

УДК 613.95
ББК 51.1(2Рос),44

КУКСО К.А.

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ ДЕТСТВА: СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ ГЕНЕАЛОГИЯ

В статье проводится реконструкция социокультурной генеалогии процесса медиализации детства. Анализируются социальные обстоятельства, обусловившие установление медицинской регуляции различных феноменов жизнедеятельности ребенка как нормы современной европейской культуры, показано ее глобальное антропологическое влияние. Описывается происхождение медиализации детства из культуры институтов призрения. Раскрыты взаимосвязи новоевропейского проекта охраны детского здоровья и процесса контроля маргинальных феноменов детского существования. Определены экзистенциальные следствия характерной для современности медико-технологической идентичности детства.

Ключевые слова: коллективная рецепция детства, институты призрения, проект охраны здоровья, медиализация, научная педиатрия, социальная чувственность, экзистенциал детства, антропологическая тотализация медицины.

Медиализация культуры — одна из констант современной формы европейской цивилизации. В трудах М. Фуко, И. Иллича, У. Бека, П. Конрада, Т. Шаша, А. Кларка определилась включенность медицины в процессы социального воспроизводства, в основании которой — антропологическая тотализация медицины, превращение ее в форму власти, становление врача экспертом в вопросах, традиционно входящих в сферу этики, религии, права. При этом аналитики медиализации культуры справедливо подчеркивали диффузный характер медицинского контроля, подверженность медицинскому регламентированию крайне разнородных человеческих основофеноменов (возраст, пол, смерть, труд, творчество, безумие и душевное здоровье здесь лишь наиболее показательны). Так, современная мода на здоровый образ жизни, изнанка которой экзистенциально-катастрофична, поскольку в ее содержании — выдворение смерти за пределы современного социального порядка (Ж. Бодрийяр), идеология культа молодости как тенденция современных стареющих наций (П. Брюкнер), утрата способности к персональной адаптации страдания и боли (И. Иллич) рельефно выявляют плотную захваченность человеческой жизни оценкой и регулированием с позиции медицинской вредности и пользы.

Медицинский контроль сопровождает современного человека еще до момента зачатия — тотальное подчинение репродуктивного цикла врачевным предписаниям выступает культурной нормой. В свою очередь, младенчество и раннее детство предстают территориями, полностью пронизанными повседневной медицинской «религией»: медицинские очевидности вытесняют здесь все возможные альтернативы, а врачевная регуляция сакрализуется. На выходе данной ситуации — исчезновение детства из современного ландшафта культуры.

Распространение новых медиасредств оборачивается, по мнению Н. Постмана, «концом детства»: стирая границы между детской и взрослой аудиторией, не предполагая наличия специальных навыков для использования (в противовес культуре письменного слова, полноценное

вхождение в которую было основано на приобретении грамотности), выставляя напоказ социально-табуированные для детей объекты и тем самым обесмысливая саму идею социального запрета, телевидение уничтожает инаковость детства [13]. Аналогичный эффект оказывает и медиализация детства: врачевный контроль за адекватностью развития ребенка, особые предписания к режиму сна, питания и распорядку дня, обязательность эпидемиологических мероприятий истончают границу между детской и взрослой жизнью и оставляют все меньше возможностей для детства. В рамках данной статьи будет прослежена генеалогия его медиализации, очерчены историко-культурные обстоятельства, предопределившие неразрывность связи детства и медицины.

Сразу отметим, что коллективная рецепция детского здоровья может протекать по различным сценариям. Так, архаические коллективы, отталкиваясь от предельной зыбкости психосоматического благополучия новорожденных, сосредоточивались на обеспечении ему надежных оснований. Новоевропейская культура перевернула эту ситуацию, утверждая и культивируя охранительный принцип в отношении к здоровью детей. В данном культурном контексте категория детского здоровья предстанет тем историческим априори, ради сохранения которого будет выработана целая сеть регулярных медицинских мероприятий и врачевных программ, способствующих упрочнению физиологического благополучия ребенка. Такая перемена коллективной чувственности принципиальна — она означает радикальную трансформацию представления о психовитальном потенциале человека, смену постулата его зависимости от общеколлективных ритуалов на принцип его неразрывной взаимосвязи с узкопрофессиональными врачевными рецептурами.

Безусловно, в любых культурных рамках забота о здоровье сопровождала ребенка с первых моментов его жизни. Рост, крепость, хороший сон и исправное пищеварение являлись универсальными запросами к детской органике. Но важен акцент: далеко не во всех культурных мирах здоровье ребенка входило в порядок социальных

очевидностей — в ряде традиций крепость детской психосоматики выступает предметом коллективного желания, для реализации которого служит сложная система обрядовых и ритуальных действий.

Для архаических коллективов здоровье не атрибутирует состояние новорожденного: младенчество и ранний детский возраст ассоциируются со слабостью, подверженностью различным недугам. Зыбкость и уязвимость детского тела были предустановлены культурным статусом младенца — его определенностью в качестве лиминального существа, бытующего на переходе между этим и иным мирами. Благодаря культурно-антропологическим исследованиям хорошо известно, что любое лиминальное состояние связывалось здесь с потенциальной опасностью (А. ван Генеп, М. Дуглас) и постольку вызвало к ряду специализированных ритуалов.

Возникает константная для традиционных культур тенденция дооформления младенческого тела, вектор роста и правильное развитие которого достигается в ряде обрядов детского цикла. Объектом приложения последних выступает лиминальность ребенка, целью — преодоление лиминальности с характерным для нее нездоровьем. В результате их проведения тело ребенка должно окончательно доопределиться в уже только человеческом мире, что имплицитно подразумевает достижение психофизиологического оптимума.

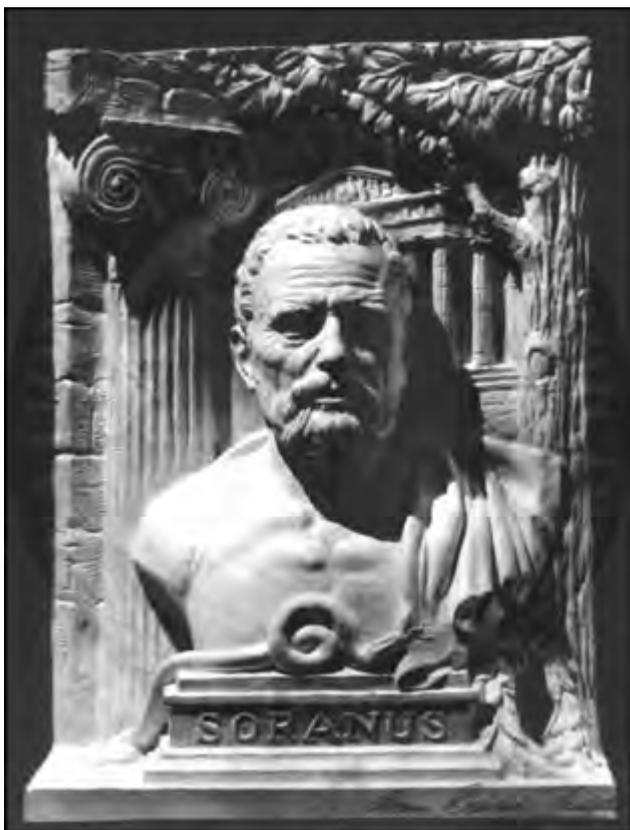
С данной установкой связаны культурные универсалии расширенного спектра навыков повитух и напряженности социального внимания к их сакрализованной чистоте: так поведение повитухи жестко табуировано — оно не допускает возможности осквернения, предполагая безупречность бытовой репутации, запрет на обрядовый контакт с покойниками, а в ряде случаев и половое табу. Показательно в этом отношении, что в отечественной традиции покровительницей повивального ремесла считалась Саломея, отправляющая, согласно раннехристианским апокрифам, родовспоможение Богоматери [8]. Данный образцовый пример повивальной практики делает очевидной сакральность ее содержания.

Примеров «коррекции» тела младенца множество. В галло-романской традиции ритуальному деформированию тела новорожденного предписывалось и оздоровительное значение: «Практика вытягивания черепа, особенно на юге [Франции], была основана на представлении об интеллектуальном, моральном и эстетическом превосходстве долихоцефалов. Позднее стали считать, что массажирование головки новорожденного с целью придания ей удлиненной формы предохранит его от менингита. ...Иногда новорожденному подрезали “узечку” под язычком, чтобы обеспечить ему дар хорошей речи. Повитуха (иногда и матери) делала это ударом ногтя» [9, с. 225—226]. Феномен правки тела новорожденного универсален и для отечественной архаики. Так, при распространенном в различных традициях обряде захоронения последа, служащим крепости младенца, в Тихвинском уезде послед строго укладывали в правый лапоть: «... в

толковании обряда есть прямая связь с самим ребенком, с возможностью его физического закрепления или даже исправления. Послед укладывают в правый лапоть, чтобы ребенок не стал левшой. Левша в традиционной культуре — признак иного, не такого как все, и поэтому носит негативный отпечаток...» [3, с. 34]. По сути, вся традиционная педиатрия укладывается в данную схему дооформления детского тела.

Показательно, что данная символическая операция в ряде случаев подразумевает действия буквально пантомимического характера. Этнографические материалы Енисейского округа середины XIX в. свидетельствуют: «Отправляясь с роженицей в “первую баню”, бабушка несет и ребенка. Покамест мать разогревается, бабушка “принимается за ребенка”. Держа его на коленях, она “правит ему членики”: вытягивает на кося руку с ногой, разглаживает спину, правит головку и т. д., затем моет его мылом» [2, с. 366]. Разнообразные действия по правке младенческой органики, передачи ей эталонов достойной человеческой внешности и крепкой психосоматики фиксируются и этнографическими исследованиями Полесья: «Очень важно первое купание, которое остается и по сей день одной из основных прерогатив повитухи: в теплой воде можно не только смыть с ребенка кровь и слизь, но и довершить дело природы. Повитуха “лепит” голову, придавая “правильную”, т. е. круглую, форму черепу и красивый контур ноздрям. ...Воду для девочки греют в узком и вытянутом кувшине, чтобы талия у нее была тонкая. Вода не должна кипеть, иначе и ребенок будет кипятиться. ... Ведро или кувшин, из которых наливают воду, должны быть полными, чтобы и ребенок был полным. ... кроме того, [используются] кусок хлеба или монеты. Они должны наделить новорожденного здоровьем, силой, богатством» [5, с. 118—119].

В случаях же явной болезненности в традиционных культурах практикуется символический обмен ребенка, в ходе которого подверженный различным немощам младенец «заменяется» новым. Данная операция рельефно отобразена в широко распространенном обряде «продажи» больного ребенка. Продажа здесь несет символическое значение смерти, а повторное обретение ребенка — нового рождения. Неслучайно, что повторение проноса хворого младенца через окно или дверь являются неотъемлемыми элементами данного ритуала: прохождение через лиминальное пространство (окно, дверь) означает здесь акт сегрегации из человеческого мира и возвращение в него в новой форме — уже в качестве окрепшего, преодолевшего немощь существа. «...Все лекарства испробованы, а толку нет.... Тогда родители ... больного ребенка, сговариваются с кем-нибудь из соседей испытать последнее средство — “продажу ребенка на счастье”. Согласившийся “купить” ребенка проходит мимо открытого окна избы. ... Мать отдает ребенка в окошко, а сама идет к двери, куда подходит и покупающий с ребенком на руках. Мать молча берет ребенка, снова подает его в то же окно покупателю. Тот опять несет его к двери. Так три



Соран Эфесский, прижизненный бюст.
Фото из архива Национальной медицинской библиотеки (США)

раза. Получив ребенка от покупателя в третий раз, “мать наденет на него крестик, которым в купели крестился”. Если ребенку жить, то скоро после этого поправится... а не жить — скоро после этого помрет» [2, с. 375].

Данные материалы отчетливо выявляют, что исправность детской психофизиологии требует в архаических коллективах жесткого ритуального кодирования, которое выступает предметом общеколлективного внимания. Отсюда — отсутствие профессионализированных стражей детского здоровья. Вплоть до римского медика Сорана Эфесского (II в. н.э.) вопросы детского врачевания традиционно выпадают из поля деятельности специалистов. Конечно, профессионализированной медицине данного периода принадлежит ряд педиатрических открытий, но это мало меняет ситуацию: несмотря на наличие профессиональных медицинских школ, детскими вопросами по-прежнему занимаются повитухи, которым, помимо навыка родовспоможения, предписывались разнообразные медицинские и социальные обязанности (лечение женских недугов, оценка матримониальной пригодности человека, почетная роль повитухи в ключевых ситуациях жизни повитого ребенка — в крестинах, именинах, свадьбе). Начатое Сораном Эфесским ведение родов квалифицированным медиком удержалось лишь около двух веков. Позднее, на протяжении длительного периода его место традиционно занимали представители широкой группы врачующих. В Германии только в 1580 г. издается закон,

в соответствии с которым пастухам и скотникам запрещается принимать роды [18, с. 18].

Переломить ситуацию приближенности к младенцу непрофессионалов от медицины удалось только главному хирургу нескольких королевских поколений (от Генриха II до Генриха III) и личному другу Екатерины Медичи Амбруазу Паре. Помимо революционизации приемов средневековой полевой хирургии (введение антисептической перевязки, прервавшее длительную маргинализацию хирургии [7, с. 71—72]), А. Паре реставрировал прием поворота плода и собственным авторитетом привлек внимание к деторождению профессионалов. Заметное снижение родовой женской смертности под опекой специалиста вдохновило Паре на организацию первой школы специализированных акушерок при старейшей больнице Франции Отель-Дье (Hotel-Dieu). Но тем не менее это событие не свидетельствует о всеобщей профессионализации родовспоможения: «В 1522 г. доктор Veit в Гамбурге был публично сожжен за акушерскую деятельность. Даже еще в 1640 г. на основанных в Париже курсах акушерок (Hotel Dieu) врачу не разрешалось входить в родовую» [19, с. 188]. Понадобилось почти столетие, чтобы врач-акушер стал привычной фигурой королевских и придворных родов. Так, Жулиан Клеман, первый титулованный акушер, в 1670 г. контролирует рождение герцога Мэнского, в 1682 г. — дофина, а после — трех наследников Филиппа V. Данные факты истории родовспоможения представляют первые примеры формирования специализированного медицинского пространства вокруг фигуры ребенка. Однако его социальная ограниченность (охват только элитарных социальных групп) не позволяет связывать с ним истоки медиализации детства. В данном процессе профессионализация акушерской практики выступает, скорее, незначительным эпизодом, чем тенденциозным предприятием.

Контроль психосоматики ребенка, превращение детского здоровья в предмет узкоспециализированной опеки формируется в контексте учреждения в Европе сиротских заведений. Существенно, что именно здесь по отношению к органическому ресурсу подрастающего поколения возникает установка, радикально отличная от рецепции детского здоровья традиционных культур. В соответствии с ней, здоровье — это состояние, изначально атрибутирующее детство; его следует только развивать и закреплять посредством организующих детство практик. Отсюда — новоевропейская тенденция охраны детского здоровья, а не его формирования, что последовательно культивировали традиционные культуры. Подобная установка предопределила тандем социальных политик нормализации детства и педиатрии. Неслучайно, что первые педиатрические учреждения формируются на базе заведений призрения.

Так, первые детские места появляются в легендарном Отель-Дье. Известно, что это лечебное учреждение функционировало по типу богоугодного заведения: размещаемые здесь больные и страждущие зависели от доброй

воли состоятельных парижан — их содержание велось за счет милосердия последних. Начало XVI в. оказалось для Отель-Дье переломным: в 1505 г. парижский парламент учреждает специальную комиссию по управлению госпиталем, что изживает его традиционный духовный патронаж. С этого момента социальная регламентация поведения двухсот новорожденных и детей постарше отправляется одновременно с регулярным медицинским наблюдением. Данному союзу удачно способствовали весьма стесненные условия содержания детей: историки медицины указывают на восемь наличествующих в этот период детских кроватей, акцентируя при этом их большой размер [18, с. 24].

Аналогичный симбиоз детского здравоохранения и нормализации представляют реалии знаменитого лондонского приюта Госпиталя найденышей (Foundling Hospital), учрежденного в 1741 г. по инициативе богатейшего торговца Томаса Корэма. Заведение создавалось как альтернатива нарастающему инфантициду (выступившему причиной около 12% женских казней в Тайберне за период 1712—1750 гг. [20, с. 42]) и представляло собой инструмент санации городского пространства от маргинализма маленьких бродяжек и попрошайек. Таково было новое дисциплинарное пространство, которое сменило регулярные для Англии XVI—XVII вв. правовые установления против нищих и бродяг, в число которых входило обвинение этих маргинальных групп в убийствах, кражах и других антисоциальных действиях, пожизненная кабала и смертный приговор в случае третьего задержания, ночные облавы и публичные демонстрации в клетях, заключение в работные дома и применение телесных наказаний [14, с. 158—166].

По организационному уставу в Госпиталь найденышей принимались дети до двух месяцев. Число таковых оказалось куда большим, чем предполагалось, поэтому вскоре после его открытия в отборе воспитанников начали применять алеаторный принцип: неблагоприятным матерям предлагалось вытянуть шарик, цвет которого определял решение о возможности социальной опеки младенца. Программа по гуманизации приема, в русле которой в 1756 г. в устав госпиталя была внесена поправка о снятии данных алеаторных ограничений, дала плачевный результат: за месяц число новопоступивших превысило годичный прием прошлых лет, что, в свою очередь, вызвало необходимость экономической регуляции. С 1771 г. администрация приюта вводит требование стофунтового взноса как первоначальное условие опекунства ребенка, и вплоть до 1801 г. эта квота постоянно нарастает. Закономерно, что при таком состоянии общежития, при жуткой скученности детей в госпитале, данная институция поставляет крайне тревожный медицинский материал: смертность составляет более 40% от общего числа воспитанников (уровень смертности первого года функционирования приюта — 66 к 136, а к маю 1756 г. — 724 к 1384 [20, с. 288]). Аналогичную чудовищную картину высокой детской смертности представляют французские и немецкие приюты: «В Париже в сиротские приюты ежегодно

поступало 5—6 тыс. детей! Однако значительная часть их погибала. В сиротском приюте г. Аугсбурга детскую смертность объясняли “божеским предопределением”, “иначе приют оказался бы мал для такого количества детей”» [19, с. 206].

Явную связь формирования детского здравоохранения и учреждения изоляционного типа выявляет и московский Императорский сиропитательный дом. Фактическая история этого благотворительного заведения, учрежденного по инициативе И.И. Бецкого императорским указом от 1 сентября 1763 г., рельефно обнаруживает, что способ организации детей в стенах благотворительного учреждения давал мощный импульс для становления профессиональной педиатрии: «Основными целями воспитательного заведения были: уменьшение детской смертности, которая на тот момент была очень высока, снижение детских заболеваний и воспитание „питомцев здоровых, крепких, бодрых, способных служить Отечеству”» [11, с. 112]. Первое в России специализированное педиатрическое пространство возникло на базе Сиропитательного дома: именно здесь начала функционировать Окружная больница, предлагавшая 100 детских койко-мест. Отсюда же берет начало отечественное научное акушерство: с момента открытия в Сиропитательном доме работает Секретно-родильный госпиталь, предусматривающий 20 мест для обездоленных рожениц, а к 1800 г. клиника преобразуется в Повивальный институт, поставляющий профессиональные кадры акушерского дела России. К концу века (1799) здесь же начинает функционировать инфекционная больница, где проводятся многочисленные мероприятия по преодолению распространения миазматических начал. Широкую палитру педиатрических институций дополняет организованная здесь первая детская больница (1842) и централизованный оспопрививательный центр (1768). Более того, именно на базе этого учреждения впервые в России начала функционировать демографическая машина учета детской заболеваемости и смертности [16].

Все эти эпизоды истории благотворительности обнаруживают почву формирования детского здравоохранения. Благотворительные приюты создали форму детского общежития, которая выступила прочной основой для наблюдения особенностей протекания заболевания у детей. Характерная для них скученность создала предмет профессионализированной педиатрии, открыв детскую телесность для регулярного медицинского наблюдения и изучения ее реакций на врачебные предписания. Только здесь стал осуществим жесткий режим соблюдения последних. Таким образом, педиатрия в ее строгой систематической форме возникла в совокупности социальных практик контроля подозрительных феноменов детства — городского номадизма, нищенствования и попрошайничества. Новоевропейский проект охраны здоровья ребенка со всей присущей ей строгостью возрастного распределения и систематизации медицинских предпи-

саний сформировался под влиянием благотворительных институций по нормализации детства.

Прежде всего, сиротским учреждениям удалось снизить уровень детской смертности. Несмотря на неблагополучную в этом плане (и закономерную в исторической перспективе, поскольку речь идет об эпохе, не знающей антисептиков, антибиотиков, гигиены в ее современном виде) картину, они препятствовали кощунственному отношению к жизни обездоленных младенцев: «...Томас Корам... открыл свой госпиталь для найденышей в 1741 г., потому что не мог выносить вида мертвых детей в лондонских канавах и навозных кучах, в 1890-х гг. мертвые дети на лондонских улицах все еще были обычным зрелищем» [4, с. 49]. Здесь не следует всецело доверяться гипотезе Ф. Арьеса, связавшего с высокой детской смертностью Средневековья отсутствие переживания детства в данной эпохе и типичное для нее восприятие всех выживших детей, уже не опекаемых матерями или кормилицами, как «маленьких взрослых» [1, с. 49—50]. Речь, скорее, идет о том, что распространение сиротских учреждений способствовало увеличению масштаба ценности детства: за счет их функционирования она выходит за пределы замкнутых социальных элит (прежде всего, придворного круга, впервые уловившего экзистенциальное обаяние ребенка) и утверждается в расширенном коллективном мире. Повышенный интерес к детям, независимо от их происхождения, проявился в систематизации предприятий заботы об их здоровье. Во многом это было мотивировано распространением просветительских настроений с программным для них синтезом разумности и добродетели и следующим из него смягчением нравов. При этом можно указать и на патологические мотивы начальной эпохи повышенного внимания к детям.

Ребенок в рождающейся буржуазной культуре выступал знаком семейного благополучия. В данном отношении особенно показательна викторианская Англия с характерной для нее редукцией женских паттернов к поддержанию спокойной психоэмоциональной обстановки семьи, заботе о доме и воспитанию детей [6, с. 90—92], популярный викторианский публицист М. Тапер метко определил женское предназначение как «добрый ангел в доме». Данное отношение распространяется и на детей, вынесенных за пределы буржуазной матрицы: независимо от происхождения ребенок становится подотчетным социальному контролю. В усиленном и расширяющем свои рубежи внимании к детям можно фиксировать смешение новой формы маркирования социального благополучия и таких современных на данный период тенденций, как биополитическая регуляция психовитальных ресурсов населения [17, с. 256—262] и активное распространение практик нормализации детской жизни с целью увеличения его трудовой и милитаристской дееспособности. Так, гигиена детского труда получит впервые распространение в Англии: в период 1833—1848 гг. по инициативе лондонских хирургов и терапевтов здесь легализуются трудовые нормы, предупреждающие детскую смертность и развитие тяжелых

заболеваний [10, с. 287—293]. Но акцент на состоянии здоровья работающих детей во многом был обусловлен политико-экономическим интересом, а именно необходимостью постоянного пополнения регулярной армии. Однако все эти патологические мотивы не отменяют того, что новые институции по опеке детей следует рассматривать как колыбель серьезного систематизированного интереса к их здоровью; именно с ними связано начальное формирование научной педиатрии с ее пристальным вниманием к универсалиям детской физиологии.

И если в собственных истоках интерес к здоровью ребенка был проникнут пафосом адаптации его особенностей, то в результате усиления техницистского компонента медицины и распространения ее компетентности далеко за пределы физиологических вопросов возникает всесторонний медицинский охват детства, его постоянный контроль со стороны врачей. С недавних пор детская жизнь уже в утробный период испытывает на себе многочисленные медицинские инвестиции. Репродуктология как один из современных медицинских авангардов приветствует пациенток, кто не только поощряет медикализацию антенатального периода, но и подчиняет последней время его планирования. В этой области концептуализировалась фигура «культурной пациентки», одной из характеристик которой выступает превентивный контроль репродуктивного поведения задолго до возможности такового [12, с. 252]. Ясно, что при таковой глубинной медикализации «травма рождения» становится куда менее значимым событием для личной психоистории, чем регулярные медицинские вмешательства, не только сопровождающие, но уже и предвещающие младенческую жизнь. Сам репродуктивный опыт всецело подчиняется нормам эффективности и дисциплины, подразумевая «регулярные медицинские обследования беременных, больничные роды, массовое использование контрацептивных средств, впоследствии — практики экстракорпорального оплодотворения, генетический скрининг и пр.» [15, с. 325]. В данной культурной ситуации медицинские технологии предстают неизбывным элементом первой встречи с миром и тем самым делают экзистенцию зависимой, начиная с точки рождения.

Медицинская экспансия в младенческую жизнь с первоначального момента ее генеза в философском плане означает, что медицина получает суверенную власть над голой родовой жизнью, после — имеет предельно широкую сферу влияния в онтогенезе, а при оформлении экзистенциальной позиционности контролирует круг возможностей последней. Конечно, этот неразрывный альянс детства и медицины можно трактовать как особую чуткость к состояниям ребенка детоцентристской культуры, основывающую традиционную семейную матрицу уже на интересах самого ребенка. Однако при этом ясно, что становление детства медико-технической проблемой необратимо истончает содержательность, особый экзистенциальный ландшафт детства с его началами алеторики, неподотчетности принципу эффективности, фантазий-

ности. Медицинская гегемония над детством при векторе ее усиления рискует обернуться уходом в анонимность и исчезновением последнего.

Список источников

1. *Арьес Ф.* Ребенок и семейная жизнь при Старом порядке / Ф. Арьес. — Екатеринбург : Изд-во Уральского ун-та, 1999. — 416 с.
2. *Виноградов Г.С.* Самоврачевание и скотолечение у русского старожилого населения Сибири : (Материалы по народной медицине и ветеринарии). Восточная Сибирь, Тулуновская волость, Нижнеудинский уезд, Иркутская губерния // Живая старина : Периодическое издание отделения этнографии Императорского русского географического общества. — 1915. — Год XXIV. Вып. IV. — С. 325—432.
3. *Головин В.В.* Организация пространства новорожденного // Родины, дети, повитухи в традициях народной культуры. — М. : РГГУ, 2001. — С. 31—60.
4. *Демоз Л.* Психоистория / Л. Демоз. — Ростов н/Д. : Феникс, 2000. — 512 с.
5. *Кабачкова Г.И.* Отец и повитуха в родильной обрядности Полесья // Родины, дети, повитухи в традициях народной культуры. — М. : РГГУ, 2001. — С. 107—129.
6. *Куксо К.А.* Без боли. Очерк генезиса массовой анальгезии // Человек. — 2013. — № 6. — С. 81—95.
7. *Она же.* Космос и болезнь в средневековой медицине (философско-антропологический аспект) // Credo new : Теорет. журн. — 2009. — № 1 (57). — С. 64—72.
8. *Листова Т.А.* Русские обряды, обычаи и поверья, связанные с повивальной бабкой (вторая половина XIX — 20-е годы XX в.) // Русские: семейный и общественный быт. — М. : Наука, 1989. — С. 142—171.
9. *Любарт М.К.* Народы Франции // Рождение ребенка в обычаях и обрядах. Страны зарубежной Европы. — М. : Наука, 1999. — С. 225—232.
10. *Маркс К.* Капитал. Критика политической экономии. Т. I. Кн. 1. Процесс производства капитала / К. Маркс. — М. : Политиздат, 1983. — 905 с.
11. *Мицюк Н.А.* Колыбель педиатрии: охрана здоровья детей в Воспитательных домах XVIII века // Вестник Смоленской медицинской академии. — 2010. — № 4. — С. 111—115.
12. *Одинцова Д.Б.* «Культурная пациентка» глазами гинеколога // Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине. — СПб. : Изд-во Европейского ун-та в Санкт-Петербурге, 2009. — С. 234—253.
13. *Постман Н.* Исчезновение детства / Н. Постман [Электронный ресурс]. — URL: <http://neilpostman.ucoz.ru/DisappearanceofChildhood.Ru.doc> (дата обращения: 08.05.2015).
14. *Саламатова О.В.* Бедные как объект дисциплинарной политики: наказания за бродяжничество и преступления против нравственности в графстве Миддлсекс в период правления ранних Стюартов // Вина и позор в контексте становления современных европейских государств (XVI—XX вв.) : сб. статей. — СПб. : Европейский ун-т в Санкт-Петербурге, 2011. — С. 155—176.
15. *Темкина А.А.* Медиализация репродукции и родов: борьба за контроль // Журн. исследований социальной политики. — 2014. — Т. 12. — № 3. — С. 321—336.
16. «Фабрика ангелов» [Электронный ресурс] // Медицинская газета. — 2006. — № 66. — URL: <http://www.nczd.ru/angelfact.htm> (дата обращения: 08.05.2015).
17. *Фуко М.* Нужно защищать общество : курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975—1976 учебном году / М. Фуко. — СПб. : Наука, 2005. — 312 с.
18. *Хаггард Г.* От знахаря до врача. История науки врачевания / Г. Хаггард. — М. : Центрполиграф, 2012. — 447 с.
19. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. 3-е изд. / И. Харди. — Будапешт : Тип. Академии наук Венгрии, 1974. — 286 с.
20. *Cruickshank D.* London's Sinful Secret / D. Cruickshank. — N.Y. : St. Martin's Press, 2010. — 672 p.