

ДРОБЛЕНИЕ И ВНУТРЕННЯЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА И ПОПЫТКИ ОБРЕТЕНИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ



Аннотация

В статье рассматривается изменение оптики медицинского взгляда в медицинской лаборатории или клинике от эпохи Нового времени до наших дней на фоне общекультурных тенденций. Распространение неклассических медицинских теорий, биоэтики, возрождение семейной медицины и института врачей общей практики трактуется автором в качестве культурных компенсаций и попыток обретения целостного восприятия человека, утраченного в современной европейской медицине.

Ключевые слова: медицина как форма культуры, медицинский дискурс, целостность в медицине, холистические теории и практики, биоэтика.

Со времени зарождения клинической медицины произошло значительное изменение фокуса рассмотрения проблемы, стоящей перед врачом или исследователем в медицинской лаборатории или клинике. В эпоху становления клинической медицины взгляд исследователя направляется философией, прежде всего трудами Декарта и Бэкона. Взгляд продвигается от простого к сложному, с тяготением к поиску мельчайших частиц, выступающих в качестве точек опоры для сложных конструкций. При этом, как можно предположить на основании идеи Фуко, задачей врача является прийти к единственному правильному ответу в результате мысленной калькуляции или дифференциации болезней. Основы медицинского дискурса формируются на результатах наблюдений и, соответственно, изменение оптики взгляда маркирует и одновременно стимулирует развитие профессионального поля медицины. В

«Рождении клиники» Фуко приводит два медицинских текста, описывающие различные патологии для сравнения их стилей текста середины XVIII и XIX веков. Оба текста описывают результат наблюдения. В первом случае – этот опыт получается непосредственно, он наблюдается врачом и досконально описывается, т.е. демонстрирует «совпадение видеть и говорить», а второй, более поздний текст, «говорит нам о фантазмах языком, не имеющим перцептивной поддержки»¹. Как заключает Фуко, в более позднем варианте «глаз становится хранителем и источником ясности, располагая властью заставить выйти на свет истину, которую он принимал лишь в той мере, в какой она была освещена»². Данные характеристики обозначают тенденцию развития естественнонаучного знания и трансформацию взгляда-исследователя в

¹ Цит. по Фуко М. Рождение клиники. Пер. с фр. - М.: Академический Проект, 2010. С. 7.

² Цит. по: Там же. С. 10.

расстояние в два века, проложенное медицинской с помощью философии и непосредственных наблюдений. К XIX веку исследователь стремится «договорить» недоступное взгляду, описывая наблюдаемое, он, тем не менее, делает выводы, не замыкаясь на результатах наблюдения. Если доверие взгляду *здесь и сейчас*, постулированное Декартом, или «совпадение видеть и говорить», подмеченное Фуко, ужесточает оппозицию между субъектом и объектом, сковывает поиск истины, то в более поздних примерах медицинских текстов можно наблюдать, как взгляд исследователя освобождается.

Безальтернативность результата в целом характерна для классического периода, на что указывают такие критерии истинности Декарта как достоверность и очевидность. Согласно формам научного мышления, сложившимся в культуре XVII века и не потерявшим актуальности до наших дней, человек рассматривается в качестве объекта, помещенного в математическую систему координат. Такой подход предполагает определенность в решении конкретных задач на основе визуализации процессов, происходящих в организме. О необходимости визуализации истины гласит следующий пассаж Декарта, основателя европейской парадигмы научного мышления: «Касательно обсуждаемых предметов следует отыскивать... то, что мы можем ясно и очевидно усмотреть...»³. Такая модель изучения человеческого тела дает импульс развитию патологической анатомии, утверждавшей «господство взгляда», что стимулирует развитие клинической медицины, так как обогащает эмпирическими данными медицинское знание.

В целом европейская наука продолжает базироваться на данных критериях достоверности знания. Более того – наблюдается сужение оптики исследователя с появлением микробиологии и гистологии, или, по Фуко, наблюдается «углубление взгляда», подтверждаемое также появлением психоанализа на базе психиатрии. При этом медицинский дискурс в целом имеет тенденцию к внутреннему дроблению и дифференциации.

³ Декарт Р. Правила для руководства ума // Декарт Р. Сочинение в 2-х томах. Т.1. М.: Мысль, 1989. С. 82.

Медицинский дискурс постиндустриальной эпохи расширяет границы, включая в свои области немедицинское содержание, и дробит свое пространство, подобно дискурсивным практикам других форм культуры. Изменяется «ландшафт» искусства, порождая новые стили, множественность и эклектичность которых делают спорными их строгую идентификацию, появляются узкие научные области. Данные образования стимулируются поиском новых путей и экспериментов на фоне неудовлетворенности настоящим положением вещей и невозможностью статичности в контексте парадигмы современного мышления, обещающего бесконечное прогрессивное развитие. Согласно общим культурным трансформациям, медицинский дискурс также изменяет «ландшафт» появлением узких медицинских специальностей и областей медицины, некоторые из которых граничат с искусством, такие как «арт-терапия» или многочисленные практики альтернативной медицины. Таким образом, пространство медицинского дискурса постиндустриального общества предполагает наполнение содержанием, автономным от авторитетов, в том числе и от авторитета науки, на котором базируется клиническая медицина, при этом, оно не является однородной структурой с верифицированным содержанием, а сливается с другими формами культуры, становится достоянием массовости. Проблемы медицины подаются в формах шоу и обсуждаются в медиасреде. Медиасреда предлагает свои модели здоровья или болезни, физических параметров и способов их достижения. Человек формирует себя в пространстве нестабильности, плюрализме мнений по фундаментальным характеристикам бытия и собственного здоровья. В такой «подвижной» ситуации формируется представление человека о себе самом и о мире, в обстановке иллюзорной свободы, плюрализма и предельной открытости культурным влияниям.

Дифференциация областей медицины в рамках медицинского дискурса становится более «размытой» в результате смешения дискурсов, вовлекающих в себя медицинские проблемы. Об этом говорит обилие рекламы медицинских препаратов. Где заканчивается косметика и начинается косметология – проследить довольно трудно, как трудно опреде-

лить, какая рекламируемая продукция является медицинской, а какая – не медицинской в профессиональном смысле. Здесь налицо смешение дискурсов – общество потребления все предполагает в качестве продукта потребления и торговли, для себя, в качестве «заботы о себе», которую культура истолковывает как заботу о собственном теле.

Как уже говорилось, дробление и внутренняя дифференциация происходит во всех сферах современной культуры: полистилистика видна в музыке, литературе, живописи. Эксперименты в искусстве открывают новые стили, базируясь при этом, прежде всего, на изменении взгляда художника, исследователя, т. е. новые формы создаются в поиске новых ракурсов. Те же явления происходят и в медицине. Взгляд современного врача-исследователя «работает» в узкой профессиональной области, выделенной анатомией, при этом его интересы пересекаются с множественными узкими профессиональными областями медицины, которые также имеют свою структуру и содержание. Профессиональное дробление происходит на основе сосредоточения интересов на том или ином органе (например, пульмонология, офтальмология, кардиология и т.д.), целых систем организма (иммунология, эндокринология и проч.), патологий (онкология, фтизиатрия и т.д.), согласно практикам и методам лечения (хирургия, терапия и т.д.). Пульмонология в себя включает специфическую хирургию на легких, хирургия в свою очередь включает хирургию на легких, абдоминальную, общую, челюстно-лицевую и т.д. При этом существуют «вспомогательные» научные области – гистология, микробиология, рентгенология и т.д. Составить нечто вроде генеалогического древа современных медицинских областей является проблематичным на основании того, что многие области пересекаются. Например, такие области как хирургия, онкология, иммунология, эндокринология и др. перекрываются с гинекологией, офтальмологией и проч. Отдельными областями знания при этом выделены методологические вопросы – например, пропедевтика, общие теоретические вопросы – нозология, общая патология. Внутренняя дифференциация приводит к деформации из-за «наложения» друг на друга различных дискурсивных полей медицинской науки.

Пересечения и перекрытия, наслаивания и одновременно дробление ландшафта профессиональной медицины похоже на хаотичную конструкцию, подобно тому, как работает сознание современного человека, собирая и конструируя реальность. Рассматривая способ конституирования реальности нашего современника, Б.Г.Соколов отмечает: «Современная вещь – это сериальная вещь, вещь, единственная цель которой – обеспечение функциональной результативности<...>. Ликвидируются те модели сборки реальности индивида, которые обретают свое онтическое алиби в любых видах историчности. То есть речь идет о том, что сборка по параметрам, которые ссылаются на историческую идентификацию не действуют»⁴. В данном случае вещь – это обособленная вещь, «вырванная» из исторического контекста. Основательность и четкая структура, где каждая вещь имеет место, заявленная в Новое время – не действует. Внутренняя логика конструирования определяется необходимостью текущего момента и собирает реальность в своем сознании фрагментарно, согласно функционированию одной вещи, отвергая встроенность вещи или события в исторический контекст. Так работает медиасреда, так работает сознание эпохи постиндустриального общества и, соответственно, так выстраиваются различные культурные практики современного мира, в том числе медицинские.

Отсутствие историчности исключает наличие исторического опыта и дает возможность свободной интерпретации тех или иных фрагментов. Хайдеггер в статье «Время картины мира», указывает на специфическое свойство «картины» – не взгляд на мир как картину, а представление мира как картины, характерное в классическую эпоху, тем самым подчеркивая целостность восприятия, наличие точки центрации взгляда, смотрящего на мир и «переживающего» свою включенность в него. Таким предстает перед нами модель знания классической эпохи. Фрагментарное конструирование реальности, характерное для современности, дает особую модель восприятия ок-

⁴ Соколов Б. Г. Монтаж современной реальности // Культура как стратегический ресурс России. Сб. статей. СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2011. С. 293-295.

ружающего мира, именуемую информацией.

Применительно к разговору о медицинском дискурсе это означает, что человек в медицине как объект исследования переживает «безличность». Обезличенность человека приводит к подмене знания о нем, как о целостном существе, на информацию, «нейтральную по отношению к своему носителю»⁵, а именно – к объекту изучения. В конечном итоге мы получаем набор исследовательских данных, которые предполагается собрать воедино для постановки диагноза, при этом в условиях отсутствия центрации, характерной для целостной картины знания, мы получаем наличие «интерпретационного участия индивида, ситуационной формы центрации»⁶, то есть опять же – не историчной, а вырванной из контекста. Для выведения «опоры» требуется утверждение целостности разрозненным показателям, не просто калькуляции множественных данных для постановки диагноза, а их смысловое оправдание. Здесь имеется в виду смысловое оправдание выбранных методов диагностики, которые во многом предсказывают и навязывают перспективу лечения. В конечном итоге мы получаем информацию о состоянии здоровья человека, которую предстоит «стягивать» воедино для постановки правильного диагноза. При этом такое знание оставляет за рамками личностные характеристики, которые могут быть полезны для постановки диагноза и прогнозирования, обстоятельства и свойства, в конечном итоге – самого индивида и его болезнь. Не случайно Бодрийяр указывает на невозможность говорить о болезни: «В лучшем случае больному предоставят возможность «самовыражения», возможность высказывать свою болезнь, говорить о своей жизни и тем самым реконтекстуализироваться, в общем не слишком негативно переживать эту свою временную аномальность. Но чтобы признать это безумие под названием «болезнь» как некую отличность, обладающую смыслом и смысловым богатством, как исходный материал для реструктуризации обмена, не стремясь «вернуть больного к нормальной жизни», — такое предполагает полную ликвидацию медицины

и больницы, всей системы заточения тела в его «функциональной истине»⁷. То есть «выговаривать» болезнь в условиях госпиталя – это не то же самое, что быть воспринятым больным в своей целостности. Одновременно «поставить диагноз» не то же самое, что признать болезнь в ее экзистенциальном переживании.

Автономность знания по отношению к носителю и собственно объекту диагностики приводит к развитию нового типа отношений между врачом и пациентом, называемого «технический». Современная медицина, оснащенная технически и организованная по принципу клиник, становится все более похожей на заводской конвейер, теряя отчасти при этом человеческое лицо, что не может не сказаться на отношениях врача и пациента. Врач клиники не имеет возможности на длительное и детальное изучение природы и условий возникновения заболевания конкретного пациента. От него требуется лишь максимально быстрое принятие решения и действие, упор делается на диагностические мероприятия, при этом роль больного остается пассивной, несмотря на признание положения об автономии личности, предполагающее осознанный выбор пациентом тех или иных врачебных манипуляций. То есть лечение человека организуется по принципу технического осмотра и технического ремонта по типу конвейера.

Тенденции подобного подхода наблюдались во время становления госпитальной медицины. Врач в госпитале на заре становления медицинской науки был непререкаемым авторитетом и частью властной структуры, при этом пациент лишался активности в принятии решения по вопросам лечения и диагностики. В условиях современных клиник пациент все также исключен из процесса обсуждения своего состояния, но при этом вынужден подписывать «Информированное согласие», документ о том, что он полностью информирован о состоянии своего здоровья, выбранном лечебном методе, возможных альтернативах и осложнениях, принимая на себя ответственность за результат лечения. «Информированное согласие» имеет целью обезопасить и врача и пациента от нежелательных последствий

⁵ Там же.

⁶ Там же. С. 325.

⁷ Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М., «Добросвет», 2000. С. 321.

взаимодействия, что, разумеется, не лишает возможности манипулирования пациентом в силу его некомпетентности или внушаемости в связи с закономерной растерянностью в болезненной для него ситуации. Таким образом, «информированное согласие», в первую очередь, не облегчает жизнь пациента, а скорее – помогает юридическим и этическим комитетам разбирать спорные ситуации врачебной практики, изначально задавая формальные правила общения.

При всей связанности узкопрофессиональных областей медицины, их внутренней сопричастности друг другу, можно наблюдать тенденцию к обособлению частей. Экономическое, функциональное обособление приводит к внутренней несогласованности и проблемам экономического, этического и правового характера, которые вступают в противоречие друг с другом. Необходимость разрешения данных противоречий приводит к возникновению биоэтических комитетов.

Согласно замечанию Г.Зиммеля, в культуре существуют механизмы саморазрушения и, одновременно, самосохранения, благодаря фундаментальному единству жизни как таковой, заставляющую чуждую жизни объективность подчиниться ее источнику. Эти механизмы «срабатывают», в качестве компенсации и «стягивают» распадающиеся части воедино. Так реагирует искусство и философия на «вызовы» культуры в вопросах идентичности и «обезличенности» новоевропейского субъекта, о которых говорилось выше. Такой компенсацией представляется биоэтика, область междисциплинарного знания, выросшая из общественных комитетов, разбирающих спорные ситуации экономического, этического и правового характера.

«Правило информированного согласия», как и другие правила регулирования взаимоотношений врача и пациента, являются прерогативой биоэтики. В целом, биоэтика позиционирует себя как учение о нравственной стороне деятельности человека в медицине и биологии, пытаясь подвести общую основу под разрозненные области наук, имеющие непосредственную власть над жизнью. Объединение невозможно без актуализации исторического опыта, который выполнял бы роль своеобразной «центрации» или опоры в рассуждении о той или иной проблеме. За-

нимаясь регулированием правовых, экономических аспектов современной медицины, биоэтика является попыткой сообщить целостность разрозненным областям, разрастание которых могут представляться бесконтрольными, регламентированными только экономической заинтересованностью. В таком контексте, заданном рассмотрением трансформации медицинского дискурса, возникновение биоэтики можно трактовать, как попытку вернуть культурному полю медицины утраченную целостность и историчность, т. е. «стянуть» воедино все разрозненные области современного медицинского дискурса регламентацией правил их функционирования, этических, юридических и экономических.

Попытка вернуть пациенту активную роль во взаимоотношениях с врачом, вновь рассматривать болезнь с учетом особенностей конкретного больного, его образа жизни, окружения, наследственности и т.д. в силу большого количества больных и чрезвычайной загруженности медиков представляется проблематичной. В настоящее время предпринимаются усилия изменить ситуацию, сообщить целостность взгляду врача на пациента, сделать осуществимым учет как объективных так и субъективных данных через возрождение института семейной медицины или подготовки «врачей общей практики». Наряду с этим, попыткой обретения целостности или обретения «центрации», которая компенсировала бы недостаточность сколь угодно полной информации для создания картины болезни, представляются медицинские теории, имеющие в себе изначально постулат о взаимодействии всех систем организма. Одной из таких теорий является психосоматика, возникшая на почве психоанализа и предлагающая психоаналитическое и психологическое воздействие на пациента для лечения соматических заболеваний.

Психосоматическая медицина предлагает список заболеваний, имеющих психосоматический характер, чье возникновение связывается с теми или иными невротическими расстройствами⁸. Предлагаются описания

⁸ См.: Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. - М.: Издательство «ЭКМО-Пресс», 2002. 352 с.

характеров, несущих в себе предрасположенность к определенным заболеваниям, и утверждения, что все заболевания можно отнести к психосоматическим, и, соответственно, лечить их надо с применением практик, воздействующих на психику. Многочисленные медицинские центры предлагают лечение психосоматических заболеваний, исходя из признания влияния эмоционального фактора на их возникновение. Например, при анализе бронхиальной астмы как психосоматического заболевания на основании того, что при астматическом приступе нарушается функция выдоха, делается вывод о том, что астматик «подавляет плач». В качестве причин подавления выдвигается предположение о подавленной любви к матери, чувстве вины и боязни отвержения⁹. Кроме того, высказывается предположение, что в жизни больного непременно должны быть такие ситуации, которые действуют на него негативно, но при этом он вынужден подавлять свои эмоции. Таким образом, возникновение приступа бронхиальной астмы представляется выходом подавленных эмоций и лечение астмы с необходимостью, согласно психосоматике, должно включать психоанализ для выявления травмирующего фактора и его коррекции.

Следующей попыткой обретения целостности в медицине можно считать обращение к восточным медицинским практикам, предполагающим целостность человеческого организма, постулирующим связность всех органов и взаимозависимость их функций. Популярность иглоукалывания и различных видов массажей китайской медицины также говорят о недоверии фрагментарному восприятию в европейской медицине и о попытке обретения «целостности медицинского взгляда».

В качестве «теории целостности» набирает популярность холистическая медицина. **А.А.Крель**, профессор медицины, основатель центра холистической медицины в Санкт-Петербурге, пишет о концепции холиз-

ма следующее: «Наш путь к осмыслению и разработке концепции холистической лечебной деятельности проходил на протяжении первых тридцати лет в контексте эмпирической, методически разрабатываемой, фармакотерапевтической лечебной практики и в последующие пятнадцать лет в концептуальном осмыслении и практической организации многоуровневого междисциплинарного взаимодействия различных специалистов в целях формирования качественной (исцеляющей) лечебной практики»¹⁰. «Многоуровневое междисциплинарное взаимодействие» включает использование медицинского опыта, не только основанного на научной медицине, ставшей традиционной для современной европейской культуры, но и привлечение психотерапии, восточной медицины, гомеопатии. Термин «*холизм*» происходит от греческого слова «целый», «весь». Ключевым моментом здесь является цель лечебной практики, которая понимается как «исцеление» - то есть обретение организмом нарушенной целостности и гармонии. Соответственно холистическая лечебная практика подразумевает как целостное воздействие, так и обретение целостности, понимаемое как «исцеление».

К выбору такого пути также приводит разочарование в подходе европейской медицины: «Первоначально занимаемая нами телесно ориентированная, жёстко позитивистская, фармакотерапевтическая парадигма претерпела изменения в сторону холистического подхода к лечению с ориентацией на активизацию путей самоисцеления. Концепция «лечить болезнь» через концепцию «лечить больного» эволюционировала в направлении – «*стремиться к умвельту самоисцеления*» с использованием современных научных достижений»¹¹. Таким образом, механизм «самоисцеления» запускается при помощи медицинских практик, но при активном участии пациента, и, наряду с научными достижениями включается опыт «ненаучного свойства», основанный на наблюдениях над характерами больных. Например, при работе с боль-

⁹ Психосоматика бронхиальной астмы // Дом диагностики. [Электронный ресурс] URL: <http://diagnostichouse.ru/bronxialnaya-astma//1849-psixosomatika-bronxialnoj-astmy.html> (дата обращения 13.12.2014).

¹⁰ Крель А.А. Концепция холистической терапии (на основе опыта 45-летней врачебной практики). Холизм и здоровье. СПб, АНО «КИО». 2009, №1. С. 4.

¹¹ Там же. С. 5.

ными ревматоидным артритом автором были сделаны следующие выводы: «... Терапия достигала оптимальных результатов, когда она могла опираться на целостную сущность пациентов, независимо от их социального статуса или формального образования. Это даёт нам основания с большой убеждёностью полагать, что устойчивый выраженный фармакотерапевтический эффект достигается в тех случаях, когда с уровнем душевного и духовного бытия пациентов создаются адекватные предпосылки на биологическом уровне для организмического восприятия фармакотерапевтической коррекции в случаях её необходимости и для её удержания»¹². Здесь следует отметить заявленный автором «уровень душевного и духовного бытия», который предполагает, что его высокий уровень способствует исцелению: «Почти всегда, когда удавалось достичь выраженного, глубокого, устойчивого терапевтического эффекта, пациенты характеризовались открытыми душевными качествами»¹³. Помимо этого, характер пациентов, оказавшихся наиболее восприимчивыми к холистическим лечебным практикам, описывается следующим образом: «Они являлись трезвенными нестяжателями, были несуетливы и смиренны, но сохраняли достойное мужество в преодолении своих подчас очень тягостных страданий и тем всемерно помогали в наших терапевтических действиях»¹⁴. Как видно, здесь предлагается высокий уровень духовности с позиции христианства, сам дискурс, включающий такие характеристики как смирение, нестяжательство и т.д. относит к подобным заключениям. Тем не менее, как можно убедиться при посещении сайта и аккаунтов в социальных сетях общества, за источник духовности принимается не только христианство, а любые духовные практики, не противоречащие концепции холистической медицины, т.е. могущие послужить источником вдохновения для обретения здоровья.

В холистическом Санкт-Петербургском центре получает вторую жизнь гомеопатия, заключающая в себе целостный подход на

основании концепции «жизненной силы». В данном контексте, при рассмотрении проблемы фрагментарности взгляда современной медицины, гомеопатия оказывается востребованной в силу того, что, подобно холизму, предлагает концепцию целостности. Как пишет Ганеман, основатель учения, в своем «Органоне врачебного искусства», болезни являются «ничем иным как динамическим поражением жизненной силы»¹⁵. Согласно Ганеману, лечить болезни, соответственно, надо не вызывая противоположные заболевания воздействием или подавляя симптомы и причины их возникновения, как действует классическая европейская медицина, а *воздействуя на организм в его целостности, организуя «возвращение жизненной силы к нормальному состоянию»*¹⁶, а значит и – *самоисцеление*.

Таким образом, в современной медицине можно наблюдать как сужение поля зрения врача и фрагментарность взгляда, очевидно по дроблению пространства медицинского дискурса на узкие специализированные области, так и попытку обретения целостности. Медицина как феномен культуры демонстрирует те же явления, что видны в других культурных формах, презентующих изменения характера восприятия окружающего мира (или объекта) в сознании субъекта. Биоэтика, возрождение семейной медицины и института врачей общей практики говорят о констатации этого явления в качестве серьезной проблемы и выглядят культурными компенсациями на фоне общего дробления и дифференциации. Современные медицинские практики, получившие широкое распространение в последнее время, такие как психосоматика, холистическая медицина и гомеопатия, выглядят попытками обретения целостности. При этом, претендуя на научность, они вводят в область медицинского дискурса этические, философские и даже религиозные представления, тем самым расширяя его границы.

¹² Там же.

¹³ Там же.

¹⁴ Там же.

¹⁵ См. Ганеман С. Органон врачебного искусства или основная теория гомеопатического лечения Радость здоровья – сила красоты [Электронный ресурс]. URL: <http://mshealthy.com.ua//medik-book//gomeopati//ganeman-organon//8.htm> (дата обращения 13.12.2014).

¹⁶ Там же.

Olga A. Shesterikova. Fragmentation and internal differentiation of modern medical discourse and attempts at gaining wholeness

Summary

This article explains how to change the optics of a medical view in a medical laboratory or clinic from the era of Modern Times to the present day on the background of general cultural trends. Distribution of non-classical medical theories, bioethics, the revival of Family Medicine and the Institute of General Practitioners is interpreted by the author as a cultural compensation and attempts of gaining a holistic human perception lost in modern European medicine.

Keywords: medicine as a form of culture, medical discourse, integrity in medicine, holistic theory and practice of bioethics.