

Шестерикова Ольга Авинеровна

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА В ЭПОХУ НОВОГО ВРЕМЕНИ

Статья посвящена проблеме формирования и развития медицинского дискурса, который определен как модус профессионального сознания в медицине, сформировавшийся в эпоху Нового времени, в период с XVII по XVIII вв. Показано, как изменение самосознания человека европейской культуры данного периода сделало возможным развитие медицинской науки. Проанализированы произошедшие культурные изменения, которые способствовали формированию и трансформации медицинского дискурса данной эпохи и определили дальнейшие тенденции развития научной медицины.

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/3/2013/4-3/49.html

Источник

Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики

Тамбов: Грамота, 2013. № 4 (30): в 3-х ч. Ч. III. С. 179-183. ISSN 1997-292X.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/3.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/3/2013/4-3/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net
Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: voprosy_hist@gramota.net

Здесь предполагается и устранение традиционного «гендерного разрыва» в распределении власти – как в личных взаимоотношениях, так и в обществе в целом. Чем более равноправный характер приобретут социальные структуры (например, обеспечение равной оплаты за труд и равных возможностей трудоустройства), тем меньше влияния в обществе приобретет деструктивная политическая оппозиция.

Еще один способ решения проблемы политической агрессии на уровне всего общества – использование возможностей правовой системы. Основное значение в данном контексте имеют два аспекта: а) введение обязательного извещения, согласно которому профессионалы при подозрении случаев социального насилия должны сообщать о нем властям; б) проведение в жизнь более жесткого судебного преследования социального насилия.

Другой подход к решению проблемы социального насилия на уровне общества заключается в усовершенствовании защитных служб, предоставляющих поддержку молодежи, наиболее «уязвимой» для деструктивной политической оппозиции. Эти меры предполагают обеспечение в специальных приютах питания и жилья для женщин и детей, подвергшихся семейному насилию, регулярные посещения социальными работниками тех семей, которые определяются как «подверженные риску» развития конфликтных ситуаций, осуществление высококачественного ухода за детьми и реализация корректирующих программ для самих субъектов насилия.

Итак, можно сделать следующие основные выводы. Политическая оппозиция сегодня часто использует по-вышенно восприимчивую и склонную к протесту молодежь для достижения собственных политических целей. Такая ситуация дестабилизирует социальную и политическую системы, порождая рост агрессии как среди молодежных групп, так и в обществе в целом. В качестве решения данной проблемы автор данной статьи предлагает три основных метода: формирование в обществе отрицательного отношения к насилию как инструменту политики, создание адекватных правовых принципов и механизмов преследования тех, кто способствует росту агрессии в обществе, совершенствование механизма легального и легитимного политического участия молодежи.

Список литературы

1. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. М., 2001. 512 с.
2. Зеркин Д. П. Политический конфликт и оппозиция // Социально-политический журнал. 1998. № 5. С. 89-108.
3. Можгинский Ю. Б. Агрессивность детей и подростков: распознавание, лечение, профилактика. М.: Когито-Центр, 2006. 181 с.
4. Сергеев С. А. Политическая оппозиция и оппозиционность: опыт осмысления понятий // Социально-гуманитарные знания. 2004. № 3. С. 125-136.

POLITICAL OPPOSITION AS YOUNG PEOPLE'S AGGRESSION INCREASE FACTOR

Shakirova El'vira Venerovna
Ufa State Oil Technical University
viva160@mail.ru

The author analyzes the political opposition as a motive power contributing to the increase of aggressive interactions among young people, and comes to the conclusion that the political opposition often uses young people to realize its own goals and objectives, which results in aggression increase among youth groups.

Key words and phrases: counter-elite; political opposition; teenage generation; deviance; delinquency; aggression.

УДК 168.522

Культурология

Статья посвящена проблеме формирования и развития медицинского дискурса, который определен как модус профессионального сознания в медицине, сформировавшийся в эпоху Нового времени, в период с XVII по XVIII вв. Показано, как изменение самосознания человека европейской культуры данного периода сделало возможным развитие медицинской науки. Проанализированы произошедшие культурные изменения, которые способствовали формированию и трансформации медицинского дискурса данной эпохи и определили дальнейшие тенденции развития научной медицины.

Ключевые слова и фразы: эпоха Нового времени; клиническая медицина; дискурс; медицинский дискурс; медицинская наука; классифицирующее мышление; социальная медицина.

Шестерикова Ольга Авинеровна

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург
oashe@mail.ru

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА В ЭПОХУ НОВОГО ВРЕМЕНИ[©]

Эпоху Нового времени, период XVII-XVIII веков, принято отождествлять с началом развития европейской науки. В это время происходит переосмысление накопленного и активный процесс получения нового опыта,

на базе которого складываются основные конститутивы научного знания, методы его получения, анализа и систематизации. В общем русле европейских наук формируется и клиническая медицина, начиная с XVII века.

Процесс развития клинической медицины от ее зарождения можно расценивать как поступательное движение, целью которого являются улучшение человеческого жизнеустройства и продление жизни. В начале этого движения складывался специфический профессиональный язык, легший в основу профессионального сознания медицины, которое Мишель Фуко называет *медицинским дискурсом*. Согласно Фуко, дискурс, прежде всего, обнаруживается в речевой практике, но предполагает при этом устройство особого опыта сознания, в данном случае медицинского сознания, сформировавшегося на поле функционирования языка.

По мнению М. Фуко, «современная медицина считает датой своего рождения последние годы XVIII века» [7, с. 9]. Для того чтобы проследить процесс формирования медицинского дискурса, следует «постигнуть момент речевой мутации», т.е. вернуться назад. Это следует из того, что культурная надстройка со временем объективирует в себе изменения, происходящие на уровне «слова – вещи», предложенные Фуко. Соответственно, чтобы прикинуть в смысл того, что мы определяем как культурный феномен, следует произвести «археологические раскопки», снимая слой за слоем, до причины возникновения феномена культуры, но не в утилитарном смысле, а в смысле «готовности» культуры для порождения того или иного дискурса. Эта готовность и определяется, по Фуко, установлением новых отношений между «словами» и «вещами». Подобное замечание относится ко всем формам культуры, указывая на изменения формы сознания. Но в случае медицины следует сделать акцент на изменениях представления о человеке, о структуре его личности, об отношении «душа – тело», связанного с общими запросами эпохи и достижениями науки, которые диктуют человеку представление о себе самом через различные формы культуры.

Ключевым переломом в отношении человека к себе самому и началом выстраивания субъектно-объектных отношений человека по отношению к себе, без которых невозможно изучение и накопление опыта, считается декартовское «*cogito ergo sum*». Предлагая восхождение знания от *cogito* – мыслящего субъекта, Декарт проводит тем самым с математической точностью жесткую демаркационную линию между *душой* и *телом*. Человек, по Декарту, – мыслящая вещь, это очевидная и непреложная истина, и мыслящая субстанция – человек – делает свое тело объектом наблюдения. «Он (человек) будет рассматривать это тело как машину, которая, будучи создана руками Бога, несравненно лучше устроена и имеет в себе движения более изумительные, чем любая из машин, изобретенных людьми» [2, с. 78]. При этом на необходимость эмпирических данных как основания научного знания и строгих критериев полезности указывает Френсис Бэкон в «Новом Органоне», постулируя рождение новой науки. Согласно Бэкону, необходимо пересмотреть предшествующий опыт, опирающийся на умозрительные заключения и не имеющий практической направленности. Основные претензии Бэкона к предшествующей науке таковы: «До сих пор опыт (ибо к нему мы теперь всецело должны обратиться) или совсем не имел основания, или имел весьма ненадежное. До сих пор не было отыскано и собрано изобилие частных, способное дать разуму знание, в какой бы то ни было мере достаточное по своему количеству, роду, достоверности» [1, с. 166].

Так, в начале своего восхождения европейская наука занимается наблюдениями, собирает опыт, согласно Бэкону, и обрабатывает его, выстраивая сложную упорядоченную структуру, вписанную, согласно Декарту, в математическую систему координат. В эту систему координат попадает и человеческое существо, прежде всего *тело*, становясь объектом наблюдения, что представляется чрезвычайно важным условием для развития медицинской науки.

Тем не менее для Декарта очевидно, что человеческое тело – не только механический конструкт. Иначе как объяснить, что «только что отрубленная голова шевелится»? Согласно Декарту, это происходит благодаря «животным духам»: «Наконец, что всего замечательнее во всем этом, так это образование “животных духов” (*spirits animaux*); это как бы легкий ветерок, или, вернее, пламя, очень чистое и очень живое, которое, непрерывно поднимаясь в большом изобилии от сердца к мозгу, устремляется оттуда по нервам в мускулы и приводит в движение все члены» [3, с. 47]. Кроме того, согласно Декарту, тело имеет сложную связь с душой: «Я замечаю также, что душа получает непосредственно впечатления не от всех частей тела, но только от мозга или даже, может быть, от одной из его мельчайших частиц, именно от той, в которой действует способность, называемая общим чувством» [2, с. 142]. Тем не менее при сложности телесного устройства, управляемого разумом и «животными духами», проявления которых мы бы сейчас назвали функциями вегетативной нервной системы, согласно Декарту, «душа имеет природу совершенно не зависящую от тела» [Там же]. Из этого вытекает, что тело и душа имеют различные болезни и способы их лечения. Разумеется, болезни духа (души) лежат вне компетенции медиков. Пока это совершенно другая область, и психиатрия как самостоятельная наука невозможна в данном контексте.

Дуализм в представлении об устройстве человеческого существа по принципу независимости души и тела достаточно долго уводит от внимания медиков проблему душевных заболеваний. Согласно представлениям XVII века, душевнобольной или безумный человек – это человек такой же «одержимый», нуждающийся в изоляции, как в античности и Средневековье. Серьезной оговоркой, приоткрывающей тенденцию к научному осмыслению феномена безумия в данную эпоху, является признание того, что одержимый человек не рассматривается как подчиненный темной силе безраздельно. Мишель Фуко приводит слова Ж. Сурина, представителя ордена иезуитов, одного из самых известных экзорцистов XVII века: «Сущность одержимости состоит в союзе дьявола с душой, в результате чего он обретает право действовать так, как если бы являлся душой человека, которой он обладает. Но человеческая природа ограничивает его активность, останавливает его ярость, неистовство и лукавство, так же как солнечный луч рассеивается, проходя через кристалл и через сферу, которые

останавливают его могущество, не препятствуя самому процессу» [6, с. 173]. Таким образом, культура начинает движение в сторону возвышения той «человечности», которая способна играть роль сдерживающего фактора развития дьявольской силы. Эти изменения маркируют определенное движение от духовного к плотскому в понимании безумия, не размывая при этом строгий дуализм Декарта. Соответственно, постепенно открывается возможность влияния на ту сторону человеческой личности, от которой зависит сила сдерживающего фактора – влияния психотерапевтического или медикаментозного – и идет накопление опыта в области психиатрии. Одновременно с этим Уильям Гарвей, английский медик, опровергает теорию «жизненных духов» в полости сердца и кровеносных сосудов и предлагает стройную теорию кровообращения, опираясь на экспериментальные доказательства [4, с. 90]. Но пройдет почти век, прежде чем Филипп Пинель снимет оковы с душевнобольных в Бисетре, аббатстве вблизи Парижа, где помимо больных содержались каторжники и преступники, и выпустит их на прогулку во двор [Там же, с. 156-158]. Именно в это время, в конце XVIII века, можно говорить о поступательном движении психиатрии как науки, получившей возможность изучать психозы в чистом виде, не замутненным жестоким обращением, страхом и чудовищными условиями содержания.

С XVII века начинаются изменения в статусе больных инфекционными заболеваниями, прежде всего венерическими. Вплоть до XVII века такие больные подвергались строгой изоляции или изгнанию. Но восприятие заболевшего как получившего заслуженную кару и представляющего угрозу для общества изменяется, побуждается интерес к «человеческой» стороне в противовес духовной. Так можно наблюдать, что при сохранении строгого противопоставления «душа – тело», «тело» завоевывает все более серьезные позиции, частично ослабляя свою экспансию разве что в XIX веке, с появлением психосоматических теорий, развивавших идею влияния психических процессов на развитие соматических заболеваний.

Итак, человек встает в позицию субъектно-объектных отношений в период Нового времени, определяя как объект природу и собственное тело как часть природы. Изобилие эмпирического материала приводит к необходимости приведения разрозненных научных знаний в целостную систему. Согласно Бэкону, «если множество и как бы войско частных столь велико и в такой степени рассеяно и разбросано, что смущает разум и сбивает его с пути, то не следует ожидать добра от неожиданных нападений и легких движений и перебежек разума, пока посредством удобных, хорошо расположенных и как бы живых таблиц открытия не будут установлены порядок и стройность в том, что относится к исследуемому предмету, и пока ум не обратится к помощи этих заранее приготовленных и систематизирующих таблиц» [1, с. 168-169].

Классифицирующее мышление, которое презентует Бэкон в своем сочинении, ставшее характерным для всей науки в целом, формирует в клинической медицине появление первых нозологических таблиц, систематизирующих эмпирические наблюдения и результаты легитимных анатомических исследований, которые имеют в этот период сугубо научные цели в отличие от анатомического театра эпохи Возрождения. Как пишет Фуко, именно в это время «установилась новая связь, заставляющая *видеть* и *говорить*» [7, с. 9], т.е. проявить в языке связь видимого и невидимого. Фуко отмечает совпадение *видеть* и *говорить* в XVIII веке, в тот краткосрочный период, когда медицина была согласована с патологической анатомией. Фуко называет это время «эпоха, маркирующая господство взгляда» [Там же]. Совпадение «видеть и говорить» – это один признак, соответствующий одному симптому, сводимому к одной болезни, который постепенно превращается во «взгляд-калькулятор» по мере накопления признаков и систематизации лечебного опыта в таблицы, рекомендованные Бэконом. Этот взгляд должен схватить цвета, аномалии, различные тончайшие изменения картины болезни, а также оценить шансы врачебного вмешательства. Взгляд врача действует по-новому, благодаря появлению новых объектов или появлению новых «вещей», изменяющих отношение между «словами» и «вещами» в медицинском дискурсе. Здесь мы можем наблюдать постепенное разведение слова и взгляда, поскольку взгляд врача проникает в обширное поле симптомов и знаков, разобраться в которых возможно только при помощи выявления закономерностей развития болезни.

Каким образом возможна классификация столь сложных отношений, при непостоянстве определенной симптоматики? Тем более что болезнь подвергается метаморфозам, которые ее частично преобразуют и делают практически не улавливаемой для строгого анализа. Выход видится в классификации сложных случаев, что возможно при мысленном устранении больного как индивида. Эту тенденцию поддерживает развитие патологической анатомии, на основании которой строится нозология – наука, изучающая и классифицирующая болезни. Анатомия дает возможность «видеть» и «говорить», но при этом теряет многомерность проявления болезни, в которую входят характер и темперамент, образ и условия жизни. Здесь возникает опасность «видеть» отдельный орган, а не заболевшего человека и даже не заболевшее *тело*, сопоставляя его с набором возможных характеристик предполагаемой болезни, который пополняется результатом новых наблюдений в процессе лечебной и анатомической практики.

Устранение больного как индивида было невозможно в античную эпоху или эпоху Средневековья, когда врачебная практика предполагала необходимый контакт как с больным, так и его окружением для исследования сторон его частной жизни, могущей повлиять на развитие заболевания. Теперь, по словам Фуко, «болезнь отрывается от метафизики страдания, которому на протяжении веков она была родственна, и обретает в наблюдаемости смерти законченную форму, где ее содержание проявляется в позитивных терминах» [Там же, с. 236]. Это подчинение формирует классификацию болезней, согласно которой взгляд врача, проникая в пространство болезни, попадает в таблицу, созданную клиническим опытом. В конечном итоге вместо больного врач получает набор симптомов и таблиц, что позволяет систематизировать накопленный опыт, но с известной долей погрешности в выводах, которую можно признать неизбежной.

Недостаточность рассмотрения болезни в отрыве от особенностей, присущих каждому индивиду, постепенно становится очевидной, но возврат к индивидуальному подходу в лечении является затруднительным ввиду постепенного распространения госпитальной медицины в XVIII веке, которая, с одной стороны,

поставляет богатый эмпирический материал, а с другой – затемняет индивидуальные проявления болезни. Сложность состоит в том, что социальное пространство не дает проявиться «чистому рисунку» болезни, ее естественному развитию. «Больница как цивилизация является искусственным местом, где, внедряясь, болезнь рискует утратить свое истинное лицо» [Там же, с. 34]. Причины этого видятся в присоединении побочных инфекций, в контакте с другими больными, переживании чужих страданий, проецировании чужих ощущений на собственные, но также в публичном одиночестве и переживании безнадежности. Согласно этому, врач видит искаженную, «двусмысленную болезнь, полностью искривленную патологию», что осложняет идентификацию заболевания, подбор лечения и, соответственно, выздоровление больного. Таким образом, при возникновении госпитальной медицины, при всех ее положительных свойствах, врач сталкивается с дополнительными трудностями, и это, соответственно, расширяет классификацию болезней, которая призвана уточнить дифференциальную диагностику.

Появление первого госпиталя и начало процесса социализации медицины внесли существенные изменения в медицинский дискурс классической эпохи, которые можно обозначить как начало экспансии медицины в частную жизнь граждан в силу того, что медицина начинает брать на себя социальные функции. Первый госпиталь, появившийся в Париже в 1656 году, – это все еще не медицинское учреждение, а «своего рода административная единица, которая существует в ряду прежних органов власти и способна сама, не прибегая к помощи суда, выносить решения и приговоры и сама же исполнять их» [5, с. 64]. Подобные функции несет социальная медицина данного периода в целом, укрепляя свои позиции, прежде всего, как надзирающего института.

Появление социальной медицины связано с изменением общей ситуации в европейской культуре – ростом экономики, ростом городов за счет притока неимущего населения, представляющего угрозу для здоровья богатых горожан. В Германии с начала XVII века была организована медицинская полиция, которая была призвана наблюдать за заболеваемостью, нормализацией преподавания медицины и выдачи медицинских дипломов, осуществлять административную организацию контроля над деятельностью врачей, а также учреждать медицинских чиновников. Целью данной политики было формирование рабочей силы, приспособленной к новым экономическим условиям. Как пишет Фуко, «государственную администрацию здравоохранения интересовало в те годы не тело трудящихся, но тело индивидов вообще, из союза которых образуется государство. Речь идет не о рабочей силе, но о силе государства, столкнувшегося как с экономическими, так и политическими конфликтами, противопоставлявшими государство его соседям. Для этой цели медицина должна совершенствоваться и развивать рабочую силу» [8, с. 88].

Во Франции социальная медицина занималась улучшением санитарно-эпидемиологической обстановки в городах: изучала места нахождения и скопления отходов, контролировала состояние воды, источников и сточных канав [Там же, с. 98], то есть занималась не человеком и даже не проблемой тела и организма, а проблемой качества воздуха, воды, распада отходов. Одной из серьезных вех развития социальной медицины Фуко отмечает появление понятия гигиены, созданной в начале Великой французской революции как социальной и материальной базы для поддержания здоровья жителей города. Именно с возникновением гигиены городская медицина постепенно становится основанием научной медицины, имеющей место в наши дни.

Тенденция постепенного распространения контроля получила свое продолжение в XIX веке, когда социальная медицина стала контролировать состояние здоровья рабочего класса и других бедняков, занятых на различных работах в городе, проводя при этом принудительные осмотры и вакцинацию. Этот факт вызвал в Англии многочисленные антимицинские бунты во второй половине XIX века. Попытка освободиться от принудительной опеки предпринималась диссидентскими религиозными группами против вмешательства государства в дела религии. Фуко пишет: «Целью религиозных диссидентов было бороться с медикализацией, отстаивать право на жизнь, право “болеть у себя”, заботиться о себе и умирать согласно собственному желанию» [Там же, с. 105]. Тем не менее медицина сохранила за собой социальные функции и в наши дни. При очевидных негативных чертах контроля со стороны государства над частной жизнью граждан ее нельзя не признать необходимой, учитывая изменение социальной и культурной ситуации в целом, экономические и политические причины. Медицина, подобно другим отраслям науки и искусства, постепенно превращалась в социальный институт, имеющий разработанную структуру, а человек – в социальную единицу.

Возвращаясь к проблеме самосознания данной эпохи, нельзя не подчеркнуть, что изменения в представлении человека о себе самом, которые принесло Новое время, сделали возможным изучение *тела*, а следовательно, сделали возможной медицинскую науку. Немецкий социолог Норберт Элиас отмечает, что декартовское «*cogito ergo sum*» зафиксировало тенденцию в европейской культуре к постепенной внутренней обособленности человека от социума, когда «произошел акт выделения себя при наблюдении других и самого себя» [9, с. 149]. Это усугубилось снижением потребности в коллективе для решения практических жизненно-важных вопросов и началом процесса индивидуализации, замыкания человека на себе самом. Таким образом, научные достижения и открытия, проживание в городе размыли традиционные константы человеческого существования, снимая необходимость общинного проживания, дав взамен скученность населения. Однако при наблюдении изменения отношения к человеку в медицинской практике, изменении взгляда врача с постепенной потерей индивидуального подхода при лечении это представляется парадоксальным. Индивидуум находит себя сам в саморефлексии, свойственной европейской культуре и так много критикуемой впоследствии культурологами и философами, но оказывается потерянным для медицины, превращаясь в набор симптомов и таблиц или социальную единицу.

Вслед за эпохой Нового времени, сформировавшей основные конститутивы медицинского дискурса, обнаруживается усиление саморефлексии человека европейской культуры. Продолжается уход взгляда человека (или врача) вглубь себя (или пациента), что в полной мере проявляется в XIX веке, когда научная медицина большей частью перемещается из клиник в лаборатории.

Список литературы

1. **Бэкон Ф.** Новый Органон. Л.: ОГИЗ-СОЦЭКГИЗ (Ленинградское отделение), 1935. 384 с.
2. **Декарт Р.** Метафизические размышления // Декарт Р. Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 65-145.
3. **Декарт Р.** Рассуждение о методе для хорошего направления разума и отыскания истины в науках // Декарт Р. Избранные произведения. Луцк: Вежа, 1998. С. 7-64.
4. **Каннабих Ю. В.** История психиатрии. М. – Мн.: АСТ; Харвест, 2002. 560 с.
5. **Фуко М.** История безумия в классическую эпоху. М.: АСТ; АСТ МОСКВА, 2010. 698 с.
6. **Фуко М.** Психическая болезнь и личность. СПб.: ИЦ «Гуманитарная академия», 2009. 320 с.
7. **Фуко М.** Рождение клиники. М.: Академический проект, 2010. 252 с.
8. **Фуко М.** Рождение социальной медицины // Фуко М. Интеллектуалы и власть. М.: Праксис, 2006. Ч. 3. Статьи и интервью. С. 79-106.
9. **Элиас Н.** Общество индивидов. М.: Праксис, 2001. 336 с.

MEDICAL DISCOURSE FORMATION AND DEVELOPMENT IN MODERN AGE**Shesterikova Ol'ga Avinerovna***North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg
oashe@mail.ru*

The author considers the problem of medical discourse formation and development, which is defined as a mode of professional consciousness in medicine that was formed in the era of the Modern Age from the XVIIth till the XVIIIth centuries, shows how the changes in the human consciousness of the European culture of that period made possible a medical science development, analyzes cultural changes that contributed to medical discourse formation and transformation during that period and determined the further tendencies in scientific medicine development.

Key words and phrases: Modern Age era; clinical medicine; discourse; medical discourse; medical science; classifying thinking; social medicine.

УДК 76.03

Искусствоведение

Актуальность статьи обусловлена почти полным отсутствием освещения исследуемой темы в работах искусствоведов; российским художникам по текстилю и дизайнерам продукция мастерской “АВ ММФ” неизвестна. В ходе изучения текстильных произведений в технике ручного ткачества показано разнообразие авторских интерпретаций восточного орнамента в шведских коврах. На примере работ Марты Маас-Фчеттерстрем отмечено влияние культурно-исторических событий на текстильное искусство Швеции в начале XX века. Основное внимание автора сконцентрировано в области рисунков и композиционных схем, названы аукционы, где были выставлены винтажные образцы ковроткачества “АВ ММФ”.

Ключевые слова и фразы: Märta Måås-Fjetterström; ковер; ролакан; восточный орнамент; килим; ручное ткачество; Швеция; ремесленная мастерская; художественный текстиль; ар деко.

Широковских Маргарита Сергеевна*Санкт-Петербургская государственная художественно-промышленная академия им. А. Л. Штиглица
ivarita@bk.ru***ФОРМИРОВАНИЕ КОМПОЗИЦИОННЫХ СХЕМ ДЛЯ КОВРОВЫХ РИСУНКОВ
В МАСТЕРСКОЙ “АВ ММФ” (ОТ ВОСТОЧНЫХ МОТИВОВ К АР ДЕКО)[©]**

Мастерская “АВ ММФ”, где в настоящее время производятся ковры ручной работы, и выполняются в материале авторские произведения текстильного искусства, была основана выпускницей колледжа “Konstfack” Мартой Маас-Фчеттерстрем в 1919 г. в городе Бастад. Имя художницы неразрывно связано с историей развития текстильного искусства Швеции [7]. Оригинальный творческий почерк М. М.-Фчеттерстрем сформировался благодаря слиянию двух, на первый взгляд полярных, тенденций: изучения и продвижения шведского крестьянского искусства и восхищения восточным ковровым орнаментом.

В конце XIX – начале XX в. европейское общество было увлечено темой экзотики, интерес был спровоцирован, в большей степени, возможностью путешествовать: страны и континенты, известные по сказкам и учебникам истории, стали доступными благодаря развитию техники [5]. Рынок искусства и антиквариата стремительно развивался, следуя за маршрутами более быстрых кораблей и круизных лайнеров. В музеях Европы в начале XX в. демонстрировались предметы быта народов Африки и Азии, и Швеция не осталась в стороне от данной тенденции. Художник по текстилю М. М.-Фчеттерстрем была поражена красотой ковров, представленных на выставке, посвященной искусству стран Востока, в Стокгольме. Текстиль был оценен художницей не просто как