchenie obriadov* [The rites of passage. The systematic study of rites]. Moscow, Vostochnaia lit. Publ., 1999. 192 p.
- 2 Kitaev-Smyk L. A. *Psikhologiya stressa* [The Psychology of stress]. Moscow, Akademicheskii proekt Publ., 2009. 943 p.

- 3 Kiubler-Ross E. *O smerti i umiranii* [On Death and Dying]. Kiev, Sofia Publ., 2001. 320 p.
- 4 Lekhtsier V. L. *Fenomenologiiia «pere»: vvedenie v ekzistentsial'nuiu analitiku perekhodnosti* [The phenomenology of «pere»: an introduction to the existential analysis of transitivity]. Samara, Izd-vo «Samarskii un-t» Publ., 2007. 332 p.
- 5 Lotman Yu. M. *Vnutri mysl'ashchikh mirov. Chelovek-tekst-semiosfera-istoriia* [Inside the thinking worlds. Man – text – semiosphere – history]. Moscow, Iazyki russkoi kul'tury Publ., 1996. 464 p.
- 6 Sartr J. P. *Bytie i nichto: Opyt fenomenologicheskoi ontologii* [Being and Nothingness: an essay on phenomenological ontology]. Moscow, Respublika Publ., 2000. 651 p.
- 7 Shneidman E. *Desiat' obshchikh chert samoubiistv* [Ten commonalities of suicide]. *Suitsidologiiia: Proshloe i nastoiashchee: problema samoubiistva v trudakh filosofov, sotsiologov, psikhoterapevtov i v khudozhestvennykh tekstakh* [Suicidology: the Past and the Present: the problem of suicide in the works of philosophers, sociologists, therapists and in fiction]. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2001, pp. 353–359.
- 8 Younger E. *Rabochiy. Gospodstvo i geshtal't; Total'naia mobilizatsiia; O boli* [A Worker. Domination and gestalt; Total mobilization; About pain]. St. Petersburg, Nauka Publ., 2000. 539 p.