

Одеський національний університет імені І. І. Мечникова

Факультет історії та філософії

Кафедра археології, етнології та всесвітньої історії

---

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

Лобачової Тетяни Олександрівни

УДК 94(37)«1575-1577»

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**на тему: «Формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ (на прикладі чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.)»**

032 – Історія та археологія

03 – Гуманітарні науки

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ (Лобачова Т.О.)

Науковий керівник: к.і.н. Чепіженко В. В.

**Одеса – 2026**

## АНОТАЦІЯ

*Лобачова Т.О.* Формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ (на прикладі чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.).

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 032 — Історія та археологія. — Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, м. Одеса, 2026. — Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертаційне дослідження присвячене комплексному аналізу процесів формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ ранньомодерного суспільства на прикладі чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.

Актуальність теми зумовлена зростанням інтересу сучасної історичної науки до вивчення соціокультурних наслідків епідемій, а також необхідністю переосмислення ролі кризових ситуацій як чинників трансформації соціальних структур і механізмів самоідентифікації індивідів та спільнот. Дослідження чуми у Венеції дозволяє розглядати епідемію не лише як демографічну чи медичну катастрофу, а як складний соціальний процес, що вплинув на всі рівні функціонування міського суспільства.

Об'єктом дослідження є соціокультурна динаміка венеціанського суспільства в умовах епідемії чуми другої половини XVI ст., тоді як предметом виступають механізми формування колективних та індивідуальних ідентичностей у ситуації кризи. Метою роботи є виявлення та аналіз трансформацій ідентичнісних моделей венеціанців під впливом епідемії, а також визначення ролі інституційних, медичних, економічних і релігійних практик у цих процесах.

У дисертації використано комплексний міждисциплінарний підхід, що поєднує методи соціальної історії, історичної антропології та історії повсякденності. Джерельну базу становлять нормативні акти, матеріали діяльності венеціанських магістратів охорони здоров'я, листування

сучасників, наративні джерела, а також праці італійських і зарубіжних дослідників. Значну увагу приділено аналізу історіографії проблеми, що дозволило виявити основні підходи до інтерпретації чуми як соціального феномена.

У першому розділі здійснено огляд джерельної бази та історіографії дослідження, визначено методологічні засади та ключові поняття, зокрема категорії «колективної» та «індивідуальної ідентичності», що є центральними для роботи.

Другий розділ присвячений аналізу соціальних структур Венеції в період епідемії, практик виживання та адаптації населення, а також репрезентацій чуми у свідомості сучасників. Досліджено, як епідемія вплинула на соціальну стратифікацію, зміну поведінкових моделей та формування нових символічних уявлень про хворобу.

У третьому розділі розглянуто процеси формування колективних ідентичностей венеціанців через призму інституційних реакцій держави, діяльності магістратів, медичних практик, торгово-економічної поведінки та релігійних форм солідарності. Показано, що епідемія сприяла консолідації суспільства навколо ідей дисципліни, відповідальності та колективного виживання, водночас загострюючи соціальні відмінності.

Четвертий розділ зосереджений на аналізі індивідуальних ідентичностей у контексті чумної кризи. На основі персональних історій та казусів доведено, що ідентичність індивіда формувалася на перетині державних вимог, релігійних норм та повсякденних практик виживання. Встановлено, що епідемія виступила каталізатором переосмислення власного «я», змінюючи поведінкові стратегії та соціальні ролі.

У результаті дослідження доведено, що чума святого Карла у Венеції 1575–1577 рр. не лише порушила усталені соціальні структури, але й стала чинником глибокої трансформації ідентичностей. Епідемія сприяла формуванню нових моделей колективної взаємодії, посиленню ролі держави

у регулюванні суспільного життя, а також зміні індивідуальних стратегій поведінки.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному підході до аналізу чуми як соціокультурного феномена та у розгляді її як чинника формування ідентичностей. Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів у подальших наукових дослідженнях, а також у навчальному процесі при викладанні курсів з історії раннього Нового часу, історичної антропології та історії медицини.

*Ключові слова:* Чума Святого Карла, Венеція, ранній Новий час, епідемії в Італії, ідентичність, колективна ідентичність, індивідуальна ідентичність, колективна пам'ять, соціальна історія, карантин, Magistrato alla Sanità, структури, практики, репрезентації, лікування чуми.

## SUMMARY

*Lobachova T.O.* The Formation of Collective and Individual Identities under Crisis Conditions (on the Example of the Plague of St. Charles in Venice, 1575–1577).

Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 032 — History and Archaeology. — Odesa National University named after I.I. Mechnikov, Odesa, 2026. — A qualifying research paper on manuscript rights.

The dissertation is devoted to a comprehensive analysis of the processes of formation of collective and individual identities under conditions of crisis in early modern society, based on the example of the plague of Saint Charles in Venice in 1575–1577.

The relevance of the topic is determined by the growing interest of contemporary historical scholarship in the socio-cultural consequences of epidemics, as well as by the need to reconsider the role of crises as factors shaping social structures and mechanisms of individual and collective self-identification. The study of the plague in Venice makes it possible to interpret the epidemic not

only as a demographic or medical catastrophe, but also as a complex social process that affected all levels of urban life.

The object of the research is the socio-cultural dynamics of Venetian society during the plague epidemic of the second half of the sixteenth century, while the subject concerns the mechanisms of formation of collective and individual identities in a situation of crisis. The aim of the study is to identify and analyze transformations in identity models among Venetians under the impact of the epidemic, as well as to determine the role of institutional, medical, economic, and religious practices in these processes.

The dissertation employs a comprehensive interdisciplinary approach combining methods of social history, historical anthropology, and the history of everyday life. The source base includes normative acts, materials of the Venetian health magistracies, correspondence of contemporaries, narrative sources, as well as works of Italian and international scholars. Particular attention is paid to the historiographical analysis, which makes it possible to identify the main approaches to interpreting the plague as a social phenomenon.

The first chapter provides an overview of the source base and historiography, outlines the methodological framework, and defines key concepts, in particular the categories of “collective” and “individual identity”, which are central to the study.

The second chapter focuses on the analysis of social structures in Venice during the epidemic, practices of survival and adaptation, and representations of the plague in the minds of contemporaries. It examines how the epidemic influenced social stratification, behavioral patterns, and the formation of new symbolic interpretations of disease.

The third chapter examines the formation of collective identities among Venetians through the prism of institutional responses, the activities of magistracies, medical practices, economic behavior, and religious forms of solidarity. It demonstrates that the epidemic contributed to the consolidation of society around ideas of discipline, responsibility, and collective survival, while simultaneously intensifying social inequalities.

The fourth chapter is devoted to the analysis of individual identities in the context of the plague crisis. Based on personal histories and case studies, it is argued that individual identity was formed at the intersection of state demands, religious norms, and everyday survival practices. The study shows that the epidemic acted as a catalyst for rethinking the self, reshaping behavioral strategies and social roles.

The research concludes that the plague of Saint Charles in Venice in 1575–1577 not only disrupted established social structures but also became a factor in the profound transformation of identities. The epidemic contributed to the emergence of new models of collective interaction, strengthened the role of the state in regulating social life, and reshaped individual behavioral strategies.

The scientific novelty of the study lies in its comprehensive approach to the analysis of the plague as a socio-cultural phenomenon and in its interpretation as a key factor in the formation of identities. The practical significance of the research consists in the possibility of applying its results in further scholarly studies, as well as in the teaching of courses on early modern history, historical anthropology, and the history of medicine.

*Keywords:* Saint Charles Plague, Venice, Early Modern Period, epidemics in Italy, identity, collective identity, individual identity, collective memory, social history, quarantine, *Magistrato alla Sanità*, structures, practices, representations, plague treatment.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ АВТОРА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### **Фахові українські видання:**

1. Лобачова Т. Колективні ідентичності венеціанців в умовах чуми Святого Карла 1575-1577 рр. Актуальні питання у сучасній науці. 2024. № 11(29). С. 1259–1268. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-11\(29\)-1259-1268](https://doi.org/10.52058/2786-6300-2024-11(29)-1259-1268)

2. Лобачова Т. Чума Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.: Структури, практики, репрезентації. Вчені записки. Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського. 2024. Том 35 (74) № 2. С. 115–119. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5984.2024/2.17>

3. Лобачова Т. Формування індивідуальних ідентичностей у Венеції чумних років (1575–1577 рр.). Персональні історії, казуси, приклади. Актуальні питання гуманітарних наук. 2024. Вип. 77, том 3. С. 4 – 11. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863/77-3-1>

4. Лобачова Т. Ідентичність у кризовому суспільстві: індивідуальні та колективні виміри в часи чуми у Венеції (1575-1577 рр.). Вісник гуманітарних наук. 2025. № 12. С. 13-18. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17522825>

### **Публікації, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:**

5. Лобачова Т. Формування карантинних заходів на прикладі Венеції XV ст. Феномен Європи: проблеми державотворення. Збірник матеріалів наукової конференції молодих вчених з міжнародною участю у Львівському національному університеті імені Івана Франка (15-17 листопада 2018 р.) упорядник Р.Б. Тарановський, В.М. Мельник. Львів: Видання наукового журналу «Аннали юридичної історії», 2018. С. 13 – 15. URL: <http://legalhistoryjournal.com.ua/wp-content/uploads/2020/03/%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D0>

%B5%D0%BD\_%D0%84%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B8\_%D0%BF%D0%B4%D1%84.pdf

6. Лобачова Т. Екологічна складова у венеціанській політиці боротьби з чумою. Одіссос. Актуальні проблеми всесвітньої історії : матеріали VII Всеукр. наук. конф. «Одеські читання – 2020». Одеса : Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2020. С. 76–84.

7. Лобачова Т. О. Населення Тоскани XV століття у висвітленні Девіда Герлігі. Libra: збірка наукових праць Центру антикознавства та медієвістики ОНУ імені І.І. Мечникова / під ред. О.М. Лугового та В.В. Чепіженка. Випуск VI: до 40-річчя науково-педагогічної діяльності І.В. Немченко. Одеса: ОНУ імені І.І. Мечникова, 2022. С.124-132. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/258cce1d-a07e-4e79-b1f3-7b7032378775/content>

## ЗМІСТ

<b>Вступ</b> .....	10
<b>Розділ 1. Джерельна база та історіографія дослідження</b> .....	23
1.1 Історіографія роботи.....	24
1.2 Джерельна база.....	67
1.3 Методико-термінологічна база дослідження.....	87
1.4 Концепції дослідження індивідуальної та колективної ідентичності.....	95
<b>Розділ 2. Чума Святого Карла у Венеції 1575-1577 рр.: структури, практики, репрезентації</b> .....	108
2.1 Соціальні структури міста у період епідемії.....	108
2.2 Практики виживання та адаптації до епідемії.....	120
2.3 Репрезентації чуми: уявлення, символи, наративи.....	130
<b>Розділ 3. Колективні ідентичності венеціанців в умовах чуми святого Карла 1575-1577 рр.</b> .....	136
3.1 Інституційні реакції: магістрат, патриціат, управлінські стратегії.....	137
3.2 Медичні підходи та роль лікарів у кризовий час.....	142
3.3 Торгово-економічні стратегії та поведінка купців, торговців, моряків.....	154
3.4 Релігійні об'єднання: солідарність, благочестя, братства.....	159
<b>Розділ 4. Формування індивідуальних ідентичностей у Венеції Чумних Років (1575-1577 Рр.) Персональні історії, казуси, приклади</b> .....	166
<b>Висновки</b> .....	198
<b>Список джерел та літератури</b> .....	231
<b>Додатки</b> .....	244

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Епідемія чуми 1575–1577 років, відома як Чума Святого Карла, є однією з наймасштабніших соціальних і демографічних криз у ранньомодерній історії Венеції. Унікальність цього явища полягає не лише у його руйнівних наслідках, але й у способах, якими венеціанське суспільство реагувало на виклики епідемії. Венеція XVI століття була важливим економічним, політичним і культурним центром, що зумовило особливу складність викликів, пов'язаних із боротьбою з чумою. Міська інфраструктура, адміністративна система, релігійні традиції та економічна залежність від міжнародної торгівлі формували унікальну систему реакцій на епідемію, яка відображала не лише колективні, але й індивідуальні адаптаційні механізми.

Актуальність дослідження зумовлена тим, що кризи такого масштабу, як чума, формують складні умови для трансформації суспільних структур і цінностей, а також впливають на формування соціальних та індивідуальних ідентичностей. Вивчення епідемії чуми 1575–1577 років дозволяє глибше зрозуміти, як криза впливала на взаємовідносини між різними соціальними групами, зміни у культурній репрезентації та самосвідомості венеціанців.

Сучасний світ також стикається з подібними кризами, зокрема пандемією COVID-19, яка актуалізувала дослідження історичних прикладів боротьби з епідеміями. Як і у XVI столітті, пандемія змусила людство переосмислювати соціальні відносини, зміцнювати або, навпаки, руйнувати колективні зв'язки та адаптуватися до нових реалій. Таким чином, дослідження історичних прецедентів, таких як Чума Святого Карла, може надати цінний матеріал для аналізу сучасних викликів, особливо у контексті формування ідентичностей в умовах кризи.

Значна частина історіографії, що присвячена епідеміям, фокусується на демографічних і медичних аспектах кризи, а також на політичних і економічних наслідках. Проте проблема формування колективних та індивідуальних ідентичностей, що виникає у відповідь на виклики епідемії,

залишається недостатньо дослідженою. Особливе значення мають такі питання: як різні соціальні групи (магістрат, патриціат, лікарі, релігійні братства) брали участь у створенні колективних стратегій протидії кризі? Як змінювались уявлення про «я» і «ми» в умовах високої смертності, соціальної ізоляції та екзистенційного страху?

Ця тема є актуальною також через її міждисциплінарний характер: вона лежить на перетині соціальної історії, історії культури, медичної історії та історії ідентичностей. Використання різних джерел дозволяє виявити складну картину взаємодії індивідуального й колективного у період кризи. Аналіз цих взаємодій відкриває можливості для переосмислення традиційних підходів до вивчення історії епідемій та їх впливу на суспільство.

**Метою** цього дослідження є вивчення процесів формування колективних ідентичностей різних соціальних груп та індивідуальних ідентичностей окремих осіб у Венеції під час епідемії чуми 1575–1577 років, а також аналіз структур, практик та культурних репрезентацій, які виникли в умовах цієї кризи.

Для реалізації мети поставлено такі **завдання**:

1. Проаналізувати існуючу історіографію з теми дослідження;
2. Визначити та систематизувати джерельну базу;
3. Дослідити структури, практики та репрезентації під час Чуми Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.;
4. Розкрити роль магістрату та патриціату у боротьбі з епідемією;
5. Охарактеризувати діяльність лікарів, купців, торговців, моряків у період чуми;
6. Вивчити роль релігійних братств, об'єднань та церков у подоланні кризи;
7. Проаналізувати формування колективних ідентичностей різних груп венеціанського суспільства;

8. Виявити особливості формування індивідуальних ідентичностей під час Чумних Років (1575–1577 рр.), зокрема через персональні історії, казуси, приклади;
9. Дослідити трансформацію соціальної поведінки та зміну міжособистісних відносин під впливом чуми;
10. Визначити вплив чуми на політичне життя та міське управління Венеції;
11. Надати оцінку використанню релігійної символіки та ритуалів під час епідемії;
12. Простежити зміни у міському просторі Венеції у зв'язку з епідемією;
13. Проаналізувати вплив Чуми Святого Карла на образ Венеції у європейському контексті.

**Об'єктом дослідження** є соціальні, культурні та релігійні процеси у Венеції під час епідемії чуми 1575–1577 років.

**Предметом дослідження** є механізми формування колективних ідентичностей різних соціальних груп, індивідуальних ідентичностей, а також практики і репрезентації, що виникли в умовах епідемії.

**Хронологічні межі дослідження:** дослідження охоплює період з 1575 по 1577 рік, тобто час, коли епідемія чуми охопила Венецію. Водночас враховуються передумови епідемії та її довготривалі наслідки.

**Географічні межі дослідження:** основним об'єктом дослідження є місто Венеція, яке було головним адміністративним, економічним і культурним центром Венеціанської Республіки.

**Дослідницька методика.** У роботі використано комплекс методів, що дозволили всебічно дослідити тему. Метод аналізу і синтезу застосовувався для виокремлення уявлень про чуму та їх наукового обґрунтування, а також для систематизації джерел, таких як законодавчі акти, медичні трактати та хроніки. Методи індукції та дедукції були використані для вивчення поширення карантинної системи з Венеції на інші регіони Апеннінського

півострова, а також для аналізу законодавчої діяльності влади щодо санітарних заходів.

Метод описання та виміру доцільно застосовувався для опису лікування чумних епідемій і санітарних практик у третьому розділі. Історико-типологічний метод був залучений під час дослідження формування постаті чумного лікаря. Історико-проблематичний метод став основним у першому розділі під час аналізу історіографії теми.

Міждисциплінарні методи, зокрема антропо-соціальний, використовувалися для окреслення стану населення у добу чуми, реакції суспільства на санітарні заходи та формування ідентичностей у кризових умовах. Медичні методи були застосовані для глибшого аналізу об'єкта дослідження, зокрема щодо медичних протоколів і заходів боротьби з епідемією [див. розділ 3.2.].

**Джерельна база дослідження** включає значну кількість інформації, доступної завдяки опублікованим джерелам. Незважаючи на те, що італійські архіви зберегли велику кількість цінної інформації, об'єктивні обмеження унеможливили їх використання. Тому основою для нашого дослідження стали друковані джерела, які є у вільному доступі.

У процесі аналізу джерел було виокремлено декілька основних тематичних напрямів, що формують основу джерельної бази:

1. Роботи, які загалом описують епідемію чуми  
Ця категорія охоплює як літературні, так і історичні джерела, що зображують загальний контекст поширення чуми в Європі. Наприклад, праці Джованні Боккаччо («Декамерон») та Маттео Віллані («Нова Хроніка») дозволяють зрозуміти уявлення про чуму та її вплив на населення через літературні й хронікальні описи. Ці джерела дають змогу простежити, як змінювалося сприйняття чуми з плином часу та як ця хвороба впливала на соціальні відносини, побут і колективну ідентичність.

2. Документи та описи практик магістрату у боротьбі з епідемією  
Ця категорія охоплює джерела, що стосуються діяльності магістрату Венеції

під час чуми. Зокрема, роботи Франческо Карабельє та Занарді описують заходи, впроваджені для стримування поширення чуми. До цієї категорії також належать описи рішень магістрату, які стосувалися організації лазаретів, впровадження карантинів та забезпечення санітарного контролю у місті.

3. Роботи, що містять інформацію про лікарів та їхній внесок у боротьбу з чумою. Особливу увагу приділено роботам самих лікарів, які працювали у Венеції під час епідемії. Так, праці Джироламо Донцелліні та Антоніо Глісенті містять цінні відомості про медичні підходи та методи лікування чуми. Ці джерела дозволяють проаналізувати професійний рівень лікарів, їхні теоретичні знання та практичний досвід у боротьбі з хворобою. Окрім цього, до цієї категорії включено праці лікарів, які працювали на інших територіях, зокрема, роботи Джованні Філіппо Інграсії та Анніабале Раймондо. Їхні спостереження дозволяють порівняти медичні підходи у різних регіонах і зрозуміти, як розвивалася медицина в умовах епідемії.

4. Окремо варто згадати джерела, що описують становлення медицини та суспільного здоров'я в умовах чуми. Наприклад, робота Гаспаро Контаріні «Про магістрати та улаштування Венеціанської республіки» дозволяє дослідити адміністративні структури, які відповідали за охорону здоров'я. Також у дослідженні було використано статuti міста Кастеллі, які висвітлюють питання власності госпіталів та їхньої ролі у боротьбі з чумою.

Значення джерельної бази для дослідження. Джерельна база дозволяє проаналізувати, як епідемії впливали на соціальну структуру, формування колективних та індивідуальних ідентичностей у кризові періоди. Роботи лікарів та нотаріусів дають змогу оцінити професійні й суспільні аспекти боротьби з чумою, а документи магістрату – зрозуміти механізми організації суспільного здоров'я. Таке поєднання літературних, адміністративних та медичних джерел сприяє комплексному розкриттю теми формування ідентичностей у періоди криз, зокрема, під час чуми святого Карла. Більш детальну інформацію з характеристикою самих джерел [див. розділ 1.2.].

**Ступінь наукової розробки теми.** Тема формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ (на прикладі чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.) є більш ґрунтовно вивченою у західноєвропейських країнах, зокрема в Італії. Це пояснюється не лише історичним значенням самої країни, але й доступністю широкого спектра архівних матеріалів, які дозволяють досліджувати різні аспекти епідемій, починаючи від соціального впливу до медичних заходів. У цьому дослідженні тема була поділена на кілька ключових напрямів, які формують основу сучасного наукового дискурсу. Основні тематичні групи:

1. *Запобіжні заходи проти чуми у Венеції та розвиток громадського здоров'я в контексті соціальних криз.* Ця група охоплює наукові роботи, що досліджують санітарні та карантинні заходи, впроваджені венеціанською владою. Особливу увагу приділено організації лазаретів, створенню спеціальних адміністративних структур для боротьби з епідеміями, а також впровадженню санітарних паспортів та інших профілактичних заходів. Такі роботи дозволяють простежити, як саме Венеція впроваджувала свої передові для того часу методи контролю над поширенням інфекцій, та як ці заходи вплинули на формування колективної ідентичності міста як єдиного організму.

2. *Роботи, присвячені медичним заходам та лікарям у Венеції* Цей блок зосереджено на дослідженні медичної практики під час епідемій, а також біографій лікарів, які працювали у Венеції під час чуми. Аналіз медичних трактатів та наукових спостережень дозволяє зрозуміти, як формувалися медичні знання епохи Ренесансу, як лікарі реагували на виклики епідемій і які методи лікування застосовували.

3. *Роботи, у яких наведено історію медицини.* Ця група включає наукові праці, що простежують еволюцію медичної справи від античності до епохи Ренесансу. Зокрема, дослідження Галена, Сципіона Меркуріо, Андреа Граціоло та інших авторів дозволяють зрозуміти, як змінювалися підходи до лікування інфекційних хвороб, зокрема чуми, а також як ці зміни впливали

на розвиток професії лікаря. Ці роботи висвітлюють становлення медичної освіти, вплив класичних текстів та практичний досвід лікарів епохи Ренесансу.

4. *Роботи, присвячені історії Італії.* Ця категорія охоплює наукові праці, що аналізують чумні епідемії у контексті ширших історичних процесів в Італії. Особливу увагу приділено соціально-економічним наслідкам чуми, її впливу на населення, культуру та державні інституції. Зокрема, праці Фернана Броделя, Анн Дж. Кармайкл та Дж. Альфані допомагають простежити, як чума впливала на ідентичність населення та формувала нові соціальні практики.

Наукові праці, залучені до дослідження, формують широкий базис для аналізу як колективних, так і індивідуальних ідентичностей у кризові часи. Вони дозволяють не лише вивчити історичний контекст чуми, але й побачити, як епідемія стала каталізатором змін у суспільстві, медицині та адміністративних практиках. Роботи, присвячені магістратським нововведенням, медичним трактатам та культурним явищам, дозволяють глибше зрозуміти, як у Венеції формувалися соціальні реакції на кризу та як це вплинуло на створення ідентичності.

Більш детальну інформацію з характеристикою праць та їх авторів [див. розділ 1.1.].

**Новизна даного дослідження** полягає в комплексному аналізі формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ, викликаних чумою Святого Карла у Венеції в 1575–1577 рр. Робота поєднує вивчення протиепідемічної політики Венеціанської республіки епохи Ренесансу з глибоким соціокультурним та інституційним аналізом. Вперше увагу зосереджено не лише на структурних та практичних аспектах боротьби з епідемією, але й на тому, як ці заходи вплинули на формування ідентичностей різних соціальних груп та окремих осіб.

Дослідження має кілька аспектів:

Комплексний підхід

1. Дослідження вперше поєднує аналіз протиепідемічної політики Венеціанської республіки епохи Ренесансу з глибоким соціокультурним та інституційним аналізом.

#### Фокус на ідентичностях

2. Вперше акцент зроблено не лише на структурних заходах протидії епідемії, а й на впливі цих заходів на формування колективних та індивідуальних ідентичностей різних соціальних груп (магістрат, лікарі, купці, моряки, релігійні братства).

#### Географічний чинник

3. Встановлено, що унікальне географічне розташування Венеції як морського центру стало ключовим для розробки та впровадження карантинних практик (лазарети, санітарні паспорти, перевірка суден), що згодом стали модельними для Європи.

#### Інтеграція структур, практик та репрезентацій

4. Поєднано аналіз офіційних заходів боротьби з епідемією з дослідженням культурних репрезентацій чуми, що дозволяє простежити осмислення кризи в суспільній свідомості.

#### Європейський контекст

5. Систематизовано дані про вплив венеціанського досвіду на протиепідемічну політику інших європейських держав, зокрема в розвитку практики лазаретів та карантинів.

#### Внесок у науку

6. Дослідження дозволяє переосмислити роль Венеціанської республіки у формуванні сучасної концепції громадського здоров'я та її вплив на європейські практики протиепідемічної боротьби. Робота збагачує наукове розуміння соціальної та культурної динаміки, яка виникає в умовах кризових явищ, і підкреслює значення історичного досвіду для сучасної охорони здоров'я.

Результати дослідження були **апробовані** на низці наукових конференцій, зокрема:

1. **«Формування карантинних заходів на прикладі Венеції XV ст.»** «Феномен Європи: проблеми державотворення», наукова конференція молодих вчених з міжнародною участю, Львівський національний університет імені Івана Франка, 2018 рік.
2. **«Образ чумного лікаря в Італії XVI – першої половини XVII ст.»** «Текст і образ», Київ, 2018 рік.
3. **«Візуалізація смерті: чума в середньовічній іконографії»** «Текст і образ», Київ, 2019 рік.
4. **«Екологічна складова венеційської політики по боротьбі з чумою»** «Одеські читання – 2020», VII Всеукраїнська наукова конференція.
5. **«Магістрат та боротьба з пандемією у Венеції XVI ст.»** *Каразінські читання (історичні науки): Тези доповідей 75-ї Міжнародної наукової конференції*. Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2022. С. 110–111.
6. **«Девід Герлігі: штрихи до інтелектуальної біографії історика»** VIII Всеукраїнська наукова конференція «Теоретичні та прикладні аспекти біографістики: до 250-річчя від дня народження Василя Назаровича Каразіна» ХНУ імені В.Н. Каразіна, 26 вересня 2023 р. (дистанційно)
7. **«Історіографія чумних епідемій в середньовічній Європі. Девід Герліге та його внесок у дослідження чумних епідемій»** Міжнародна наукова конференція Ver Kyiviens (Sub Umbra Castanearum) «Стародавній світ, середні віки, ранній новий час: історія, релігія, культура», кафедра історії стародавнього світу та середніх віків Київського національного університету імені Тараса Шевченка, 18–19 травня 2023 р. (дистанційно)
8. **«Чума в історії середньовічної Італії за дослідженнями Девіда Герлігі»** Міжнародна наукова конференція «XIV читання пам'яті професора П. Й. Каришковського», Центр антикознавства та медієвістики ОНУ імені І. І. Мечникова, 10–12 березня 2023 р.
9. **«Чума Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.: структури, практики, репрезентації»** / Т. Лобачова // Одіссос: актуальні проблеми всесвітньої історії : матеріали VIII Міжнар. наук. конф. студентів, аспірантів

та молодих вчених «Одеські читання: акт. проблеми всесвіт. історії» / Під ред. Чепіженка В. В. та ін. – Одеса : Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2024. – С. 87–92.

10. **«Формування індивідуальних ідентичностей у Венеції чумних років (1575-1577 рр.): персональні історії, казуси, приклади.»** XIV міжнародна наукова конференція студентів, аспірантів і молодих вчених ДНІ НАУКИ – 2024. До 190-річчя Київського національного університету імені Тараса Шевченка.

### **Наукові публікації**

Основні положення дослідження були викладені в низці публікацій:

1. Лобачова Т.О. Формування карантинних заходів на прикладі Венеції XV ст. [32].
2. Лобачова Т.О. Екологічна складова у венеціанській політиці боротьби з чумою [27].
3. Лобачова Т. О. Населення Тоскани XV століття у висвітленні Девіда Герлігі [30].
4. Лобачова Т.О. Чума Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.: структури, практики, репрезентації [33].
5. Лобачова Т.О. Формування індивідуальних ідентичностей у Венеції чумних років (1575–1577 рр.). Персональні історії, казуси, приклади [31].
6. Лобачова Т.О. Колективні ідентичності венеціанців в умовах Чуми Святого Карла 1575-1577 рр. [29].
7. Лобачова Т.О. Ідентичність у кризовому суспільстві: індивідуальні та колективні виміри в часи чуми у Венеції (1575-1577 рр.) [28].

Таким чином, проведене дослідження вперше в такому обсязі висвітлює особливості формування та реалізації карантинної політики у Венеції епохи Ренесансу. Апробація матеріалів на конференціях та публікація основних положень роботи дозволяють вважати дослідження

важливим внеском у вивчення історії протиепідемічних заходів і формування колективної та індивідуальної ідентичностей в умовах епідемії.

**Обґрунтування структури роботи.** Обрана структура дисертації «Формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ (на прикладі чуми Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.)» є логічною та послідовною, адже вона дозволяє всебічно дослідити тему через призму джерел, історіографії, структур, практик, репрезентацій, а також суспільних і персональних ідентичностей. Такий підхід забезпечує комплексне вивчення формування ідентичностей у кризових умовах, зокрема під час однієї з наймасштабніших епідемії ранньомодерної Європи.

Розділ 1. Джерельна база та історіографія дослідження. Перший розділ закладає основу роботи, розглядаючи історіографію та джерельну базу дослідження. Він складається з трьох підрозділів: Підрозділ 1.1. Історіографія роботи: Цей підрозділ аналізує ступінь наукової розробки теми як серед вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Увагу приділено ключовим аспектам вивчення епідемії чуми Святого Карла у Венеції, таким як діяльність магістрату, роль лікарів, соціальні наслідки епідемії, а також їх культурні та економічні репрезентації. Особливий акцент зроблено на західноєвропейські дослідження, оскільки ця тема значною мірою вивчалася саме італійськими та європейськими вченими. Підрозділ 1.2. Джерельна база: У цьому підрозділі систематизовано джерела, які використовуються для дослідження. Особливу увагу приділено документам, що висвітлюють державну політику щодо карантинних заходів, функціонування лазаретів та індивідуальні історії, які дозволяють простежити вплив епідемії на різні соціальні верстви. Підрозділ 1.3. Методико-термінологічна база дослідження: присвячений окресленню ключових понять і методів, що використовувалися для аналізу формування колективних та індивідуальних ідентичностей у контексті кризових явищ, зокрема чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр. У межах підрозділу подано визначення основних термінів, таких як «колективна ідентичність», «індивідуальна ідентичність», «кризові явища», а

також висвітлено їх зв'язок із соціальними і культурними трансформаціями. Підрозділ 1.4 Концепції дослідження індивідуальної та колективної ідентичності: описує концепції дослідження ідентичності. Крім того, обґрунтовано використання міждисциплінарного підходу.

Другий розділ зосереджений на вивченні структур, практик і репрезентацій, пов'язаних із чумою Святого Карла у Венеції. Підрозділ 2.1. Соціальні структури міста у період епідемії: У цьому підрозділі аналізуються інституційні та соціальні структури, які брали участь у боротьбі з епідемією. Розглядається роль магістрату охорони здоров'я, патриціату та інших офіційних інститутів у регулюванні протиепідемічних заходів. Підрозділ 2.2. Практики виживання та адаптації до епідемії: Описуються повсякденні та офіційні практики боротьби з чумою. Зокрема, це запровадження карантинів, функціонування лазаретів, ізоляція хворих, а також очищення міста. Висвітлюється, як ці практики впливали на формування громадських відносин. Підрозділ 2.3. Репрезентації чуми: уявлення, символи, наративи: Досліджуються культурні та соціальні репрезентації епідемії. Це включає офіційні документи, які демонструють, як епідемія стала частиною колективної пам'яті. Розділ 2 демонструє, як епідемія чуми Святого Карла змінила соціальні структури та вплинула на формування нових суспільних практик.

Третій розділ присвячений аналізу формування колективних ідентичностей під час кризи. Він розглядає, як різні соціальні групи реагували на виклики епідемії. Підрозділ 3.1. Інституційні реакції: магістрат, патриціат, управлінські стратегії: магістрат, патриціат, управлінські стратегії: Аналізується діяльність магістрату та патриціату, які виступали ініціаторами та організаторами протиепідемічних заходів. Висвітлено їхні зусилля зі збереження соціальної стабільності та управління кризовими явищами. Підрозділ 3.2. Медичні підходи та роль лікарів у кризовий час: Досліджується роль лікарів у боротьбі з епідемією, їхній соціальний статус та вплив на громадську думку. Висвітлюється їхня співпраця з магістратом та

патриціатом. Підрозділ 3.3. Торгово-економічні стратегії та поведінка купців, торговців, моряків: Розглядається, як епідемія вплинула на торговельні мережі та економічну активність. Описуються особливості карантинних заходів, пов'язаних із морською торгівлею, та роль моряків у поширенні чи локалізації інфекції. Підрозділ 3.4. Релігійні об'єднання: солідарність, благочестя, братства: Досліджується благодійна та духовна діяльність релігійних об'єднань під час епідемії. Описуються їхні ініціативи, спрямовані на підтримку постраждалих і консолідацію суспільства. Розділ 3 демонструє, як епідемія сприяла формуванню колективних ідентичностей через соціальну взаємодію та спільну відповідальність за подолання кризи.

Четвертий розділ аналізує персональні історії та індивідуальні казуси, які демонструють вплив епідемії на особистісне сприйняття кризи. Це дозволяє простежити, як окремі люди формували свої ідентичності в умовах стресу, невизначеності та смерті. Аналіз персональних історій дозволяє глибше зрозуміти роль індивідуальних переживань у формуванні колективної пам'яті.

Структура дисертації забезпечує всебічне висвітлення теми через призму як колективних, так і індивідуальних ідентичностей. Розділи охоплюють всі ключові аспекти формування ідентичностей під час чуми Святого Карла, від соціальних структур і медичних практик до індивідуальних історій. Такий підхід дозволяє розкрити, як криза стала каталізатором соціальних і культурних змін у Венеції та заклала основу для подальшого розвитку протиепідемічної політики й суспільної самоорганізації.

## Розділ 1

### ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ТА ІСТОРИОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

У цьому розділі представлено всебічний аналіз наукової розробки теми дослідження, яка охоплює як здобутки вітчизняних, так і зарубіжних науковців. Основна увага приділяється ключовим досягненням у вивченні епідемії чуми 1575–1577 років у Венеції, а також використаним джерелам, які стали основою для нашого дослідження.

Тема епідемії чуми у Венеції привертала увагу численних дослідників через її історичну, соціокультурну та медичну значущість. Серед науковців виділяються праці, присвячені загальним аспектам епідемій та їхньому впливу на соціальні структури. Дослідники розглядали вплив чуми на формування нових соціальних відносин, взаємодію між різними групами населення, а також впровадження медичних інновацій у боротьбі з епідемією. Закордонна історіографія пропонує ширший спектр досліджень. Особливо варто відзначити праці, які досліджують взаємозв'язок між епідеміями та розвитком міської інфраструктури, а також вплив епідемій на формування колективної ідентичності.

Крім того, важливим аспектом наукових досліджень є аналіз релігійних практик під час епідемій. Дослідники, вивчали роль церковних процесій та релігійних обрядів у зміцненні морального духу населення. Їхні праці дозволяють зрозуміти, як духовні практики впливали на соціальну згуртованість і адаптацію до кризових умов.

Джерела, використані у дослідженні, можна поділити на кілька категорій. Насамперед це архівні матеріали, які включають звіти магістратів, записи про карантинні заходи та лазарети, а також нотатки медичних працівників того часу.

Архівні матеріали, медичні трактати, листування та свідчення сучасників забезпечують багатий матеріал для аналізу. Вони допомагають розкрити складність взаємодії між владою, медиками та населенням у

боротьбі з епідемією, а також зрозуміти, як ці взаємодії впливали на формування колективної ідентичності.

Таким чином, даний розділ підкреслює важливість міждисциплінарного підходу до вивчення епідемії чуми 1575–1577 років у Венеції, який об'єднує історичні, соціальні, медичні та культурні аспекти. Використання різноманітних джерел дозволяє розкрити багатогранність цього явища та його вплив на розвиток суспільства.

**1.1. Історіографія роботи.** У цьому дослідженні всі роботи, використані як основа для аналізу, були систематизовані за допомогою проблемно-тематичного методу, що дозволило зосередитися на ключових аспектах епідемії чуми у Венеції в 1575–1577 роках. Зокрема, матеріали було згруповано за тематичними напрямками, кожен із яких акцентує увагу на різних аспектах боротьби з епідемією, її соціокультурному та медичному контекстах.

*До першої групи було віднесено роботи, присвячені запобіжним заходам проти поширення чуми у Венеції та розвитку громадського здоров'я в контексті соціальних криз та формування ідентичності.* Ця група охоплює як адміністративні та правові дії венеціанських магістратів, так і практичні аспекти охорони здоров'я, зокрема лікарську справу. Науковці, які працювали в цьому напрямі, досліджували такі ключові елементи, як організація карантинних заходів, створення та функціонування лазаретів, запровадження санітарних паспортів для контролю переміщення товарів і людей, роль магістратських органів у координації зусиль з подолання епідемії, а також роботи, що стосуються питання ідентичності у Венеції.

У новітніх дослідженнях увага приділяється не лише медичним, а й соціокультурним аспектам боротьби з епідеміями. Зокрема, Дж. С. Кроушо у праці *Plague and Quarantine in Early Modern Italy* аналізує венеційський досвід карантину як явище, що поєднувало практики контролю з моральним вихованням громадян. Дослідниця показує, що саме через такі форми дисципліни формувалася нова модель спільної поведінки та відчуття

колективної відповідальності перед обличчям епідемії [70]. Сама авторка спеціалізується на соціальній та культурній історії довкілля й охорони здоров'я в Італії доби Ренесансу. Вона захистила докторську дисертацію в Кембриджському університеті у 2008 році. Її ранні дослідження привели до першої ґрунтовної монографії про виникнення постійних карантинних шпиталів у Венеції XV століття [71]. У подальших роботах історикиня планує звернутися до теми пам'яті про стихійні лиха та епідемії в премодерній Європі. Важливе місце у її наукових інтересах посідає взаємодія людини та міського простору, що визначає як її дослідницькі підходи, так і зміст її праць.

До однієї з важливих праць, які стосуються дослідження боротьби з епідеміями у Венеції, належить спільна робота співробітників бібліотеки Марчіана у Венеції під назвою «Венеція та середземноморські лазарети» [140]. У цьому дослідженні особлива увага приділена практичним заходам боротьби з епідеміями, зокрема створенню структурних одиниць – лазаретів, а також організації роботи їх персоналу. Автори роботи акцентують, що саме Венеція у 1423 році стала першим містом у Європі, яке організувало постійний лазарет, спеціально призначений для ізоляції та лікування жертв чуми [140].

Ця новаторська ініціатива венеціанської влади стала основою для розробки аналогічних моделей лазаретів у інших середземноморських містах. Зокрема, лазарети у Венеції були розташовані на окремих островах, таких як Лазаретто Веккіо та Лазаретто Нуово, що дозволяло мінімізувати контакт інфікованих з іншими мешканцями міста. У роботі також докладно розглянуто організацію роботи в цих установах, включаючи правила утримання хворих, дезінфекцію товарів і приміщень, а також специфіку санітарного контролю.

Автори дослідження підкріплюють свої висновки значною кількістю ілюстративного матеріалу, який дозволяє глибше зрозуміти реалії боротьби з епідеміями в ранньомодерній Венеції. Зокрема, у роботі представлені

детальні плани лазаретів, картини, що зображають Венецію під час карантину, а також архівні документи, які ілюструють нормативно-правову базу, пов'язану з організацією карантинних заходів [див. дод. А].

Крім того, дослідження висвітлює внесок персоналу лазаретів. Ці люди, попри високий ризик зараження, виконували свої обов'язки, забезпечуючи ізоляцію хворих, лікування та очищення інфікованих територій і товарів. У роботі підкреслюється, що організація лазаретів не лише мала значний вплив на зниження поширення епідемій, але й стала прикладом для інших європейських держав у боротьбі з інфекційними хворобами.

Окремо заслуговує на увагу висвітлення того, як карантинні заходи впливали на соціальне та економічне життя Венеції. У роботі зазначається, що, хоча запровадження лазаретів і суворих карантинів обмежувало вільний рух товарів і людей, це було необхідним для забезпечення виживання міста в умовах епідемії. Таким чином, «Венеція та середземноморські лазарети» є важливим джерелом для розуміння складних процесів, що супроводжували боротьбу з чумою, і дозволяє простежити, як епідемія стимулювала розвиток медичних, адміністративних та соціальних практик у Венеції.

У дослідженні була використана робота Джулії Делогу [75], яка є доцентом кафедри історії ранньомодерного періоду відділу лінгвістики та порівняльних культурних досліджень університету Ка'Фоскарі у Венеції. Її дослідницька діяльність охоплює широкий спектр тем. Вона координувала проєкт «Північні Адріатичні портові міста та розвиток громадського здоров'я в ранньомодерний період» (2021-2022) і є керівником кількох проєктів.

Джулія Делогу має багатий академічний досвід: закінчила з відзнакою Університет Павії, захистила докторську дисертацію в Університеті Трієста у 2015 році. Була дослідницею у провідних університетах, таких як Стенфорд, Кембридж, Сент-Ендрюс тощо.

Її робота присвячена дослідженню того, як у ранньомодерний період портові міста Північного Адріатичного регіону сприяли формуванню перших форм громадського здоров'я та систематичному збору інформації щодо

охорони здоров'я. Венеція та її інформаційна мережа в Адріатичному регіоні слугували взірцем для інших середземноморських та європейських портових міст у питаннях охорони здоров'я. Місто стало центром для надання надійної, перевіреної та сертифікованої інформації про стан здоров'я в Адріатиці та Східному Середземномор'ї [76].

Дослідження реконструює інформаційні потоки та показує, як політики охорони здоров'я в цьому регіоні сприяли еволюції концепції громадського здоров'я, яка згодом трансформувалася в сучасне розуміння права на здоров'я. Дослідження підкреслює важливість міжнародної співпраці, діалогу між наукою та політикою, а також значення комунікації й інформації в управлінні кризами здоров'я.

Таким чином, північні адриатичні порти виступили як справжні новатори у сфері громадського здоров'я, формуючи підвалини сучасної системи охорони здоров'я [75].

До цієї групи ми відносимо дослідження Івоне Каччавілані під назвою «Суспільна охорона здоров'я у венеціанській системі» [57]. Автор, відомий як юрист у Венеції з 1956 року, також викладав право в університеті Падуї і вважається одним із найвидатніших венеціанських експертів у сфері адміністративного права. Його робота є важливим внеском у розуміння того, як система громадської охорони здоров'я функціонувала в межах адміністративної структури Венеції в період з XVII до початку XVIII століття.

У своїй праці Каччавілані детально аналізує розвиток медицини у Венеції, зокрема методи протидії епідеміям, які застосовувалися в той період. Значна увага приділяється заходам, спрямованим на боротьбу з чумою, що включали організацію лазаретів, введення карантинів, дезінфекцію міських просторів і контроль за переміщенням товарів і людей. Автор наголошує, що ці заходи були необхідними для забезпечення виживання міста в умовах епідемічної загрози, але водночас вимагали значних фінансових ресурсів та управлінських зусиль.

Каччавілані також розглядає питання відповідальності за надання допомоги хворим, підкреслюючи важливість ролі міської влади у координації медичних і санітарних заходів. Він зазначає, що магістрати, які відповідали за охорону здоров'я, мали не лише організовувати лікування, але й здійснювати нагляд за дотриманням карантинних заходів, регулювати роботу лазаретів і забезпечувати фінансування системи громадської охорони здоров'я.

Особливу увагу в роботі приділено впливу епідемій на правову систему Венеції. Каччавілані показує, як адміністративні структури міста адаптували свої механізми управління до умов епідемій, включаючи розробку нових законів і регламентів, що регулювали санітарні норми, порядок дезінфекції та обмеження мобільності населення. Ці заходи, на думку автора, стали важливим фактором для забезпечення стабільності міського життя під час кризових періодів.

Дослідження Каччавілані також висвітлює роль окремих соціальних груп у системі громадської охорони здоров'я Венеції. Зокрема, він розглядає участь лікарів, хірургів, аптекарів, у боротьбі з епідеміями. У праці зазначається, що ці люди не лише виконували свої професійні обов'язки, але й часто ризикували власним життям, забезпечуючи лікування хворих і дотримання санітарних заходів.

Таким чином, робота Івоне Каччавілані є цінною для дослідження історії медицини та суспільної охорони здоров'я у Венеції. Вона не лише розкриває механізми боротьби з епідеміями, але й дозволяє зрозуміти, як ці заходи впливали на соціальну та правову структуру міста. Завдяки глибокому аналізу адміністративних і медичних практик, це дослідження робить вагомий внесок у вивчення історії Венеції в ранньомодерний період.

Також до цієї групи належить дослідження Алекси Бамджі під назвою «Медична допомога в ранньомодерній Венеції» [46]. Авторка, яка обіймає посаду доцента з ранньомодерної історії, спеціалізується на вивченні ранньої сучасної Італії, а також на соціальній, культурній, релігійній та міській історії

цього періоду. У фокусі її наукових інтересів також перебуває історія медицини, зокрема медичних практик у великих міських центрах. Бамджі здобула ступінь доктора історичних наук у Кембриджському університеті, що підкреслює високий рівень її академічної підготовки. У 2018–2019 роках вона працювала у Центрі італійських ренесансних досліджень при Гарвардському університеті, що свідчить про її міжнародне визнання у наукових колах.

У своїй роботі Бамджі досліджує аспекти медичної допомоги в ранньомодерній Венеції, зосереджуючи увагу на соціальних і культурних особливостях цієї практики. Особливий акцент робиться на тому, як медична допомога організовувалася в умовах багатонаселеної урбаністичної структури Венеції, яка була одним із найважливіших торговельних центрів Середземномор'я. Авторка стверджує, що медична допомога у Венеції мала багатовекторний характер, і її забезпечення було результатом зусиль різних соціальних груп.

Одним із ключових аспектів, який висвітлюється в роботі, є той факт, що медичні послуги та допомога не обмежувалися лише вузьким колом лікарів. У Венеції широкий спектр людей, включаючи аптекарів, хірургів, духовенство, санітарів і навіть ремісників, пропонував свої послуги, товари та засоби для підтримки здоров'я численних мешканців міста. Водночас авторка наголошує, що ці послуги значно варіювалися за якістю та доступністю залежно від соціального статусу пацієнтів. Зокрема, багаті мешканці Венеції мали доступ до висококваліфікованих лікарів і дорогих ліків, тоді як бідні часто покладалися на народних цілителів, благодійність або власні сили.

Бамджі також акцентує увагу на організаційних аспектах медичної допомоги в місті. У її роботі розглядаються як офіційні структури, такі як магістрат охорони здоров'я та лазарети, так і неформальні мережі підтримки, які включали релігійні братства, сімейні зв'язки та місцеві громади. Авторка аналізує, як ці різноманітні елементи взаємодіяли між собою, створюючи

складну систему медичної допомоги, яка забезпечувала базові потреби населення навіть у найскладніші періоди, такі як епідемії.

Крім того, Бамджі звертає увагу на роль культури та релігії у формуванні ставлення до медицини та здоров'я в Венеції. Вона зазначає, що медична допомога в місті часто поєднувалася з духовними практиками, такими як молитви, благодійні пожертви та участь у релігійних процесіях. Це підкреслює важливість духовного виміру в суспільній свідомості венеціанців, який значно впливав на їхню поведінку в умовах епідемій та інших криз.

Робота Алекси Бамджі допомагає зрозуміти, як у ранньомодерній Венеції формувалася система медичної допомоги, що базувалася на взаємодії офіційних структур, соціальних мереж і культурних традицій. Її дослідження дозволяє поглибити знання про те, як місто пристосовувалося до викликів свого часу, демонструючи як сильні, так і слабкі сторони венеціанської системи охорони здоров'я.

Значний аналітичний потенціал для дослідження впливу епідемій на соціальні трансформації міст і формування ідентичностей має праця Лоренцо Дель Панті *Plague, Malaria and Demographics in Past Italy* [77]. У ній автор комплексно осмислює як демографічні наслідки чуми, так і глибші культурні зміни, які вона зумовлювала. Особливу увагу приділено тому, як епідемія впливала не лише на кількісні параметри населення, а й на якісні виміри - трансформацію родинних структур, практик виживання, соціального контролю та релігійного життя.

Лоренцо Дель Панті - італійський історичний демограф, один із провідних фахівців у дослідженні епідемій та демографічних процесів в Італії ранньомодерного часу. Він викладає демографію в Університеті Болоньї та багато років займається реконструкцією смертності, структури населення й соціальних наслідків епідемій, зокрема чуми та малярії. Його роботи відзначаються поєднанням історичного аналізу з методами демографічної статистики, що дозволяє відтворювати як кількісні параметри епідемічних криз, так і їхній вплив на соціальні та культурні трансформації.

Аналіз Дель Панти дозволяє простежити, як страх смерті, досвід соціальної ізоляції, а також ритуалізовані практики (у тому числі релігійного характеру) безпосередньо формували індивідуальну й колективну ідентичність у ранньомодерному міському середовищі. Таким чином, чума постає не лише як руйнівний чинник, а й як каталізатор нових форм спільності, поведінки та уявлень, що стали підґрунтям для конструювання ідентичності міських громад.

*До наступної групи наукових праць віднесено дослідження, які безпосередньо розглядають запобіжні заходи проти чуми на територіях, що перебували під контролем Венеційської республіки.*

Серед таких робіт особливу увагу привертає дослідження Сьюзен Мошер Стюард [134]. У своїй роботі авторка детально описує карантинні заходи, які застосовувалися на підвладних Венеції територіях, таких як Рагуза (сучасний Дубровнік), у середньовічний період.

Сьюзен Мошер Стюард, професор історії Гаверфордського коледжу, один із провідних експертів з питань середньовічної історії. Її науковий внесок охоплює широкий спектр тем, включаючи історію жінок, соціальні та культурні аспекти середньовічної Європи, а також історію моди та розкоші в Італії XIV століття. Вона також є редактором видання «Жінки в середньовічній історії та історіографії» [135] та автором книги «Стан загибелі: Рагуза/Дубровнік у середньовіччі» [134], яка була опублікована Університетом Пенсільванії.

У своїй праці Сьюзен Мошер Стюард зосереджується на підвищеному рівні запобіжних заходів під час епідемій, які застосовувалися не лише у Венеції, але й на її підвладних територіях. Авторка аналізує, як місцеві органи влади у Рагузі впроваджували обмеження, щоб уникнути поширення епідемій. Особливий акцент у дослідженні зроблено на організацію карантинних пунктів і ізоляційних зон, які стали обов'язковими для всіх, хто прибував до міста морем або суходолом. За словами Стюард, такі заходи були одними з перших структурованих відповідей на епідеміологічні

виклики в Європі, що згодом отримали широкий розголос і слугували прикладом для інших міст.

Окрім цього, авторка звертає увагу на взаємодію між Венецією та Рагузою, наголошуючи на тісних економічних і політичних зв'язках між цими містами. Зокрема, в роботі зазначається, що республіка активно підтримувала впровадження санітарних заходів у Рагузі, надаючи фінансову допомогу та експертні консультації. Такі дії демонструють прагнення Венеції не лише захистити власну територію від епідемій, але й зміцнити свій вплив у регіоні.

Дослідження Стюард також розглядає питання соціальної реакції на запобіжні заходи. Авторка підкреслює, що введення карантину часто супроводжувалося народним невдоволенням, оскільки обмеження впливали на торгівлю, мобільність населення та економічний добробут. Водночас карантинні заходи сприяли розвитку громадської свідомості щодо важливості санітарних практик та забезпечення громадського здоров'я.

Праця Сьюзен Мошер Стюард є важливим джерелом для розуміння механізмів боротьби з епідеміями на підконтрольних Венеції територіях. Вона підкреслює значення запобіжних заходів, таких як карантин, ізоляція та санітарний контроль, не лише як інструментів боротьби з хворобами, але й як елементів соціальної стабільності та політичного управління в умовах кризи.

Також до цієї групи належить праця «Лазарети Кандії та Велика чума (1592–1595)» [138]. Це дослідження присвячене історії лазарету в Кандії (сучасний Іракліон, Крит, Греція), який був одним із найважливіших венеціанських володінь у Середземному морі. Воно також висвітлює трагічні події Великої чуми Кандії (1592–1595), яка стала однією з найстрашніших епідемій у регіоні та мала значний вплив на суспільство, медицину та адміністративні структури острова.

Колектив авторів, які працювали над цією роботою, включає Костаса Ціаміса, Елені Таласіноу, Еффі Полакоу-Ребелакоу, Афанасіоса Цакрися та Анжелоса Хацакіса. Їхні дослідження є результатом співпраці науковців із

різних закладів, зокрема кафедри історії медицини Афіньської медичної школи (Афіньський університет, Греція), а також відділу гігієни, епідеміології та медичної статистики тієї ж установи. Така міждисциплінарна співпраця надала роботі широкого наукового контексту і дозволила зробити глибокий аналіз.

У своїй праці автори досліджують епідеміологічні та соціальні аспекти Великої чуми, яка стала найгіршою епідемією, що охопила Крит з часів Чорної смерті XIV століття. Дослідження пропонує цінні висновки щодо характеру людських реакцій у період епідемій і масових смертей. Зокрема, йдеться про типові поведінкові моделі, такі як втеча заради самозбереження, зростання розпусти та прагнення до короточасних задоволень, а також посилення беззаконня та злочинності. Такі реакції населення дозволяють зрозуміти, як епідемії впливали на соціальну структуру і моральний клімат суспільства.

Автори також звертають увагу на функціонування лазаретів під час Великої чуми. Вони зазначають, що у ситуації катастрофи такого масштабу лазарет у Кандії виявився малоефективним, не маючи достатніх ресурсів і можливостей для стримування поширення інфекції. Епідемія стала своєрідним «краш-тестом» для венеціанської системи охорони здоров'я, виявивши її сильні та слабкі сторони. Наприклад, система ізоляції та санітарного контролю виявилася недостатньо розвиненою для роботи в умовах такого масштабного спалаху захворювання.

Крім того, дослідження висвітлює адміністративні аспекти боротьби з епідемією, підкреслюючи роль венеціанської адміністрації в запровадженні карантинних заходів, ізоляції заражених та контролю над переміщенням людей і товарів. Автори зазначають, що чума в Кандії стала викликом для венеціанської влади, яка мала швидко реагувати на ситуацію, впроваджуючи нові заходи для стримування хвороби.

Ця робота є цінною для дослідження, оскільки вона надає глибокий аналіз механізмів боротьби з епідеміями в умовах великомасштабної

катастрофи. Вона також демонструє, як такі події впливали на розвиток медицини, адміністративних структур і соціальної поведінки. Зібрані матеріали представлені в дослідженні, дозволяють глибше зрозуміти, як венеціанська система охорони здоров'я функціонувала у кризових умовах, і слугують важливим джерелом для вивчення епідемій у ранньомодерний період [138].

До цієї групи також належать праці загального характеру, які висвітлюють запобіжні заходи проти чуми на території Апеннінського півострова. Особливу увагу заслуговує робота «Чумні будинки XVII століття або Лазарети: Рим 1656 року» авторства Гюнтера Б. Ріссе [97], відомого американського історика медицини. Гюнтер Б. Ріссе, автор багатьох наукових праць, приділяє значну увагу історії медицини, особливо в контексті епідемій і охорони здоров'я в ранньомодерний період.

У своїй роботі Ріссе детально аналізує події, пов'язані з епідемією чуми, що охопила Рим у 1656 році. Дослідження простежує рух хвороби Європою після Чорної смерті, зокрема, висвітлюючи динаміку її поширення, соціальні та адміністративні реакції на епідемію. Автор звертає увагу на те, як у відповідь на виклик чуми папська Конгрегація охорони здоров'я запровадила суворі заходи стримування. Ці заходи включали інспекції, карантини та інші традиційні форми ізоляції, які використовувалися з метою зменшення поширення хвороби.

Особливої уваги заслуговує опис створення чумних будинків або лазаретів для розміщення людей, підозрюваних у зараженні. У праці представлений ретельний історичний огляд заходів громадського здоров'я того періоду, зокрема, детальний аналіз функціонування чумних будинків. Описано їх розташування, основні функції, персонал, що забезпечував догляд за хворими, а також роль цих установ у боротьбі з епідемією.

Автор також акцентує на організації роботи чумних будинків у Римі. Лазарети виконували функції ізоляційних закладів, де розміщували не лише хворих, а й тих, хто перебував у зоні ризику. Особлива увага приділяється

опису умов перебування в лазаретах, ролі медичного персоналу та методам догляду за пацієнтами. Ці аспекти дозволяють краще зрозуміти, як у XVII столітті здійснювалася боротьба з епідеміями, а також оцінити ефективність заходів, які застосовувалися в різних регіонах Апеннінського півострова.

Робота Ріссе надає відомості не лише про функціонування лазаретів, а й про загальні підходи до охорони здоров'я під час епідемій. Вона підкреслює важливість адміністративної організації, запровадження санітарного контролю та співпраці різних соціальних груп у протидії чумі. Крім того, дослідження містить детальну інформацію про роль Церкви у формуванні заходів боротьби з епідемією та моральну підтримку населення, що сприяє розумінню взаємозв'язку між релігійними, соціальними та медичними аспектами боротьби з чумою [97].

Ця робота є важливим доповненням до нашого дослідження, оскільки дозволяє побачити, як аналогічні заходи впроваджувалися в інших регіонах Італії, зокрема в Римі, що дає можливість проводити порівняльний аналіз із заходами, які застосовувалися у Венеції.

Ще однією важливою працею, яка розкриває питання карантинних заходів та соціальної реакції на них є робота Г. Дженсіні «Карантини в історії...» [89]. Її автор, Джан Франко Дженсіні, є викладачем Флорентійського університету та фахівцем у галузі експериментальних і клінічних біомедичних наук. Його дослідження присвячене розвитку карантинних практик у різні історичні періоди, зокрема в епоху Ренесансу.

У цій роботі особливу увагу приділено темі сертифікації кораблів як одного з ключових елементів боротьби з поширенням епідемій. Дженсіні аналізує роль векселів здоров'я, що набули поширення у XVI столітті, як інструменту запобігання епідеміям. Векселі здоров'я були офіційними документами, які видавалися портовими органами та підтверджували, що останній порт, який відвідав корабель, був вільним від інфекцій. Такі сертифікати відігравали критично важливу роль у регулюванні морської

торгівлі та захисті населення портових міст від ризиків зараження чуми та інших небезпечних хвороб [89].

Дослідження Дженсіні також висвітлює механізми розширення карантинної системи в епоху ранньомодерної Європи. Автор підкреслює, що ця система не обмежувалася лише фізичною ізоляцією людей та товарів. Вона включала комплекс адміністративних, юридичних та медичних заходів, які забезпечували ефективне функціонування карантинів. Особлива увага в роботі приділяється аналізу того, як у XVI столітті європейські порти адаптували карантинні практики до викликів глобалізації, пов'язаної зі зростанням морської торгівлі.

Дженсіні наголошує, що запровадження векселів здоров'я стало одним із перших кроків у стандартизації заходів боротьби з епідеміями. Ці документи не лише служили гарантією безпеки, але й забезпечували прозорість торговельних відносин, що було особливо важливим для економічної стабільності портових міст, таких як Венеція. Він також звертає увагу на те, що впровадження таких новацій вимагало тісної співпраці між медичними фахівцями, магістратами та представниками торговельної спільноти.

Робота Дженсіні є важливим джерелом для розуміння еволюції карантинних практик і їхньої ролі в управлінні громадським здоров'ям у контексті ранньомодерного суспільства. Вона демонструє, як адміністративні інновації, такі як векселі здоров'я, стали основою для розвитку сучасних систем моніторингу та профілактики інфекційних захворювань. У дослідженні наведено детальний аналіз функціонування карантинів у ключових портах, що дозволяє провести паралелі з заходами, які впроваджувалися у Венеції під час епідемії чуми в 1575–1577 роках [89].

Ця праця дозволяє краще зрозуміти, як карантинні заходи не лише захищали міста від епідемій, але й сприяли створенню ефективних механізмів міжнародного співробітництва у сфері охорони здоров'я. Вона є важливим внеском у вивчення історії медицини та епідеміології, а також

служує основою для порівняльного аналізу карантинних практик різних європейських держав.

До цієї групи досліджень належить і праця С. К. Кона «Культури чуми» [64]. Автор є професором медієвістики в Університеті Глазго, Великобританія, і спеціалізується на дослідженні історії епідемій, медицини та соціальних трансформацій у період Середньовіччя і Раннього Нового часу. У цій роботі він висуває важливу тезу про те, що ані сама чума, ані уявлення, які вона викликала, не були статичними явищами. С. К. Кон підкреслює, що хворобу не можна розглядати як незмінну патологію, замкнену в позачасовому «галенівському вакуумі», що нібито існував протягом п'яти століть.

Автор детально аналізує, як чума змінювалася в своїй природі, механізмах передачі та соціальних характеристиках жертв, і як це впливало на розвиток медичного мислення та соціальних практик. За його спостереженнями, епідемії чуми змушували суспільство переглядати усталені наукові догми, поступово переходячи від традиційних концепцій «поганого повітря» чи «міазмів» до більш емпіричних підходів [64].

Особливу увагу Кон приділяє соціальним аспектам поширення чуми. Він зазначає, що бідність, антисанітарні умови, недостатнє харчування та тіснота житла робили певні верстви населення особливо вразливими до хвороби. Водночас заможніші групи населення, маючи доступ до ресурсів, медичних послуг і можливість ізоляції, часто уникали масового зараження, хоча не були повністю застраховані від епідемії [64].

Крім того, праця аналізує розвиток таких інструментів боротьби з епідеміями, як карантини, лазарети та векселі здоров'я. [див. дод. Б] С. К. Кон детально описує, як ці заходи сприяли організованій боротьбі з чумою, хоча й наголошує на труднощах їхнього практичного застосування через брак знань про природу хвороби на той час [64].

Корисною для нашого дослідження стала робота «Демографічна історія Європи» авторства Массімо Ліві Баччі [44]. Массімо Ліві Баччі - професор

Флорентійського університету, відомий демограф, сенатор та колишній президент Всесвітньої асоціації демографів. У своїй фундаментальній праці автор простежує еволюцію населення Європи, починаючи з XI століття нашої ери, охоплюючи періоди, для яких існують достовірні дані. Він аналізує основні фактори, що визначали демографічні зміни на континенті протягом останніх тисячоліть, приділяючи особливу увагу періодам демографічного зростання, спаду та відновлення.

Окрім загальних демографічних тенденцій, у роботі особливий акцент зроблено на вплив епідемій на чисельність населення Європи, включаючи чуму. Массімо Ліві Баччі на прикладі Флоренції детально аналізує, як працювала система охорони здоров'я під час епідемій, зокрема карантинні заходи та методи комунікації між владою, лікарями і населенням. Ці аспекти були безпосередньо використані у нашому дослідженні, зокрема при розгляді організації заходів у Венеції під час чуми 1575–1577 років, що дозволило нам провести порівняльний аналіз підходів до боротьби з пандемією в різних регіонах Італії [44].

*Наступну групу літератури склали роботи, присвячені медичним заходам та діяльності лікарів у Венеції. До цієї групи увійшли праці, які зосереджуються на дослідженні стану лікарської справи в Італії у XVI–XVII століттях, зокрема в контексті епідемій чуми. Вони охоплюють як загальні тенденції, властиві широкому колу лікарів того часу, так і окремі біографічні дослідження найвідоміших медичних діячів епохи.*

Серед них варто виділити праці, що розглядають загальні особливості медичної практики у Венеції, включаючи її розвиток в умовах епідемічних криз. Значну увагу було приділено вивченню ролі Magistrato alla Sanità - спеціального органу, який відповідав за охорону здоров'я, боротьбу з епідеміями та впровадження карантинних заходів у місті. Також у цю групу увійшли біографії відомих лікарів, таких як Джироламо Меркуріале та інших, чия дії та рішення під час епідемії справили значний вплив на розвиток медицини. Ці праці дозволили краще зрозуміти специфіку боротьби з

епідеміями у Венеції та місце лікарів у загальній системі охорони здоров'я.

Таким чином, роботи, які входять до цієї групи, допомогли відобразити як загальний стан медичної справи у Венеції в період епідемій, так і внесок окремих лікарів та їхніх нововведень у боротьбі з чумою, що дозволяє глибше оцінити їхній вплив на соціальні, культурні та наукові аспекти життя міста.

До цієї групи літератури увійшли дві роботи авторства Девіда Джентілнора, професора сучасної історії в Університеті Венеції Ка'Фоскарі. Його наукові інтереси охоплюють широке коло тем, зокрема історію популярної релігії, медицину та охорону здоров'я, а також харчування і дієти. У своїх дослідженнях Джентілнор детально аналізує соціальні та медичні аспекти життя в Італії раннього Нового часу, зокрема під час епідемій чуми [90].

Особливо важливими для нашого дослідження стали його праці, які надають цінний матеріал щодо шарлатанської діяльності, ролі церковних діячів у наданні допомоги, а також функціонування офіційної медицини в епоху епідемій. Розглянемо ці роботи детальніше:

1. **«Лікарі та лікування в ранній сучасній Італії».** У цій роботі Джентілнор досліджує широкий спектр медичних практик, надаючи особливу увагу соціальному статусу лікарів та їхньому взаємозв'язку з пацієнтами. Автор вказує, що склад пацієнтів у лікарів значною мірою залежав від їхньої територіальної приналежності та економічних умов. Наприклад, міські лікарі обслуговували надзвичайно широкий спектр пацієнтів - від багатих дворян до найбільш вразливих верств населення. У роботі також висвітлено зміни в лікарському середовищі, що відображали соціальні та економічні зрушення в суспільстві [91].

2. **«Все, що відноситься до медицини».** У цій праці автор представляє глибокий аналіз системи охорони здоров'я в Італії, розділяючи лікарів на дві категорії: ліцензованих медиків та тих, хто

практикував без офіційних дозволів. Джентілкор розглядає питання регуляції медичної діяльності, ліцензування та контролю за якістю медичних послуг. Він звертає увагу на розбіжності між офіційною медициною та нелегальними практиками, показуючи, як останні часто заповнювали прогалини в системі охорони здоров'я, обслуговуючи бідні верстви населення [90].

Джентілкор у своїх дослідженнях також приділяє увагу шарлатанам, які пропонували псевдомедичні засоби, користуючись довірою та відчаєм населення в умовах епідемій. Він показує, як різні соціальні групи, включаючи церкву, державу та лікарів, взаємодіяли у складній ситуації епідемій чуми, створюючи унікальний соціальний контекст боротьби з хворобою.

Важливість цих робіт для нашого дослідження полягає в тому, що вони дозволяють зрозуміти динаміку розвитку медичних практик в умовах епідемій та їхній вплив на соціальні структури. Джентілкор описує, як лікарі пристосовувалися до викликів свого часу, як відбувалися зміни в медичному середовищі та які уроки з цього можна винести для аналізу подібних явищ у Венеції під час чуми 1575–1577 років. Його дослідження також дають змогу поглянути на роль соціальних і культурних чинників у боротьбі з хворобами, що є ключовим аспектом нашої роботи.

Також в цю категорію входить Мартін Крейг - доцент кафедри історії науки і техніки на кафедрі філософії та культурної спадщини Університету Ка' Фоскарі у Венеції. Він спеціалізується на дослідженні інтелектуальної історії та наукових практик раннього модерного періоду. Мартін є автором таких значущих праць, як *Renaissance Meteorology: Pomponazzi to Descartes* (Метеорологія Ренесансу: від Помпонацці до Декарта) [68] та *Subverting Aristotle: Religion, History, and Philosophy in Early Modern Science* (Руйнування Аристотеля: Релігія, історія та філософія в ранньомодерній науці) [69]. Його праці зосереджуються на впливі філософії, релігії та

соціальних факторів на наукове знання, що дозволяє поглиблено вивчати розвиток наукових ідей у контексті епохи Відродження [66].

Він також є перекладачем праці Джироламо Меркуріале *Про мор: Ренесансний трактат про чуму (De Pestilentia)*, яка відкриває нові горизонти в розумінні тогочасної медицини. У своїй роботі Мартін досліджує ключове питання: чи неправильно Джироламо Меркуріале діагностував чуму у Венеції в шістнадцятому столітті? Це питання є важливим для розуміння медичних практик і діагностичних підходів у добу Ренесансу. Вивчаючи праці Меркуріале, Мартін аналізує, як епідеміологічні знання того часу взаємодіяли з культурними, соціальними та релігійними переконаннями.

Одним із ключових моментів дослідження є розгляд того, як Меркуріале інтерпретував симптоми та прояви епідемії, що дозволяє поглиблено зрозуміти обмеження медичних знань шістнадцятого століття. Питання неправильної діагностики відкриває ширше поле для обговорення впливу філософських ідей та традиційних медичних теорій на практику боротьби з епідеміями [67].

Ще одним цікавим автором, чії роботи були корисними у контексті нашого дослідження, є Е. Ф. Робертсон, професор математики в Університеті Сент-Ендрюса. Попри те, що він не є професійним істориком, його науковий інтерес зосереджений на життєдіяльності видатного італійського лікаря XVI століття Джироламо Кардано, який відомий не лише своїм внеском у медицину, але й видатними досягненнями у галузі математики. Робертсон створив детальний опис біографії Кардано, пояснюючи, як багатогранна діяльність цього науковця вплинула на розвиток тогочасної науки та медицини [116].

У своїй роботі Робертсон зосереджується на багатогранності Кардано як особистості, відзначаючи його внесок у математику, філософію та медицину. Зокрема, він аналізує, як Кардано вдавався до математичних методів у своїх медичних дослідженнях, шукаючи закономірності у перебігу захворювань та ефективності лікування. Це робить його унікальною

постаттю у світі медицини XVI століття. Автор також розглядає, як математичний підхід Кардано міг впливати на його клінічну практику, зокрема під час епідемій, коли він стикався з викликами, що потребували нестандартного підходу [116].

Окрім того, Робертсон аналізує не лише наукові, але й особисті аспекти життя Кардано, що дозволяє краще зрозуміти мотиви та обставини, які формували його як лікаря та вченого. Робота описує, як Кардано, будучи сучасником чуми та інших епідемій, намагався поєднати традиційні медичні знання з інноваційними підходами, що базувалися на його математичних відкриттях. Наприклад, він прагнув розробити методи передбачення спалахів захворювань, використовуючи дані про їх поширення, що робить його підхід революційним для тієї епохи.

Значення цієї роботи для нашого дослідження полягає у тому, що вона ілюструє унікальність наукового підходу до медицини в умовах епідемій у XVI столітті. Біографія Кардано, підготовлена Робертсоном, допомагає краще зрозуміти, як інтеграція різних галузей знань - математики, медицини та філософії - могла впливати на практичні заходи боротьби з епідеміями, у тому числі у Венеції під час чуми 1575–1577 років. Робертсон демонструє, що багатопрофільний підхід до науки може бути ефективним навіть у надзвичайних умовах, таких як епідемії, що робить цю працю цінною для нашого аналізу.

У дослідженні була залучена праця Карли Парк «Зцілення бідних: лікарні та медична допомога в епоху Відродження у Флоренції» [120]. Авторка, професорка історії науки Редкліффа в Гарвардському університеті, спеціалізується на вивченні історії статі, сексуальності та жіночого тіла в середньовічній і ренесансній Європі, а також на практиках досвіду й спостережень у цей період. Її дослідження цінне, оскільки висвітлює благодійну діяльність церковних закладів, роль лікарень і участь помічників лікаря в умовах епідемій, що має пряме відношення до теми нашої роботи.

Парк акцентує увагу на функціонуванні лікарень у Флоренції під час епідемій та ролі релігійних закладів у забезпеченні медичної допомоги. Особливу увагу вона приділяє аспекту благодійності, зазначаючи, що лікарні виконували не лише медичні, але й соціальні функції. У період поширення епідемій саме церковні установи ставали центрами, де бідні могли отримати як лікування, так і елементарну підтримку, включаючи їжу та притулок. Це підтверджує важливість релігійних інституцій у загальній системі охорони здоров'я ранньомодерної Європи.

Окремо у своїй роботі Парк зосереджується на проблемі професіоналізму в медичній сфері. Вона вказує, що у статуті флорентійської гільдії лікарів збереглися скарги, які демонструють, що під час епідемій багато людей, які раніше займалися механічними професіями, такими як ковалі, почали практикувати медицину [120]. Це свідчить про гострий дефіцит кваліфікованих фахівців у період епідемій, що створювало ризики для пацієнтів і ставило під сумнів ефективність лікування.

Праця Парк також містить значний джерельний матеріал, який має важливе значення для дослідження. Зокрема, авторка звертається до архівних документів, які ілюструють, як функціонували лікарні, яким чином організовувалася медична допомога і як впливали епідемії на соціальні структури. У роботі аналізуються механізми взаємодії між церковними установами та міською владою, що забезпечувало ефективність у боротьбі з епідеміями.

Значення цієї роботи для дослідження полягає в її здатності показати роль релігійних і соціальних структур у забезпеченні медичної допомоги під час епідемій. Досвід Флоренції під час чуми дозволяє провести паралелі з ситуацією у Венеції 1575–1577 років, де також ключову роль у боротьбі з епідеміями відігравали релігійні та громадські ініціативи. Робота Карли Парк є цінним джерелом для аналізу впливу соціальних і релігійних чинників на організацію охорони здоров'я в умовах кризових ситуацій.

До нашого дослідження була залучена праця Карло Чіполли «Суспільна охорона здоров'я та медична професія у епоху Відродження» [62], у якій розглянуто становлення та розвиток медичної справи в Тоскані в часи Галілео Галілея. Карло Чіполла - видатний італійський історик економіки, лауреат премії Бальцана 1995 року. Його науковий шлях почався в університеті Павії, де він у 1944 році отримав перший академічний ступінь. Чіполла викладав у багатьох університетах Італії з 1948 року, а у 1960 році став професором. Протягом 1959–1992 років він працював у Каліфорнійському університеті в Берклі. Автор понад двадцяти книг, перекладених більш ніж на 15 мов, Чіполла мав широке коло наукових інтересів, включаючи історію охорони здоров'я. Його дослідження здобули визнання завдяки поглибленому аналізу соціальних, економічних та медичних аспектів розвитку західної цивілізації.

У своїй роботі Чіполла досліджує еволюцію медичної професії від падіння Риму до становлення сучасної медицини, поділяючи цей період на три ключові етапи. Особливу увагу приділили другому періоду, який характеризується зростанням міст, заснуванням університетів та створенням гільдій. Саме у цей період медики стали утверджувати себе як авторитетну професійну групу, дистанціюючись від духовенства та шарлатанів. Зростання інтелектуального рівня лікарів цього часу вивело медицину на новий рівень. Вони вже були освіченими, вміли читати та писати, що відрізняло їх від попередників. Однак освіта залишалася залежною від класичних текстів, які нерідко містили помилки, що впливало на ефективність медичної практики.

Автор також акцентує увагу на тому, як розвиток медичної професії був тісно пов'язаний із соціальними та економічними змінами в ранньомодерній Європі. Чіполла вказує, що створення університетів стало важливим кроком до формування медичної спільноти як елітної групи, що мала вплив як на охорону здоров'я, так і на політику. Крім того, він підкреслює, що медики прагнули розмежувати свою діяльність із релігійними обрядами, які традиційно асоціювалися з лікуванням хворих у середньовіччі. Це сприяло

посиленню професійного статусу лікарів і закладенню основ для майбутніх медичних реформ.

Робота Карло Чіполли є цінним джерелом для дослідження, оскільки вона дозволяє простежити еволюцію медичної практики та суспільного сприйняття лікарів у контексті історичних подій. Зокрема, аналіз другого періоду, коли медична професія відокремлювалася від духовенства, надає важливі висновки щодо формування медичних структур у Венеції під час епідемії чуми 1575–1577 років. Авторські узагальнення дозволяють оцінити, як розвиток освіти, формування гільдій та нові соціальні виклики впливали на роль лікарів у боротьбі з епідеміями, а також допомагають зрозуміти ширший контекст медичних реформ епохи Відродження.

У своїй роботі «Чумний лікар» Джиральдо-Грузео [92] приділяє особливу увагу не лише історичному контексту, але й сучасному стану здоров'я населення, розглядаючи образ чумного лікаря як символічний приклад. Автор, який є лікарем-хірургом та викладає на кафедрі загальної хірургії в Новому Орлеані, США, підкреслює, що його дослідження має переважно практичний характер і спрямоване на аналіз історичних прецедентів у медичній практиці.

У роботі Джиральдо-Грузео описується виникнення і розвиток категорії чумних лікарів, що стало своєрідною відповіддю на епідемію чуми. Згідно з автором, у XVII столітті в Італії з'являється новий підхід до лікування чумних хворих, який базувався на тодішньому уявленні про природу хвороби. Чуму вважали результатом поширення міазмів - шкідливих випарів, що виникали внаслідок гниття. Ця віра обумовила створення унікального захисного одягу для лікарів, які працювали з інфікованими. Одним із ключових елементів цього одягу була маска у формі пташиного дзьоба, яка мала стати своєрідним бар'єром між лікарем та інфекційним середовищем.

Автор детально описує конструкцію та функціональність маски: вона мала довгий дзьоб, всередині якого розміщувалися трави та ароматичні речовини, такі як лаванда, розмарин, м'ята та інші лікарські засоби. Мета

використання цих трав полягала у тому, щоб замаскувати запах міазмів, які, на думку лікарів того часу, були головною причиною поширення чуми. Дві невеликі отвори в нижній частині дзьоба дозволяли лікарю дихати, водночас створюючи відчуття захищеності. Крім маски, чумні лікарі носили спеціальний одяг, що включав довгий халат, капелюх та рукавички. Цей одяг не лише символізував професійний статус, але й був додатковим захистом від контакту з інфікованими.

Джиральдо-Грузео також аналізує соціальний контекст виникнення чумних лікарів та їх роль у суспільстві. Він підкреслює, що ця категорія лікарів відрізнялася від звичайних медиків не лише специфічним захисним одягом, але й рівнем ризику, який вони брали на себе, працюючи в умовах епідемії. Автор зазначає, що чумні лікарі часто виконували роль не лише лікарів, але й санітарів, соціальних працівників та навіть чиновників, оскільки їм доручали контроль за дотриманням карантинних заходів, реєстрацію хворих та померлих, а також організацію ізоляції інфікованих.

Особливу увагу Джиральдо-Грузео приділяє тому, як історія чумних лікарів вплинула на формування сучасних медичних практик. Він наголошує, що концепція ізоляції та використання захисного одягу, яка зародилася в умовах боротьби з чумою, стала основою для розвитку сучасних стандартів медичної безпеки. Крім того, образ чумного лікаря, зокрема його маска, став впізнаваним символом, що асоціюється з боротьбою людства проти невидимих загроз, таких як пандемії.

Робота Джиральдо-Грузео є цінною для нашого дослідження, оскільки дозволяє глибше зрозуміти еволюцію медичної професії та соціальну значущість лікарів в умовах епідемій. Особливо важливим є її внесок у дослідження взаємозв'язку між медичними практиками, культурними уявленнями про хвороби та соціальними трансформаціями, які відбувалися під час епідемій чуми в Європі [92].

До цієї групи належить також стаття Казаліні Ф. «Джироламо Донцелліні, лікар, засуджений до смерті шляхом утоплення» [59], яка

висвітлює події епідемії чуми 1575–1577 років та її вплив на Венецію. У цій роботі автор фокусується на історії життя та діяльності Джироламо Донцелліні, відомого лікаря, чия доля була трагічною. Донцелліні, відомий своїми медичними новаторствами, став жертвою не лише чуми, але й політичних і релігійних конфліктів, що були типовими для Венеції того часу. Його засудження до смерті шляхом утоплення є не лише прикладом складних стосунків між наукою та релігією, а й відображенням тогочасної медичної та соціальної напруженості.

Казаліні ретельно аналізує не лише медичні досягнення Донцелліні, але й контекст, у якому вони були досягнуті. Особлива увага приділена його участі у боротьбі з чумою, а також його ролі в дискусіях з іншими лікарями щодо ефективних методів лікування та карантинних заходів. Робота є цінною для нашого дослідження, оскільки демонструє, як наукові підходи могли стикатися з релігійними переконаннями та політичними інтригами, що впливало на сприйняття лікарів у суспільстві того часу.

Крім того, корисними для аналізу є роботи таких науковців, як Палмер [118] та Лаугран [107]. Їх дослідження поєднують політичну, медичну та соціально-культурну історію, що дозволяє створити комплексне уявлення про розвиток політики охорони здоров'я у Венеції в XVI столітті. Палмер у своїй роботі аналізує, як венеціанська влада використовувала епідемію чуми для впровадження нових структур охорони здоров'я та розробки системи карантинів і санітарного контролю. Автор звертає увагу на роль *Magistrato alla Sanita*, який був ключовим органом у боротьбі з епідеміями, забезпечуючи контроль над пересуванням населення, станом міських водопостачальних систем та роботою лазаретів.

Лаугран, у свою чергу, розглядає чуму як каталізатор соціально-культурних змін у Венеції. Дослідження зосереджується на впливі епідемій на демографічну ситуацію, соціальну мобільність та культурні практики. Епідемії сприяли розвитку медичних практик, зокрема посиленню ролі

лікарів та медичних інституцій, а також зміні ставлення до хвороби та профілактичних заходів серед населення.

У сукупності, роботи Казаліні, Палмера та Лаугран є цінними для нашого дослідження. Вони дозволяють не лише глибше зрозуміти механізми боротьби з епідеміями у Венеції XVI століття, але й побачити, як ці події вплинули на суспільство, медицину та культуру. Особливо важливим є їхній внесок у розуміння того, як поєднання політичних, медичних і соціальних чинників могло формувати стратегії боротьби з епідеміями та змінювати колективну свідомість і ідентичність жителів Венеції.

*Розглядаючи історію медицини, значну увагу привертають роботи, присвячені розвитку медичної справи та лікуванню в епоху Ренесансу. До цієї категорії належать автори, які безпосередньо торкалися цієї тематики, аналізуючи становлення та функціонування медичних практик того часу.*

Зокрема, важливе місце займає праця Карло Чіполли «Міазми і хвороба» [61]. Ця робота є однією з найвпливовіших у дослідженні медичної історії, адже автор зосереджується на теоретичному та практичному аспектах боротьби з епідеміями. Карло Чіполла - італійський історик, відомий своїми дослідженнями з економічної історії, а також аналізом соціальних і медичних структур. Його праці охоплюють широкий спектр питань, пов'язаних із соціально-економічними аспектами здоров'я та захворювань.

У нашому дослідженні було використано дві роботи Чіполли, які доповнюють одна одну. У своїй книзі «Міазми і хвороба» автор звертається до аналізу діяльності Magistrato alla Sanita - флорентійської магістратури з охорони здоров'я, використовуючи документи, що охоплюють перші тридцять років XVII століття. Завдяки ретельному аналізу архівних джерел, Чіполла відтворює екологічне та медичне середовище флорентійської сільської місцевості, що дозволяє глибше зрозуміти контекст боротьби з епідеміями та формування санітарних заходів.

Автор також акцентує увагу на соціальному та економічному впливі епідемій на населення, демонструючи, як влада намагалася реагувати на

виклики, пов'язані зі здоров'ям громадян. Чіполла підкреслює важливість профілактичних заходів, таких як створення ізоляційних структур, введення карантинів та контроль за станом довкілля, особливо водних ресурсів, як факторів, що значно впливали на зниження рівня захворюваності.

Роботи Чіполли дозволяють не лише розкрити історичний контекст медичних інновацій епохи Ренесансу, але й проаналізувати, як соціальні, економічні та політичні чинники впливали на їх впровадження. Аналіз діяльності *Magistrato alla Sanita*, проведений у роботах Чіполли, надає базу для розуміння функціонування медичних інституцій у Венеції та їх ролі в боротьбі з чумою.

Для ілюстрації засобів і способів лікування чуми у ранньомодерну добу було використано роботу М. Болдуїн «Жаби і чума: терапія амулета у медицині сімнадцятого століття» [45]. Авторка роботи є докторанткою кафедри історії науки Гарвардського університету, де спеціалізується на дослідженнях ранньомодерної медицини. Її наукові статті були опубліковані у провідних виданнях, таких як «Ісіда», «Вісники історії медицини» та «Амбікс».

У своїй роботі Болдуїн досліджує використання амулетів як терапевтичного засобу проти чуми у XVII столітті. Особливу увагу вона приділяє аналізу символіки та функціональності амулетів. В роботі детально розглядаються ідеї ранньомодерних вчених, зокрема Роберта Бойля, який стверджував, що амулети здатні протидіяти отрутам у тілі людини. Болдуїн зазначає, що для Бойля це переконання ґрунтувалося на тодішньому розумінні «атомарних» частинок, які ніби-то притягували «чужорідні» частинки отрути і виводили їх з організму [45].

Крім того, у роботі детально аналізується механізм дії таких амулетів, який пояснювався через «окультні» властивості матеріалів, з яких вони виготовлялися. Наприклад, жаби, що використовувалися в амулетах, символізували очищення тіла та захист від «поганих міазмів» - тогочасного уявлення про причину інфекційних захворювань. Болдуїн також звертає

увагу на соціальний контекст застосування амулетів: вони широко використовувалися серед різних верств населення, від заможних городян до бідноти, і часто служили як психологічний інструмент, який допомагав зменшити страх перед хворобою.

Ця праця використана для розуміння того, як у XVII столітті сприймалися та використовувалися терапевтичні практики, що базувалися на поєднанні наукових і магічних уявлень. Аналіз Болдуїна дозволяє глибше зрозуміти значення символів і вірувань у медичній культурі того часу, а також те, як ці вірування впливали на поведінку та практики людей під час епідемій. Дана робота стала внеском у наше дослідження, оскільки вона демонструє багатогранність підходів до лікування чуми та соціальний контекст використання нетрадиційних засобів захисту.

До цієї групи ми також відносимо авторів, чії роботи містять опис поширення епідемій чуми в епоху Ренесансу. Однією з таких є праця «Чорна смерть і медицина...» [117], яка дає глибоке уявлення про стан населення під час чуми 1348–1350-х років. Автор цієї роботи, Домінік Палаццотто, є видатним істориком і одним із засновників факультету історії у коледжі Рамапо. Він також обіймав посаду директора Школи міжнародних справ, координатора програм американських та міжнародних досліджень, що свідчить про його багатогранний науковий досвід.

У своїй роботі Палаццотто висвітлює, як чума вплинула на демографічний стан європейського населення, а також на соціальні, культурні та медичні практики того часу. Він аналізує взаємозв'язок між поширенням епідемій та розвитком медицини в умовах середньовіччя і Ренесансу. Особливу увагу приділено ролі лікарів та медичних установ, які, попри обмеженість знань, намагалися боротися з епідеміями через застосування тогочасних методів лікування.

У роботі також порушено тему міазматичної теорії, яка була основним поясненням причини епідемій у XIV столітті. Автор наголошує, що, хоча ця теорія мала значні обмеження, саме вона стимулювала впровадження

практик очищення повітря та дезінфекції в медичних закладах. Додатково досліджується вплив чуми на соціальну поведінку, включно з реакціями громад на загрозу хвороби, що варіювалися від релігійних процесій до масової паніки.

Ця робота є важливою для нашого дослідження, оскільки вона дозволяє порівняти характер і наслідки епідемій у різні історичні періоди. Аналіз Палаццотто підкреслює, що розвиток медичних практик і санітарних заходів був тісно пов'язаний із досвідом, отриманим під час масштабних епідемій, таких як Чорна смерть. Це знання дає розуміння того, як епідемії формували підходи до охорони здоров'я в часи Ренесансу та пізніше.

До робіт, які вивчають епідемії чуми в історичному контексті, належить також праця «Щоденне життя під час Чорної смерті» [56], що розкриває перші теорії виникнення цієї хвороби, методи її лікування, а також аналізує різновиди лікарів, які надавали медичні послуги в період епідемій. Автором цієї роботи є Джозеф П. Бірн, європейський історик і доцент з відзнакою в університеті Бельмонта, що знаходиться в Нешвілі, штат Техас. Його науковий пошук охоплює широкий спектр тем - від досліджень римських катакомб до аналізу американської урбанізації. Водночас його основною сферою зацікавлень є історія Італії в епоху Чорної смерті.

У своїй роботі Бірн робить акцент на теоретичних підходах, що використовувалися для пояснення виникнення чуми. У цьому контексті він аналізує основні медичні уявлення того часу, зокрема теорію міазмів, яка пояснювала хворобу як результат зараженого повітря, що утворюється внаслідок гниття органічних матеріалів. Автор також детально описує різні категорії лікарів, від ліцензованих медиків до народних цілителів, і наголошує на тому, що багато з них працювали в умовах відсутності наукових знань про інфекційні хвороби.

Окрім цього, у праці розглядаються популярні методи лікування епідемій у середньовічній Європі, включно з кровопусканням, застосуванням ароматичних трав, носінням талісманів і обкурюванням приміщень. Бірн

також звертає увагу на релігійний контекст боротьби з хворобою, аналізуючи роль процесій, молитов і благодійності в умовах чуми.

Особливе значення має дослідження соціального впливу епідемії на повсякденне життя населення. Для нас важливо, що Бірн висвітлює зміни в поведінці людей, зокрема зростання недовіри до лікарів і представників духовенства, поширення паніки та різке збільшення попиту на послуги неформальних цілителів. Також у роботі наголошується на тому, що епідемії, попри свою руйнівну дію, стимулювали розвиток медичних і санітарних практик, сприяючи формуванню нових уявлень про здоров'я та хвороби.

Ця праця дозволяє глибше зрозуміти контекст епідемій чуми в середньовічній Європі, зокрема їх вплив на соціальні, культурні та медичні аспекти суспільства. Дослідження Бірна розкриває складний взаємозв'язок між науковими знаннями, релігійними переконаннями та соціальною поведінкою в епоху Чорної смерті, що є важливим для розуміння динаміки епідемій у Ренесансній Європі.

*До іншої групи віднесли роботи загалом присвячені ідентичності, а саме Ч. Тейлор у праці Sources of the Self [136] пропонує концептуалізацію ідентичності як процесу самоусвідомлення, нерозривно пов'язаного з моральними орієнтирами, у межах яких людина визначає власне місце у світі. Сам автор є одним із найвпливовіших сучасних філософів, професор McGill University (Канада), відомий своїми працями з політичної філософії, етики та філософської антропології. Його дослідження зосереджені на питаннях формування модерної ідентичності, ролі моральних орієнтацій у саморозумінні індивіда та взаємодії особистості з соціальними структурами. У своїх роботах Тейлор демонструє міждисциплінарний підхід, поєднуючи історію ідей, соціальну теорію та філософію культури. Праця Sources of the Self (1989) стала однією з ключових у сучасних студіях ідентичності та значно вплинула на гуманітарні й соціальні науки. На його думку, будь-яка індивідуальна ідентичність формується через відповіді на фундаментальні «моральні питання» - тобто на запити про те, що є добрим, цінним, гідним та*

значущим у житті. Саме ці «моральні горизонти» окреслюють простір самовизначення, спрямовують вибір і поведінку індивіда та визначають спосіб, у який особа розуміє себе і своє становище у соціальному та культурному середовищі [136].

У своїй класичній праці *Imagined Communities* Бенедикт Андерсон [42] запропонував впливову концепцію нації як «уявної політичної спільноти» - уявної настільки, що навіть найменші нації не можуть бути визнані особисто кожним індивідом, але водночас «у свідомості кожного живе образ їхньої спільноти» [42]. Таке уявлення про спільноту формується не на основі об'єктивного знайомства чи кровного зв'язку, а через символічні засоби - мову, друк, ритуал, смерть, спільну пам'ять. Автор був одним із найвпливовіших політичних теоретиків та дослідників націоналізму, багато років працював професором Корнелльського університету. Андерсон запропонував міждисциплінарний підхід, поєднавши історичний аналіз, культурологію та соціальну теорію, і тим самим суттєво вплинув на дослідження колективних ідентичностей у гуманітарних та соціальних науках.

Одним із ключових підходів до вивчення формування колективної ідентичності є етносимволістична концепція Ентоні Д. Сміта, викладена в праці *National Identity* [133]. На відміну від радикально модерністських або примордіалістських підходів, Сміт поєднує історичний, символічний і культурний аналіз у розумінні національної ідентичності як похідної від глибших етнічних структур - *ethnie*. Сам автор був професором Лондонської школи економіки. Його праці значною мірою сформували сучасні підходи до вивчення етнічності, націй та колективної ідентичності.

До цієї ж групи відноситься Ерік Гомбургер Еріксон (1902–1994) - відомий німецько-американський психоаналітик і розвитковий психолог, один із ключових представників егопсихології, який увів у науковий обіг термін «*криза ідентичності*». У своїй праці *Identity: Youth and Crisis* [85] він розглядає формування ідентичності як динамічний процес, що виникає

внаслідок постійної взаємодії індивідуальних та колективних чинників упродовж усього життєвого циклу. Еріксон підкреслює, що ідентичність постає через взаємне визнання між індивідом і спільнотою: суспільство наділяє молоду людину певними ролями та соціальними очікуваннями, а індивід, у свою чергу, інтеріоризує цінності, норми та поведінкові моделі групи [85].

У сучасній теоретичній літературі значний внесок у критичний перегляд поняття «ідентичність» зробили Роджер Брубейкер та Фредерік Купер у статті *Beyond «Identity»* [53]. Автори підкреслюють, що термін є концептуально розмитим і надмірно вживаним, набуваючи різних значень у різних дослідницьких контекстах. Вони виокремлюють кілька основних способів його використання: як підґрунтя соціальної або політичної дії, як колективну схожість та солідарність, як глибинне ядро «самості» та як продукт соціальної чи політичної взаємодії [53].

Критикуючи «слабкі» конструктивістські трактування, що підкреслюють мінливість і множинність ідентичності без достатнього уточнення її змісту, дослідники пропонують відмовитися від універсалізованого вжитку цього поняття на користь більш точних аналітичних категорій - *commonality* (спільність), *connectedness* (пов'язаність) та *groupness* (групність). На їхню думку, такий підхід дозволяє адекватніше описувати як індивідуальні, так і колективні форми саморозуміння та взаємодії [53].

У дискусії ANR Conversation (2012) Барбара Г. Розенвайн розвиває концепцію «емоційних спільнот» - груп із спільними нормами вираження почуттів, що формують ідентичність [127]. Авторка американська історикня-медієвістка, професорка-емерита Лойольського університету Чикаго. Вона є однією з найвідоміших дослідниць історії емоцій і авторкою концепції «емоційних спільнот», яку послідовно розвиває від початку 2000-х років. Її праці вплинули на формування окремого напрямку в історіографії емоцій.

Ніколь Юстас розглядає емоції як засіб соціальної комунікації та інструмент влади, наголошуючи на важливості контекстуального аналізу [127]. Вона американська історикиня, професорка Нью-Йоркського університету (NYU), спеціалістка з історії ранньої Північної Америки. Її дослідження зосереджені на культурній історії та історії емоцій, зокрема на тому, як емоційні практики формують політичні та соціальні взаємодії в колоніальному та ранньомодерному контекстах.

Ян Плампер історик німецького походження, відомий як один із провідних дослідників у галузі історії емоцій. Він є автором впливової монографії *The History of Emotions* (2015). Працював у Коледжі Голдсмітс, Лондонського університету. Його роботи зосереджені на методології дослідження емоцій у різних історичних контекстах. Вводить ідею «багатонаправленого трафіку емоцій» і метод «герменевтики мовчання» для виявлення непрямих емоційних проявів у джерелах [127].

Дискусія підкреслює потребу поєднання локальних досліджень із глобальною перспективою та критики євроцентричних моделей.

У своїй праці *The Navigation of Feeling* Вільям М. Редді, американський історик і антрополог, професор Університету Дюка (Duke University), пропонує нову теорію емоцій, яка поєднує здобутки когнітивної психології, антропології та історії. Автор підкреслює, що емоції не можна редукувати ані до біологічних реакцій, ані до суто культурних конструкцій. Вони є результатом динамічної взаємодії між індивідуальним досвідом, культурними моделями та соціальною практикою [126]. Автор є одним із ключових теоретиків у галузі історії емоцій.

Праця Норберта Еліаса *The Civilizing Process* [83] є однією з класичних спроб осмислити довготривалі трансформації європейських суспільств. Автор німецько-британський соціолог і філософ, один із найвпливовіших представників соціології культури та історичної соціології ХХ століття. Він досліджував, як протягом кількох століть відбувалися поступові зміни в соціальних практиках, емоціях та формах самоконтролю. Центральним у

концепції є зв'язок між формуванням державних монополій на силу та податки і внутрішнім «цивілізуванням» поведінки, що проявлялося у зростанні порогів сорому, огиди й самостриманості.

Аналіз індивідуальних ідентичностей у Венеції часів чуми Святого Карла не можна відокремити від ширших уявлень про тіло, стать і гендерні ролі, які панували у ранньомодерній Європі. Класичним підґрунтям для цього є дослідження Томаса Лакера. Автор американський історик, професор Каліфорнійського університету в Берклі, відомий своїми працями з історії тіла, сексуальності та медицини. У книзі *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud* (1990) Лакер проаналізував історичну трансформацію уявлень про стать, простеживши перехід від античної моделі «єдиної статі» до модерної концепції «двох статей». Його дослідження стало ключовим у формуванні історії тіла та гендерних студій [105].

*Роботи, присвячені історії Італії, займають важливе місце у вивченні соціальних, культурних та медичних аспектів епідемій чуми.* До цієї групи віднесено праці, що аналізують як загальні аспекти боротьби з чумою, так і хід історичних подій на Апеннінському півострові в контексті європейської історії. Важливим аспектом цих робіт є їхній внесок у розуміння впливу епідемій на соціально-економічний розвиток регіону.

Однією з таких робіт є дослідження Анн Дж. Кармайкл «*Чума і бідняки у Ренесансній Флоренції*» [58]. Анн Кармайкл, професор кафедри історії Індіанського університету у Блумінгтоні, у своїй книзі детально описує чумні епідемії у Флоренції, порівнюючи їх між собою. Праця базується на аналізі флорентійських реєстрів загиблих, що дозволяє глибше зрозуміти зміну характеру чуми з моменту першого спалаху Чорної смерті у 1348 році до середини XV століття. Завдяки новому підходу Кармайкл аналізує два ключові напрями. По-перше, вона досліджує ступінь можливої епідемічної чуми, звертаючи увагу на роль інших інфекційних захворювань у формуванні хвиль смертності. По-друге, авторка показує, як зміна характеру чуми

вплинула на ставлення жителів Італії до епідемії у XV столітті, акцентуючи увагу на еволюції соціальних і медичних підходів.

Крім того, праця Кармайкл висвітлює вплив епідемій на бідні верстви населення, вказуючи на їхню особливу вразливість через антисанітарні умови, низький рівень харчування та обмежений доступ до медичної допомоги. Це дослідження не лише дозволяє зрозуміти глибокі наслідки чуми, але й окреслює важливість вивчення демографічних даних як інструменту аналізу соціальної історії.

Праця Кармайкл також підкреслює, що відмінності між епідеміями XIV і XV століть полягали не лише в масштабах смертності, але й у зміні ставлення суспільства до хвороби. Наприклад, спалахи XIV століття викликали масову паніку та релігійну істерію, тоді як епідемії XV століття супроводжувалися прагматичнішими заходами, такими як посилення санітарного контролю та розробка системи ізоляції хворих. Зокрема, Кармайкл зазначає, що саме чумні епідемії сприяли розвитку міської інфраструктури, яка згодом стала основою для формування сучасної системи охорони здоров'я.

Це дослідження є джерелом для аналізу демографічних, соціальних та культурних аспектів епідемій чуми, демонструючи, як суспільство адаптувалося до нових викликів і формувало нові підходи до боротьби з інфекційними хворобами. Праця Кармайкл є не лише історичним аналізом, але й прикладом міждисциплінарного підходу, що охоплює демографію, соціологію та медицину. Вона дозволяє провести паралелі між минулими епідеміями та сучасними викликами у сфері громадського здоров'я.

Ще одна робота, яка увійшла до цієї групи «Приватне листування та чума: Погляди на колективні та індивідуальні реакції» [130]. Приватне листування, зокрема листи, обміняні між впливовими родинами, такими як Буонарроті, проаналізовані Елеонорою Серра, надають унікальний погляд на життя в умовах епідемій раннього Нового часу. Елеонора Серра, яка є історичною соціолінгвісткою та дослідницею Університету Гента,

зосереджується на аналізі мовної варіативності, змін та мовних установок в контексті Італії XVI століття. Її дослідницький інтерес включає приватне листування, зокрема *корпус Буонарроті*, що дозволяє відстежити соціальні, економічні та медичні аспекти епідемій. Її підхід критично оцінює роль епістолярних формул як соціального інструмента в умовах кризових явищ.

Цей мікроісторичний підхід, який зосереджується на індивідуальних перспективах і родинних мережах, відповідає венеціанському контексту чуми святого Карла, коли листи та записи відкривали інформацію про страхи, стратегії та адаптацію різних суспільних груп, включаючи патриціїв, купців та простих громадян.

Листування родини Буонарроті, яке охоплює значні спалахи чуми у Флоренції початку XVI століття, висвітлює теми, які напряду стосуються епідемії у Венеції 1575–1577 років: занепокоєння через передачу хвороби, взаємозв'язок медичних знань та соціальної поведінки, а також дилеми між економічним виживанням і громадським здоров'ям. Ці флорентійські приклади перегукуються із подібними досвідами Венеції, міста, глибоко пов'язаного з торгівлею і мореплавством, де баланс між збереженням торгівлі та охороною здоров'я мав вирішальне значення.

Адаптація висновків Елеонори Серра до венеційського контексту збагачує наше розуміння чуми святого Карла як моменту розриву і продовження традицій. Аналіз того, як колективні й індивідуальні ідентичності формувалися через приватне листування, висвітлює людський вимір епідемій, доповнюючи інституційні та макроісторичні дослідження.

Хоча листування Буонарроті забезпечує деталізований погляд на флорентійську реакцію, його теми тісно переплітаються з досвідом Венеції під час чуми святого Карла. Використання карантинних заходів, роль приватних і публічних мереж у подоланні кризи, а також культурна інтерпретація чуми як медичного і духовного виклику є спільними для обох міських центрів.

Цей підхід демонструє, як приватне листування стало інструментом, що дозволяє висвітлити людський вимір епідемій, показуючи взаємозв'язок між кризовими явищами та соціальними практиками у різних регіонах Італії ранньомодерного часу [130].

Серед робіт, які аналізують вплив епідемій на європейські суспільства, особливе місце займає праця Дж. Альфані «*Чума в Європі сімнадцятого століття і занепад Італії: епідеміологічна гіпотеза*» [41]. Автор, маючи ступінь з економіки та соціальних дисциплін (DES) в університеті Бокконі, а також будучи кандидатом економічних та соціально-історичних наук, досліджує вплив чуми в Європі протягом XVII століття. Його аналіз базується на фактичних демографічних матеріалах, що дозволяють порівняти наслідки чуми для різних регіонів континенту.

Альфані приходить до висновку, що епідемія найбільше вразила Південну Європу, особливо територію Італії, на відміну від країн Північної Європи, де наслідки були менш руйнівними. Він акцентує увагу на тому, що територіальна поширеність чуми визначала не лише демографічні втрати, але й політичні, інституційні та економічні наслідки для регіону. В Італії чума завдала серйозного удару по населенню, що призвело до тривалого періоду депопуляції. Автор підкреслює, що постраждале населення не змогло швидко відновитися, а епідемії мали довготривалий вплив на рівень виробництва, державні фінанси та загальний розвиток регіону.

Однією з ключових тез Альфані є те, що сила епідемій, які вражали Італію в XVII столітті, була безпрецедентною в інших країнах Європи. Це стало одним із вирішальних факторів відносного занепаду італійських міст-держав у цей період. Він стверджує, що наслідки епідемій впливали на всі сфери суспільного життя, від політичної стабільності до економічного розвитку. Чума порушувала функціонування політичних інституцій, послаблювала їхній контроль над населенням, а також ускладнювала збирання податків та фінансування державних потреб.

Окрім цього, Альфані розглядає питання про те, як демографічний колапс, викликаний епідеміями, вплинув на економіку. Зменшення населення спричинило скорочення робочої сили, що, у свою чергу, призвело до зниження обсягів виробництва, руйнування традиційних господарських структур та економічного застою. Це мало серйозні наслідки для італійських міст-держав, які не змогли швидко відновити свої економічні позиції в Європі.

У своїй праці Альфані також аналізує питання нерівномірності наслідків епідемій, зазначаючи, що найбільше постраждали найбільш урбанізовані регіони, такі як Ломбардія, Венеція та Тоскана. Ці регіони, будучи центрами торгівлі та економічного розвитку, стали осередками швидкого поширення чуми, що призвело до катастрофічних демографічних втрат.

Робота Дж. Альфані «*Чума в Європі сімнадцятого століття і занепад Італії: епідеміологічна гіпотеза*» [41] є цінним джерелом для вивчення історії епідемій та їхнього впливу на соціально-економічний розвиток Європи. Вона демонструє, як чума стала не лише медичною, але й соціально-економічною катастрофою, наслідки якої визначили розвиток цілих регіонів у довгостроковій перспективі. Ця праця також дозволяє краще зрозуміти механізми адаптації суспільств до кризи та їхню здатність долати виклики, які стояли перед ними в умовах епідемій

Також сюди слід додати колективну роботу Дж. Альфані та ін. [39]. Автори зазначають, що до початку XVII ст. Італія мала одну з найбільш ефективних у Європі систем охорони здоров'я, яка спиралася на багаторівневу структуру контролю - від державних кордонів до міських ізоляторів (*lazzaretti*). Створення та регулювання цих закладів здійснювалося магістратами охорони здоров'я (*Magistrato sopra la Sanita*), які координували санітарні кордони, карантини та госпіталізацію. Така організація стала моделлю для європейських практик боротьби з епідеміями.

Вагомий внесок у вивчення взаємозв'язку між епідеміями, бідністю та системами соціальної допомоги здійснив Ніл Мерфі. У статті *Plague Hospitals and Poor Relief in Late Medieval and Early Modern France* [115] дослідник аналізує функціонування міських лікарень для бідних як ранніх форм інституційного піклування та соціального контролю. Мерфі підкреслює, що саме міські ради, а не центральна влада, упродовж XV–XVII ст. визначали політику щодо «гідних» і «негідних» бідних, поєднуючи елементи благодійності з дисциплінарними практиками. Автор є істориком пізнього Середньовіччя та ранньомодерного періоду, спеціаліст з соціальної історії епідемій, бідності та систем допомоги у Західній Європі. Його дослідження зосереджені на міських інституціях, зокрема лікарнях і системах опіки над бідними, як механізмах поєднання соціальної підтримки та контролю в умовах епідемічних криз.

Робота Чарльза Маллетта *«Бубонна чума у Англії...»* [114] є важливим додатковим джерелом для аналізу впливу епідемій на населення не лише в Італії, але й в інших країнах, зокрема Англії. Чарльз Маллетт, американський історик, який спеціалізується на соціальній економіці та історії медицини, створив серію узагальнюючих праць, присвячених аналізу причин та наслідків епідемій у контексті соціальних, економічних та медичних змін.

У своїй книзі Маллетт детально простежує історію чуми від часів Чорної Смерті 1349 року до XIX століття. Він аналізує різні фактори, які сприяли високій смертності під час епідемій у XVI та XVII століттях. Зокрема, він звертає увагу на соціальні умови того періоду, такі як збільшення внутрішньої мобільності населення, активна імміграція з-за кордону, масові бунти, що посилювали хаос, а також поширення нових хвороб, які могли супроводжувати чуму або маскуватися під неї.

Маллетт відзначає, що зміна звичок та способу життя населення в Англії значно вплинули на динаміку поширення чуми. Наприклад, швидке переміщення людей у пошуках роботи або кращих умов проживання призводило до занесення хвороб у нові регіони. Особливо вразливими

виявилися великі міста, такі як Лондон, які були центрами торгівлі та мали густонаселені райони з поганими санітарними умовами.

Автор також висуває гіпотезу про роль бунтів та соціальних конфліктів у поширенні хвороби. Масові заворушення, що виникали через нерівномірний розподіл ресурсів або невдоволення карантинними заходами, значно ускладнювали зусилля місцевої влади щодо стримування епідемії. Більш того, Маллетт наголошує на впливі імміграції, яка сприяла привнесенню нових інфекційних хвороб, що могли взаємодіяти з чумою або створювати додатковий тиск на і без того ослаблену систему охорони здоров'я.

Ця праця надає важливі паралелі між Англією та Італією в контексті боротьби з епідеміями, що дозволяє дослідникам глибше зрозуміти спільні виклики, з якими стикалися європейські суспільства під час чуми. Водночас Маллетт демонструє унікальні особливості боротьби з чумою в Англії, включаючи політичні, соціальні та економічні аспекти. Його робота не лише розширює наше розуміння соціально-економічних наслідків чуми, але й надає важливі уроки про те, як різні суспільства адаптувалися до цих викликів, формуючи нові підходи до охорони здоров'я та управління в умовах кризи.

До робіт, які стосуються історичних подій на Апеннінському півострові в контексті історії Європи, належить праця С. Б. Сорочана *«Історія та культура Європи. Середні Віки»* [35]. Ця робота представляє комплексний огляд середньовічної культури, зокрема її ключових аспектів, таких як освіта, наука, література, архітектура, мистецтво, а також зародження і розвиток Ренесансу у XIII-XVI століттях. Особливу увагу автор приділяє теоретичним і практичним аспектам західної медицини та хірургії, що було вкрай актуальним у контексті численних епідемій, які вплинули на демографічну ситуацію та соціальні структури того часу.

С. Б. Сорочан - доктор історичних наук, професор, відомий своєю широкою науковою діяльністю у галузях візантиністики, медієвістики та

історії Церкви. Його дослідження вирізняються міждисциплінарним підходом, що дозволяє комплексно оцінити історичні, культурні та соціальні аспекти середньовічної Європи.

У книзі автор викладає концепції середньовічної культури, наголошуючи на її трансформаціях у період від Ранняго Середньовіччя до Відродження. Серед іншого, він аналізує еволюцію освіти, розвиток наукових знань та їхній вплив на суспільство. Особливу увагу приділено зміні уявлень про медицину, яка у Середньовіччі перебувала під значним впливом класичних ідей Галена та Авіценни, але поступово почала інтегрувати нові підходи до лікування та профілактики захворювань.

Праця також охоплює аналіз західної медицини та хірургії, зокрема організацію лікування під час епідемій. Автор описує функціонування лікарень, роль гільдій лікарів, а також процес професійної підготовки медиків. Він підкреслює, що у цей період медицина активно розвивалася завдяки заснуванню університетів, які стали центрами накопичення та передачі знань. Саме ці інституції сприяли появі освічених медиків, які відігравали важливу роль у боротьбі з епідеміями, зокрема чумою.

Крім того, у книзі висвітлюються взаємозв'язки між медициною, релігією та культурою. С. Б. Сорочан наголошує на важливості християнських моральних цінностей у розвитку середньовічної медицини, зокрема у питаннях догляду за хворими та організації лікарняних установ. Цей аспект є особливо важливим для розуміння соціокультурного контексту боротьби з епідеміями в середньовічній Європі.

Праця допомагає дослідити історію медицини та соціокультурних змін, пов'язаних з епідеміями. Вона надає широке уявлення про те, як середньовічна медицина, з її обмеженими знаннями та ресурсами, прагнула відповідати викликам часу, а також про те, як ці зусилля впливали на розвиток медичних практик, релігійних інституцій і соціальних структур у Європі.

До цієї групи входить також спільна праця одеських науковців за участі

Радзиховської О. О. під назвою *«Італійська книга епохи Відродження»* [25]. Ця робота є цінним джерелом для вивчення соціокультурних аспектів і правових структур Італії в епоху Ренесансу. Одним із важливих елементів дослідження є використання стародруків, які зберігаються у фондах Наукової бібліотеки Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Ці стародруки дають змогу отримати уявлення про функціонування різних аспектів соціального, культурного та медичного життя в Італії періоду Відродження.

Окремої уваги заслуговують згадані у роботі статuti італійських міст, які є важливим джерелом для аналізу правової бази, що регулювала діяльність медичних закладів. Такі законодавчі акти дозволяють дослідити, як організовувалася медична допомога, яким чином здійснювався нагляд за лікарнями та іншими медичними установами, а також як забезпечувалося фінансування медичних структур. Ці матеріали дають можливість не лише вивчити історію розвитку медичних закладів, а й зрозуміти, як працювала адміністративна система в контексті боротьби з епідеміями, включно з чумою, яка залишила значний відбиток на демографічному, економічному та соціальному розвитку італійських міст.

Таким чином, спільна праця одеських дослідників є не лише історичним аналізом, а й важливим ресурсом для вивчення правових, культурних та медичних аспектів епохи Ренесансу. Вона демонструє, як стародруки та законодавчі акти можуть стати основою для глибокого розуміння механізмів організації медичної допомоги в Італії в період Ренесансу, а також їхнього впливу на подальший розвиток європейської медицини.

Безпосередньо у групу важливих робіт з історії Італії та Середземномор'я входить праця *«Середземне море і середземноморський світ у епоху Філіпа II»* [49], автором якої є Фернан Бродель - видатний французький історик та один із яскравих представників історіографічної школи «Анналів». Його підхід до історичного аналізу, що поєднує вивчення

економічних, соціальних і географічних чинників, став революційним у світовій історичній науці. Роботи Броделя змінили спосіб вивчення історії, наголошуючи на необхідності інтеграції багатьох дисциплін для розуміння широких процесів у суспільстві.

Праця «*Середземне море і середземноморський світ у епоху Філіпа II*» є ґрунтовним дослідженням, присвяченим історії Середземномор'я в другій половині XVI століття. Робота пропонує детальний аналіз боротьби з чумою як у Венеції, так і в Західній Європі загалом. Одним із ключових аспектів, що розглядаються автором, є найефективніший на той час спосіб боротьби з епідемією - втеча від спалахів хвороби. Бродель детально досліджує, як ця тактика застосовувалася різними соціальними групами. Крім того, він зосереджується на аморальній поведінці населення під час епідемії, описуючи соціальну розгубленість, економічний хаос та посилення нерівності в періоди криз.

Також у роботі Броделя висвітлено динаміку поширення хвороби та її наслідки, зокрема демографічні зміни, економічну стагнацію та посилення соціальних конфліктів. Автор аналізує, як епідемія вплинула на розвиток медицини та організацію системи охорони здоров'я в країнах Середземномор'я, наголошуючи на важливості ефективної адміністративної відповіді на виклики часу.

Робота Броделя є важливою для дослідження, оскільки вона пропонує багатоплановий підхід до аналізу історії Середземномор'я та Італії в епоху Ренесансу. Вона демонструє складність впливу епідемій на різні сфери життя - від демографічних змін до економічних наслідків і соціальних трансформацій, що дозволяє глибше зрозуміти контекст боротьби з чумою у Венеції та в інших регіонах Європи.

Також слід згадати, що останні досягнення молекулярної генетики суттєво вплинули на історіографію чуми, дозволивши уточнити походження, еволюцію та варіативність збудника *Yersinia pestis*. Дослідження [38] довели, що *Y. pestis* є недавнім (1 500–20 000 років тому) клоном *Y.*

pseudotuberculosis, а пізніше було встановлено, що класична типологія трьох біоварів [81] не відповідає даним сучасної біомолекулярної науки [37]. Секвенування геному XIV ст. [48] підтвердило генетичну тотожність з сучасними штамми чуми, що дозволило поєднати філогенетику сучасного та давнього ДНК [95]. Зараз вважається встановленим, що *Y. pestis* виникла в Азії, ймовірно на Цінхайсько-тибетському плато [72].

Таким чином, дослідження політики міста Венеції в умовах кризових явищ, зокрема під час епідемії чуми святого Карла 1575–1577 рр., завжди привертало значну увагу науковців. Особливий акцент у цих дослідженнях робиться на аналізі санітарних і карантинних заходів, які були впроваджені міською адміністрацією для стримування епідемії та захисту населення. Ці заходи є важливим контекстом для розуміння формування як колективних, так і індивідуальних ідентичностей у кризових умовах.

У дослідженні формування колективної ідентичності під час чуми у Венеції ключову роль відіграє аналіз впровадження запобіжних заходів у межах міста та на підлеглих Венеції територіях. Роботи, що розкривають питання управління санітарною політикою в інших регіонах, дозволяють виявити слабкі місця та прорахунки тогочасної системи охорони здоров'я. Це, у свою чергу, допомагає зрозуміти, як венеціанська політика впливала на формування соціальної довіри та громадської підтримки у часи кризи.

Дослідження запобіжних заходів на Апеннінському півострові, зокрема в контексті розвитку «венеціанського карантину», дозволяє побачити, як ці підходи інтегрувалися в ширший європейський контекст. Венеція не лише створила інноваційну систему боротьби з епідеміями, але й поширила свої ідеї за межі міста. Це сприяло формуванню нових колективних практик, орієнтованих на підтримку громадського здоров'я та солідарності.

Використання праць авторів, які описують загальний стан медичної справи на той час, дає можливість розглянути не лише впровадження запобіжних заходів, але й підходи до лікування та участь лікарів у боротьбі з епідемією. Завдяки аналізу цих робіт ми отримуємо повне уявлення про те,

хто саме та яким чином намагався протистояти хворобі, що суттєво вплинуло на колективну ідентичність венеціанців. Індивідуальні історії лікарів, медичних чиновників та інших учасників боротьби з чумою є важливим джерелом для розуміння тогочасних суспільних процесів.

Усі наведені автори ретельно опрацювали значний обсяг матеріалів, включаючи статистичні, біографічні та історичні дані. Ці роботи надають необхідну літературну базу для дослідження не лише епідемії чуми, але й соціокультурних змін, які вона спричинила. Завдяки цим дослідженням ми можемо прослідкувати, як у кризових умовах відбувалося формування колективної ідентичності через спільні зусилля громади у боротьбі з епідемією. Вплив чуми на індивідуальні долі та соціальну структуру Венеції також є важливим елементом цього дослідження, адже він демонструє, як кризові явища можуть змінювати соціальні взаємодії та стимулювати появу нових форм солідарності.

Таким чином, праці вищезазначених авторів не лише збагачують нашу наукову базу, але й дозволяють глибше зрозуміти процеси формування ідентичностей у кризові періоди, зокрема під час епідемії чуми у Венеції 1575–1577 років. Вони є невід’ємною частиною нашого аналізу та сприяють розширенню розуміння соціальних, культурних і медичних аспектів боротьби з епідеміями в епоху Ренесансу.

**1.2 Джерельна база.** Джерельна база дослідження охоплює значний обсяг інформації, яка на сьогодні зберігається в численних архівах та колекціях. Зокрема, італійські архіви є багатими на матеріали, які документують події та соціальні зміни, пов’язані з епідемією чуми 1575–1577 років. Проте, з об’єктивних причин, доступ до архівних матеріалів ускладнений, що обмежило можливість їхнього безпосереднього використання. У зв’язку з цим, у даній роботі було залучено лише ті джерела, які були доступні у відкритому доступі.

До джерельної бази нашого дослідження належать як праці загального характеру, які висвітлюють епідемії чуми в Європі загалом, так і більш

специфічні роботи, які фокусуються на локальних аспектах боротьби з епідемією у Венеції. Використання публікацій різного рівня дозволило забезпечити комплексний підхід до вивчення епідемії святого Карла, включаючи аналіз її впливу на соціальні, економічні та культурні аспекти життя міста.

До загальних джерел належать хроніки, мемуари, праці істориків, які розглядали епідемії як частину ширшого соціального чи політичного контексту. Зокрема, у багатьох італійських працях збереглися описи, що документують медичні практики, санітарні заходи, карантинні регуляції та роботу медичних закладів. Ці матеріали були надзвичайно цінними для вивчення того, як Венеція протистояла кризовим явищам. У роботах також містяться свідчення очевидців, які дають змогу відтворити атмосферу міста під час епідемії та прослідкувати зміни в поведінці та світогляді жителів.

Цінність джерел полягає не лише у фіксації офіційних заходів, але й у відображенні суспільного сприйняття епідемії та медичних практик. Наприклад, особливий інтерес викликають особисті листування, нотатки нотаріусів, які свідчать про настрої у суспільстві, а також суперечки між представниками медичної спільноти. Такі документи розкривають унікальний погляд на тогочасну боротьбу з епідемією, зокрема щодо етичних дилем, пов'язаних з впровадженням санітарних заходів.

Джерела також включають наукові трактати італійських лікарів, таких як Джироламо Меркуріале, Джироламо Донцелліні, а також інші медичні праці, які відображають розвиток медичної думки у період епідемії. Ці праці, хоч і мають обмеження в сучасному розумінні медичних знань, дозволяють оцінити прогрес у сприйнятті причин хвороб і засобів їх лікування.

Отже, залучені джерела стали невід'ємною основою для аналізу епідемії чуми у Венеції та її впливу на формування колективних і індивідуальних ідентичностей. Їхній комплексний аналіз дозволяє виявити не лише деталі санітарної політики та боротьби з хворобою, а й соціокультурні трансформації, що відбувалися під час цієї кризи.

Ми залучили у своєму дослідженні роботу Галена [11], щоб продемонструвати, як ренесансна академічна медицина ґрунтувалася на античному знанні та активно застосовувала його у боротьбі з епідеміями, включаючи чуму. Особливий інтерес становлять ідеї Галена щодо функціонування людського організму та його підходи до діагностики й лікування хвороб. Проте століття, що минули між античністю та епохою Відродження, спричинили значні зміни у медичній науці. Хоча авторитет Галена залишався непохитним, поступово його ідеї почали відходити на другий план під впливом нових спостережень та медичних інновацій, які пропонували ренесансні лікарі.

Гален є видатною історичною постаттю, що мала вплив не лише на медицину, але й на суміжні галузі знань. Він був грецьким лікарем, хірургом та філософом римської доби. У своїх працях Гален описував концепцію людського тіла, яке, за його переконаннями, складається зі щільних і рідких частин. Його методологія ґрунтувалася на спостереженнях за хворими, а також на розтині трупів, що на той час було революційним підходом. Він був одним із перших медиків, які застосовували вівісекцію, що дозволило йому вивчати функціонування внутрішніх органів і значно розширити знання про людський організм.

Одним із найважливіших внесків Галена є закладення основ експериментальної медицини, що пізніше стало невід'ємною частиною розвитку науки. Його праці залишалися фундаментальними джерелами для ренесансних медиків, які зверталися до них для пошуку відповідей на складні запитання, пов'язані з епідеміями. Наприклад, у боротьбі з чумою лікарі часто спиралися на галенівські уявлення про міазми, як джерела хвороби, і на його рекомендації щодо лікування.

Проте, зі зростанням кількості епідемій у Європі, лікарі почали вносити зміни в свої підходи, спираючись на власні емпіричні спостереження. Поступово вони почали критикувати традиційні уявлення про хвороби, що були викладені у працях Галена, надаючи перевагу власним

експериментальним даним і спостереженням за перебігом хвороб. Так, хоча Гален залишався центральною фігурою в медичній теорії, його авторитет поступово поступався місцем новим підходам, які відображали реалії тогочасної медицини.

Таким чином, у нашому дослідженні використання робіт Галена дозволяє простежити, як античне медичне знання впливало на ренесансну медицину, зокрема в умовах кризових явищ, таких як епідемії чуми. Це також дає змогу зрозуміти, як традиційна медицина трансформувалася під впливом нових реалій та емпіричних відкриттів, сприяючи формуванню нових колективних та індивідуальних ідентичностей у боротьбі з хворобами.

Для глибшого розуміння процесів, що відбувалися під час епідемії чуми, її впливу на населення та шляхи поширення хвороби, до роботи було залучено: «Нова Хроніка» Маттео Віллани [23] та збірка новел «Декамерон» Джованні Боккаччо [1].

Маттео Віллани (народився у Флоренції) був братом відомого історика Джованні Віллани. Він працював у Неаполі як представник впливової родини Буонаккорсі. Після смерті свого брата Маттео продовжив його історичну працю, написавши одинадцять книг «Нової Хроніки». Важливо зазначити, що Віллани здобув високу оцінку серед сучасників і пізніших істориків за свій ретельний підхід до джерел, адже він активно шукав достовірну інформацію. Особливо значущою для дослідження є частина, присвячена опису епідемії чуми 1348 року, відомої як «Чорна смерть». Віллани детально описував симптоми чуми, її смертельний вплив на населення Флоренції, а також соціальні зміни, які вона спричинила. Варто зазначити, що Маттео сам став жертвою чуми під час наступного епідемічного спалаху у 1363 році. Його роботу коротко продовжив син Філіппо, однак значення основного корпусу його праці залишилося ключовим для вивчення катастрофічного впливу чуми на італійське суспільство XIV століття.

Джованні Боккаччо (1313–1375), видатний італійський письменник і поет, є автором всесвітньо відомої збірки новел «Декамерон», яка була

створена у період епідемії чуми 1347–1349 років. Боккаччо, поряд із Данте та Петраркою, став одним із символів епохи раннього Відродження, зробивши вагомий внесок у розвиток європейської культури. У «Декамероні» він не лише створив новелу як літературний жанр, але й показав багатогранну картину італійського життя XIV століття, відобразивши побут, соціальні відносини та ментальність різних верств населення.

Особливий інтерес для дослідження становить опис Боккаччо початку епідемії чуми, її симптомів та впливу на соціальну поведінку. У вступній частині «Декамерона» автор описує, як хвороба змінювала стосунки між людьми, викликала паніку та підривала традиційні соціальні зв'язки. Боккаччо акцентує увагу на драматичних аспектах епідемії: розпад сімей, відсутність милосердя та співчуття, а також на зусиллях окремих осіб уникнути зараження. Ці описи є цінним джерелом для аналізу формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ.

Хоча події, описані у «Декамероні», відносяться до XIV століття, вони дають змогу простежити, як сприйняття епідемії змінювалося з плином часу. Зокрема, описи Боккаччо дозволяють побачити, як уявлення про чуму та реакція на неї розвивалися, що є важливим для аналізу кризи у Венеції в 1575–1577 роках. Схожі моделі поведінки, такі як втеча, самоізоляція, паніка та спроби захиститися, можна побачити і в пізніших епідеміях, зокрема у Венеції. Це дає змогу порівняти соціальні та культурні зміни, що відбувалися в різні періоди, і простежити еволюцію підходів до боротьби з чумою.

Залучення «Нової Хроніки» Маттео Віллані та «Декамерона» Джованні Боккаччо як джерел дозволяє не лише отримати інформацію про поширення чуми, її симптоми та соціальні наслідки, але й дослідити формування колективних реакцій та ідентичностей, що виникали в умовах епідемічних криз. Ці роботи є цінними для аналізу історичних умов боротьби з чумою у Венеції в XVI столітті, зокрема під час епідемії 1575–1577 років.

У своїй роботі Джироламо Фракасторо (1478–1553) [10] розробив революційну для свого часу теорію походження епідемії та методи їх

лікування. Фракасторо вважається одним із перших у вивченні природи інфекційних захворювань. Його вчення про суть інфекцій, їх поширення та лікування стало основою для подальших досліджень у сфері епідеміології. У своїй праці він визначив три основні шляхи зараження: безпосередній контакт із хворим, опосередковане зараження через предмети та передача на відстані за допомогою дрібних, невидимих «зародків хвороби». Саме Фракасторо вперше ввів у медичну термінологію слово «інфекція», яке стало ключовим у розумінні природи епідемій.

Фракасторо детально описав такі інфекційні захворювання, як віспа, кір, чума, туберкульоз, сказ, проказа, висипний тиф та інші. Його теорія зараження враховувала як стародавні уявлення про міазми (наприклад, у контексті сифілісу), так і новаторські ідеї про контагіозність інфекцій. Він наголошував, що мікроскопічні агенти, які він називав «зародками», є головними винуватцями поширення захворювань.

Зокрема, Фракасторо вважав, що зараження може відбуватися навіть за відсутності прямого контакту з хворим, через повітря або інші середовища. Його ідеї стали основою для розвитку гіпотез про віруси та бактерії, що значно випереджало його час. Це відкриття мало важливе значення для подальшого розвитку науки про епідемії, зокрема у сфері запобігання їх поширенню.

У своїх працях Фракасторо також звернув увагу на методи боротьби з епідеміями, такі як ізоляція хворих, дезінфекція предметів, уникнення контактів із зараженими і застосування профілактичних заходів. Його підходи значною мірою вплинули на розвиток медичної практики в епоху Ренесансу.

Для дослідження ця праця є важливим джерелом розуміння медичних уявлень і практик епохи Відродження, зокрема в контексті чуми 1575–1577 років у Венеції. Теорії Фракасторо про контагіозність та «зародки хвороби» дозволяють простежити, як формувалися ідеї щодо природи епідемій, які поступово змінювали уявлення суспільства про хвороби та способи їх

лікування. Його концепції були надзвичайно актуальними для медиків, магістратів та громадськості, які стикалися з загрозою чуми у Венеції, і вплинули на становлення сучасних підходів до громадського здоров'я.

У роботі важливим джерелом для дослідження методів боротьби з епідеміями стали документи та описи практик, запроваджених магістратом для протидії поширенню чуми. Особливу увагу привертають роботи Франческо Карабельє «Чума 1348 р. Та умови охорони здоров'я в Тоскані» [5] та Занарді «Маніфест Болоньї» [24]. Ці дослідження містять значний обсяг інформації про заходи, впроваджені міськими магістратами під час епідемій у різних регіонах Італії, зокрема в контексті вдосконалення санітарної політики та впровадження карантинних практик. У цих роботах наведено детальні описи того, як у Тоскані відбувалося регулювання санітарних умов під час чуми. Ключові моменти, такі як створення тимчасових лазаретів, організація очищення міських територій та встановлення контролю за гігієнічними практиками. Особливе значення мають заборони на забруднення водних джерел. Робота Занарді «Маніфест Болоньї» містить унікальні дані про нормативні акти, видані для контролю за поширенням чуми. У 1567 році були опубліковані перші листи з інструкціями щодо очищення каналів і шлюзів, які мали на меті покращення санітарного стану міста. Згодом, у 1584 році, прийнято перші заборони на плавання в міських каналах, що демонструє поступову еволюцію заходів безпеки. Ці документи свідчать про розуміння магістратами зв'язку між інфраструктурою міста та поширенням епідемій. Наприклад, перше регулювання щодо заборони миття рослин і шовкових хробаків у міських фонтанах було прийнято в 1567 році, що відображає прагнення магістрату зменшити ризик інфікування через водні ресурси. Такі заходи можна розглядати як початок усвідомлення важливості чистоти води для запобігання епідеміям.

Для нашого дослідження ці джерела є важливими, оскільки вони демонструють, як місцева влада прагнула інтегрувати нові методи боротьби з

епідеміями, базуючись на спостереженнях і емпіричних даних. Заборони на використання водних ресурсів для господарських потреб, очищення міських інфраструктур та обмеження плавання в каналах показують зусилля, спрямовані на захист здоров'я міського населення. У контексті нашої роботи, присвяченої формуванню колективних та індивідуальних ідентичностей під час кризи, ці заходи ілюструють важливість взаємодії між владою, медиками та громадою. Вони також демонструють, як запровадження нових практик впливало на формування соціальних норм і колективного уявлення про безпеку та відповідальність у часи епідемій.

У нашому дослідженні ми звернулися до роботи нотаріуса Бенедетті [4], який перебував у Венеції під час епідемії чуми. Його свідчення є надзвичайно цінними, оскільки він не лише безпосередньо спостерігав за подіями, але й виконував важливу соціальну функцію: редагував останні заповіти постраждалих від хвороби. Його записи є унікальними, оскільки відображають не тільки стан населення під час кризи, але й містять подробиці дій влади, спрямованих на припинення епідемії.

Бенедетті у своїх нотатках детально описує, як уряд Венеції запроваджував суворі заходи для контролю за поширенням чуми. Він згадує про накази щодо ізоляції інфікованих осіб та обмеження контактів між різними верствами населення. Особливо важливими для нашого дослідження є його свідчення про соціальну напругу та зміни в поведінці міських мешканців. Наприклад, він описував, як страх перед хворобою призводив до розпаду соціальних зв'язків, втечі з міста заможних громадян і відчуження бідних верств, які залишалися на місці. Такі описи дозволяють краще зрозуміти, як криза впливала на формування колективних та індивідуальних ідентичностей.

Крім того, нотаріус звертає увагу на ключові управлінські рішення, які приймалися магістратом. Він описує впровадження карантинних заходів, зокрема відкриття лазаретів і встановлення санітарних кордонів. Особливо цікавим є його опис реакції населення на ці заходи. У своїх записах Бенедетті

згадує про супротив частини громадян, які намагалися уникнути ізоляції, та про суворі покарання за порушення карантину, що накладалися владою. Ці елементи свідчать про складний характер взаємодії між владою та суспільством у кризових умовах.

Ще одним цікавим аспектом є опис Бенедетті релігійних та культурних заходів, які супроводжували боротьбу з епідемією. Він фіксував деталі церковних процесій, благодійних акцій і молитовних зібрань, що організовувалися як відповідь на чуму. Водночас нотаріус вказує на суперечливий вплив цих заходів: хоча вони мали на меті підняти моральний дух населення, деякі з них сприяли додатковому поширенню хвороби через скупчення людей.

Робота Бенедетті є важливим джерелом для нашого дослідження, оскільки вона демонструє, як взаємодія між владою, суспільством і культурними практиками впливала на формування колективної ідентичності під час епідемії. Його спостереження також проливають світло на те, як індивідуальний досвід під час чуми міг змінювати сприйняття людей щодо влади, сусідів і власного місця в суспільстві. Таким чином, аналіз його свідчень допомагає розкрити багатоплановий вплив епідемії на соціальне та культурне життя Венеції в період чуми Святого Карла.

Ще одним важливим джерелом, яке висвітлює питання функціонування громадських установ, зокрема органів охорони здоров'я у Венеції, є праця Гаспаро Контаріні (1483–1542) «Про магістрати та улаштування Венеціанської республіки» [6]. Автор цієї роботи був кардиналом, походив із знатного венеціанського роду, що значно вплинуло на його світогляд і глибоке розуміння політичних, адміністративних та соціальних механізмів функціонування Венеціанської республіки. Завдяки широкій ерудиції Контаріні його трактат став одним із ґрунтовних описів венеціанської політичної системи епохи Відродження.

У своїй праці Контаріні детально розкриває механізми роботи магістратів, зокрема тих, які відповідали за охорону здоров'я та боротьбу з

епідеміями, що мали великий вплив на життя міста-держави. Він аналізує, як магістрати адаптували свої рішення до умов кризи, таких як чума, і як ці інституції сприяли організації боротьби з епідеміями. Особливо цінною є інформація про *Magistrato alla Sanita* - одну з перших організацій у Європі, створених спеціально для вирішення питань громадського здоров'я. Контаріні описує, як магістрат здійснював контроль за санітарними умовами, впроваджував карантинні заходи, організовував лазарети та забезпечував ізоляцію хворих.

Праця Контаріні також дозволяє зрозуміти роль громадських установ у формуванні колективної відповідальності венеціанців під час кризових явищ, таких як чума. Його опис організації управління демонструє високий рівень політичної організації республіки, яка змогла створити механізми реагування на загрози епідемії, що в багатьох аспектах випереджали свій час. Він наголошує на важливості швидкого прийняття рішень і централізованого контролю, що дозволяло зменшити вплив епідемії на суспільство та економіку міста.

Крім того, у трактаті висвітлено, як магістрати співпрацювали з іншими адміністративними та церковними органами для організації допомоги постраждалим. Контаріні підкреслює, що у Венеції була добре налагоджена система комунікації між різними соціальними інституціями, яка дозволяла ефективно розподіляти ресурси і забезпечувати виконання карантинних заходів.

Завдяки його широкому та системному аналізу ми отримуємо уявлення про функціонування управлінських структур, які не лише впливали на боротьбу з епідеміями, але й сприяли формуванню довіри до влади серед населення. Його праця дозволяє простежити, як кризові ситуації, такі як чума, ставали каталізаторами для вдосконалення адміністративних механізмів і впровадження нових підходів до управління суспільством.

Трактат Гаспаро Контаріні є не лише цінним історичним джерелом, але й важливим матеріалом для дослідження. Він допомагає зрозуміти, як

громадські установи та органи охорони здоров'я впливали на формування колективної та індивідуальної ідентичностей в умовах кризових явищ, таких як чума Святого Карла у Венеції 1575–1577 років.

До джерельної бази нашого дослідження також віднесено статuti міста Кастеллі [15], які містять важливу інформацію щодо власності госпіталів. Ці документи використані для розуміння функціонування медичних установ того часу та їхнього адміністративного підпорядкування. Статuti розкривають деталі організаційної структури госпіталів, які виконували роль у наданні медичної допомоги під час епідемій, а також дозволяють простежити, як ці заклади інтегрувалися у загальну систему міського управління.

Важливим аспектом є те, що у статутах Кастеллі наводяться положення про регулювання діяльності госпіталів, включаючи управління їхньою власністю, фінансування та обов'язки персоналу. Це дає змогу зрозуміти, яким чином місто забезпечувало підтримку госпіталів, а також який рівень контролю здійснювався з боку міської адміністрації. Зокрема, у цих документах містяться вказівки щодо джерел фінансування госпіталів, таких як пожертви, податки чи спеціальні збори, що свідчить про значення, яке приділялося цим установам у боротьбі з епідеміями.

Крім того, статuti містять норми, які регулюють взаємодію госпіталів із іншими інституціями міста. Наприклад, вони описують, як госпіталі співпрацювали з магістратом, відповідальним за санітарний стан і охорону здоров'я, а також із церквою, яка відігравала важливу роль у підтримці хворих та забезпеченні їх духовних потреб. Ця інформація є цінною для аналізу взаємозв'язків між різними соціальними групами та інституціями в умовах кризових явищ.

Особливо цікавими є положення, які регулюють права власності госпіталів, включаючи правила передачі майна, його використання та збереження. Це дозволяє отримати уявлення про довготривалу стабільність та функціональність госпітальних структур, що були важливими елементами

міського життя в умовах епідемій. Крім того, ці статути дають змогу оцінити, наскільки значним був вплив місцевої адміністрації на роботу медичних установ і яким чином вона забезпечувала їх ефективне функціонування.

Статути міста Кастеллі не лише висвітлюють функціонування госпіталів у контексті епідемій, але й дозволяють глибше зрозуміти, як ці установи впливали на формування колективної та індивідуальної ідентичностей в умовах кризи. Вони демонструють, що госпіталі були не лише медичними закладами, а й осередками соціальної допомоги, які активно брали участь у житті міської громади. Це робить статути важливим джерелом для аналізу суспільних механізмів реагування на загрози, такі як чума, та для вивчення їхнього впливу на суспільну структуру і соціальні відносини.

До цієї категорії джерел увійшли роботи, які містять важливу інформацію про лікарів того періоду, їхню діяльність та вплив на боротьбу з епідемією чуми. Особливо варто відзначити праці Джироламо Донцелліні [8], який сам був лікарем у той час і безпосередньо брав участь у подоланні епідемії.

Роботи Донцелліні надають цінний матеріал для аналізу, адже вони містять докладний опис методів і практик, які використовувалися для запобігання поширенню чуми у Венеції. У своїх працях Донцелліні критикує певні заходи та підходи, які на той час застосовувалися для боротьби з епідемією. Він висловлював сумніви щодо ефективності деяких запобіжних заходів і пропонував альтернативні шляхи вирішення проблеми. Зокрема, автор звертав увагу на важливість санітарних норм та ізоляції хворих як основних засобів стримування епідемії.

Крім того, праці Донцелліні містять глибокі розмірковування щодо причин поширення чуми. Він намагався поєднати сучасні йому наукові знання з власними спостереженнями, щоб знайти відповіді на питання, які на той час залишалися відкритими. Донцелліні описував як природні, так і соціальні фактори, що сприяли поширенню епідемії, включаючи міські умови життя, недостатню гігієну, а також специфіку взаємодії між різними

соціальними групами. Його критичний підхід до аналізу наявних медичних практик дозволяє побачити процеси формування нових уявлень про здоров'я, хвороби та заходи їх запобігання.

Особливо цікавими є спостереження Донцелліні щодо впливу соціальних умов на ефективність медичних заходів. Він наголошував на тому, що для успішного стримування епідемії необхідно враховувати не лише медичні аспекти, а й соціальні, такі як поведінка населення, ставлення до карантинних заходів та роль громадських інституцій. Він закликав до тісної співпраці між медиками та владою для координації зусиль у боротьбі з епідеміями.

Праця Джироламо Донцелліні є не лише важливим джерелом для вивчення медичної історії, але й ключем до розуміння соціальних і культурних трансформацій, що відбувалися у Венеції під час епідемії. Вона окреслює, як формувалися колективні та індивідуальні ідентичності в умовах кризи, а також показує, як медицина того часу стала важливим інструментом у боротьбі з глобальними загрозами.

До цього переліку важливих медичних діячів додається лікар Антоніо Порту [18], який зробив вагомий внесок у спроби зрозуміти природу та сутність чуми. У своїй роботі він прагнув визначити справжню природу хвороби, розглядаючи її з точки зору сучасних йому знань і досвіду. Антоніо Порту виділявся серед своїх сучасників критичним ставленням до класичних уявлень про чуму, що базувалися на працях античного лікаря Галена.

Зокрема, Порту наголошував на важливості відрізнення справжньої чуми від інших захворювань, які зазвичай ототожнювалися з нею. Він зазначав, що описані Галеном симптоми не повністю відповідали клінічній картині епідемій, які спостерігалися в Європі в епоху Ренесансу. Порту активно критикував ідеї Галена про міазми як основне джерело хвороби. Він заперечував, що чума виникає через забруднене повітря, вказуючи на її інфекційний характер. Таким чином, він став одним із тих лікарів, які почали ставити під сумнів традиційні міазматичні теорії й розвивати нові підходи до

розуміння природи епідемій.

Антоніо Порту вважав, що ключ до подолання чуми лежить у розумінні її інфекційного характеру та шляхів передачі. Його роботи, попри обмеженість наукових інструментів тієї епохи, демонструють прагнення до емпіричного підходу в медицині. Він закликав своїх колег звертати більше уваги на спостереження та дослідження реальних випадків захворювання, що дозволяло б більш точно визначати шляхи передачі інфекції та розробляти ефективні заходи для її стримування.

Важливо зазначити, що праці Порту вплинули на розвиток медичних знань свого часу. Його підхід до аналізу сутності чуми та її походження є важливим кроком у переході від домінування класичних теорій до більш сучасних уявлень про інфекційні захворювання. Його критика традиційних поглядів і спроби шукати нові шляхи пояснення явищ стали вагомим внеском у медичну науку та боротьбу з епідеміями.

Робота Антоніо Порту також має значення в контексті дослідження, оскільки вона ілюструє зміни в медичних уявленнях і їхній вплив на колективні та індивідуальні ідентичності в умовах кризових ситуацій, таких як епідемії чуми. Праці Порту демонструють, як наукове осмислення епідемій впливало на суспільство, формуючи нові підходи до організації охорони здоров'я та ставлення до хвороби.

Ще одним важливим лікарем, чиї праці стали джерелом для нашого дослідження, був сицилійський протомедіко Джованні Філіппо Інграсія [14]. Його роботи мають особливе значення, оскільки вони відображають медичні дебати та практики, що існували в епоху Ренесансу, а також демонструють спроби інтеграції античних знань у реальну практику боротьби з епідеміями.

Інграсія суворо дотримувався галенівського визначення епідемії, що викликало значний резонанс серед його сучасників. Він стверджував, що не всі заразні хвороби можна називати «справжньою чумою», наполягаючи на необхідності чіткого розрізнення між різними видами захворювань. Особливо це було помітно під час епідемії 1558 року, яку Інграсія

досліджував. Згідно з його висновками, хвороба, що тоді поширювалася, не мала звичних для чуми симптомів, таких як бубони чи плями на тілі. Інграсія припускав, що ця хвороба, ймовірно, була не чумою, а грипом. Це твердження було важливим у контексті медичних дискусій того часу, адже воно підкреслювало потребу в точній діагностиці та обґрунтованому підході до класифікації захворювань.

Інграсія зробив вагомий внесок у розвиток епідеміологічних знань свого часу, наполягаючи на використанні чітких критеріїв для визначення природи інфекційних захворювань. Його праці демонструють, як античні теорії, зокрема вчення Галена, були адаптовані та переосмислені в умовах Ренесансу. Попри те, що він залишався вірним багатьом галенівським принципам, його підхід до аналізу епідемій свідчив про прагнення до більшої точності та емпіричності в медичних дослідженнях.

Праця Джованні Філіппо Інграсії є важливим джерелом для вивчення того, як лікарі Ренесансу намагалися осмислити природу епідемій і розробляти ефективні стратегії боротьби з ними. Його критичний аналіз дозволяє простежити, як медична спільнота поступово переходила від універсальних теорій античності до більш диференційованого та емпіричного підходу, що враховував специфіку окремих захворювань.

Для дослідження робота Інграсії є цінним джерелом, оскільки вона демонструє, як медичні знання впливали на суспільні уявлення про хвороби, зокрема чуму, і сприяли формуванню колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах епідемій. Вона також ілюструють, як медики, використовуючи інтелектуальний спадок античності, намагалися адаптувати його до сучасних їм викликів і реалій.

Цікавим і багатим джерелом для нашого дослідження стали дві праці Анніабале Раймондо, який був не лише астрологом, але й медиком, - «Дискурс» [20] та «Вибачення» [19]. Цей автор розпочинав свою кар'єру як військовий, але згодом обрав шлях інтелектуальних досліджень, присвятивши себе вивченню філософії, астрології та медицини в провідних

університетах Італії - Падуї та Болоньї. Після завершення навчання він прибув до Венеції, де прожив понад 30 років, маючи можливість тісно взаємодіяти з місцевим населенням та спостерігати за соціальною і медичною ситуацією у місті.

Роботи Раймондо є унікальними, оскільки вони поєднують наукові знання того часу з астрологічними спостереженнями. У своїх працях він описує витоки та причини чуми, яка охопила Венецію, аналізуючи їх з точки зору природничих і астрономічних факторів. Автор акцентує увагу на впливі змішування солоної та прісної води у венеціанських колодязях, що, на його думку, стало одним із ключових чинників поширення хвороби.

У «Дискурсі» Раймондо детально розглядає, як соціальні, економічні та екологічні чинники впливали на поширення епідемії. Наприклад, він зазначає, що бідне населення, яке не мало змоги уникати забрудненої води, було особливо вразливим до хвороби. Крім того, він вказує на роль антисанітарних умов у погіршенні ситуації. У своїй другій праці, «Вибачення», автор захищає свої ідеї, висловлені у першій роботі, та пропонує практичні рекомендації щодо поліпшення умов життя у місті для запобігання подальшим спалахам епідемій.

Анніабале Раймондо також був відомий тим, що застосовував міждисциплінарний підхід у своїх дослідженнях, поєднуючи медичні знання, філософські концепції та астрологічні спостереження. Це робить його праці не лише корисними для розуміння медичних і санітарних викликів того часу, але й важливими для аналізу культурного контексту, в якому виникала і розвивалася боротьба з епідеміями.

Праці Раймондо є цінними для нашого дослідження, оскільки вони допомагають зрозуміти, як епідемії впливали на формування колективних та індивідуальних ідентичностей у Венеції. Вони також ілюструють, як людина епохи Ренесансу намагалася поєднати традиційні уявлення про світ з новими знаннями і спостереженнями, адаптуючи їх до викликів, пов'язаних із масштабними кризами, такими як чума.

Ще одним важливим джерелом для дослідження епідемій у Венеції та їх впливу на соціальну структуру та медичну практику стала праця лікаря Антоніо Глісенті [12]. Глісенті тривалий час проживав у Венеції та мав змогу стати очевидцем багатьох важливих подій, пов'язаних із боротьбою з епідеміями, зокрема чуми 1576 року. У своїй роботі він описує умови, у яких місто намагалося впоратися із цим викликом, а також заходи, які впроваджувалися для стримування поширення хвороби. Він акцентує увагу на значенні гігієни, дезінфекції та ізоляції інфікованих, а також на викликах, пов'язаних із підтриманням соціального порядку в умовах кризи.

Антоніо Глісенті також звертав увагу на важливість аналізу шляхів передачі хвороби, зокрема через контакти з інфікованими речами та продуктами. У своїх описах він фіксує реальні випадки, які підтверджували ці припущення, наприклад, зараження через одяг або меблі. Його робота допомагає зрозуміти, як медики того часу використовували спостереження для формування нових теорій і методів боротьби з епідеміями, навіть якщо ці методи ще не мали сучасного наукового підґрунтя.

Іншою важливою постаттю в медичній історії Венеції став Нікколо Масса [16]. Масса, будучи досвідченим лікарем, був запрошений венеціанським урядом для допомоги місту під час однієї з епідемій чуми. Його праця надає нам уявлення про те, як організовувалася медична допомога в умовах масштабної кризи. Він детально описував свою практику, яка охоплювала лікування як багатих, так і бідних верств населення. У його роботі також приділяється увага соціальним та економічним аспектам епідемії, які часто були тісно переплетені з медичними викликами.

Нікколо Масса відзначав, що під час чуми особливо важливим було враховувати умови життя різних соціальних груп, адже бідність і антисанітарія значно підвищували ризик поширення хвороби. Він також підкреслював необхідність суворого контролю за рухом населення та товарів для зниження ризику зараження. Його спостереження стали важливим внеском у розуміння того, як уряд і медики могли адаптувати свої методи для

кращого реагування на кризові ситуації.

Обидві роботи - Антоніо Глісенті та Нікколо Масси - є цінними джерелами для дослідження, адже вони не лише фіксують медичні практики свого часу, а й дозволяють проаналізувати, як різні соціальні групи реагували на кризу та як формувалися індивідуальні й колективні ідентичності в умовах епідемії.

У дослідженні були задіяні праці, що висвітлюють різні підходи до боротьби з чумою та демонструють протиставлення поглядів лікарів того часу. Зокрема, робота Алессандро Рігі [21] привертає увагу своїм запереченням того, що Флоренція у 1630 році стикнулася зі справжньою чумою. Його позиція була однією з багатьох у наукових дискусіях того часу, які часто відображали суперечливість думок лікарів щодо природи епідемії, її симптомів і шляхів боротьби з нею. Рігі вказував на відмінності між чумою, описаною в античній літературі, та тією, що спостерігалася в реальності, наголошуючи на необхідності детального спостереження та аналізу випадків захворювань.

Іншим важливим джерелом є праця Агресто де Бруччі «Секрети медицини» [22], у якій текст доповнено важливим ілюстративним матеріалом, що надає уявлення про вигляд лікарів та їхню діяльність під час епідемій. Особливу увагу в цій роботі привертають зображення чумних лікарів та опис їхніх інструментів і методів лікування. Однією з ключових ілюстрацій є зображення лікаря, що працював у період поширення чуми [див. дод. В].

Джузеппе Марія Мітеллі [2] у своїй роботі також надає цінний ілюстративний матеріал, який допомагає сформувати уявлення про відмінності між професійними лікарями та шарлатанами. Його ілюстрації [див. дод. Г] створюють яскравий образ соціальної ієрархії та ролей медиків і самозванців, які часто пропонували свої послуги під час кризових ситуацій.

Важливим джерелом для дослідження медичних практик стало видання Чинтіно д'Амато «Нова та найкорисніша практика усього, що стосується

старанного цирульника» [7]. У ньому викладено матеріал, що стосується кровопускання, яке вважалося одним із ключових методів лікування в тогочасній медицині. Робота також містить ілюстрації, які демонструють знаряддя для виконання кровопускання та пояснюють, як саме цей метод застосовувався [див. дод. Г, Д].

Ще однією визначною працею є книга Томазо Бартоліні «Про анатомічні та медичні диковини» [3], видана в 1661 році. У цій роботі надається опис чумного костюма, зокрема його відомої «носатої» маски, яка використовувалася лікарями під час епідемій. Маска, яка мала захищати медиків від зараження, також стала символом боротьби з чумою. У роботі детально описано, як виглядав цей костюм, і наведено ілюстрації [див. дод. Е]. Це дозволяє глибше зрозуміти не лише практичну функцію таких костюмів, а й їхню роль у формуванні символічного образу чумних лікарів.

Залучені джерела надають матеріал для нашого дослідження, оскільки вони допомагають реконструювати уявлення про медичну практику та соціальні аспекти боротьби з епідеміями у ранньомодерний період.

Для глибшого аналізу процесу формування лікарської спільноти в італійських містах було залучено працю Сципіона Меркуріо (1550–1615), видатного медика, професора логіки та математики, який залишив значний слід у розвитку медичної науки. У своїй роботі «Помилки населення Італії» [17] автор детально описав процес становлення медичної професії в Італії, зокрема, які соціальні групи долучалися до цієї діяльності та як це впливало на загальну медичну культуру того часу. Меркуріо підкреслював важливість освіти для медиків, а також звертав увагу на певні помилки та недоліки в медичній практиці, які були притаманні його епосі. Його праця дозволяє зрозуміти, яким чином формувалися лікарські плеяди в італійських містах і які виклики стояли перед медиками у боротьбі з епідеміями.

Для дослідження аптекарської справи, а також особливостей застосування лікарських засобів під час епідемій було залучено працю Андреа Граціоло «Поради про те, як позбутися чуми» [13]. Автор, будучи

лікарем, жив у кінці XVI століття і зосереджував свою увагу на питаннях профілактики та лікування епідемічних захворювань. У своїй роботі Граціоло детально описує методи боротьби з чумою, зокрема, рекомендує використання різних лікарських засобів, таких як ароматичні речовини, мазі та настоянки, які, на його думку, могли захистити людину від зараження. Він також торкається питання моральної відповідальності лікарів перед пацієнтами, що було особливо актуальним в умовах епідемії.

Обидві праці відіграють важливу роль у дослідженні, оскільки дозволяють реконструювати історичний контекст формування професійної ідентичності лікарів, їхніх підходів до лікування, а також соціальних очікувань від медиків у період кризи. Вони демонструють, як лікарі впливали на формування колективних та індивідуальних ідентичностей у часи епідемії та як їхні практики відображалися на соціальній структурі італійських міст.

Таким чином, джерельна база, що охоплює не тільки різноманітні аспекти дослідження чуми святого Карла у Венеції в 1575–1577 роках, дозволяє простежити еволюцію уявлень про епідемії з плином часу. Це включає погляди як лікарів, які безпосередньо боролися з чумою, так і літературних діячів, таких як Джованні Боккаччо, чия творчість відображає колективну пам'ять і соціальні переживання епідемії. Використання цих джерел надає змогу дослідити, як формувалися і змінювалися колективні та індивідуальні ідентичності під впливом кризи, а також як різні суспільні верстви адаптувалися до нових реалій.

Особливу цінність для дослідження становлять праці лікарів, котрі були безпосередніми учасниками подій. Їхні роботи не лише розкривають рівень освіченості ренесансних медиків, але й демонструють, наскільки різними були підходи до розуміння та лікування чуми. Крім того, вони дозволяють порівняти професійну компетентність лікарів з обізнаністю нотаріусів та інших представників немедичних професій у питаннях, що стосувалися сучасної їм медицини. Це, в свою чергу, проливає світло на рівень обізнаності різних верств суспільства щодо проблем охорони здоров'я.

Що стосується впроваджень магістрату, то ці джерела є унікальними для розуміння того, як започатковувалася система державної політики у сфері охорони здоров'я. Ці заходи демонструють початок становлення інституційної політики щодо охорони здоров'я, яка стала фундаментом для подальшого розвитку медичних та соціальних практик.

Джерельна база також дозволяє виявити, яким чином магістрат працював з різними соціальними групами, від лікарів до ремісників, залучаючи їх до боротьби з епідемією. Така взаємодія стала важливим чинником формування колективної ідентичності венеціанців, об'єднаних спільною метою виживання. Джерела дозволяють глибше зрозуміти, як магістрат, лікарі та літературні діячі взаємодіяли у цьому процесі, а також які уроки були винесені з цих кризових обставин для подальшої організації охорони здоров'я.

Таким чином, джерела дослідження не лише надають інформацію про медичні та адміністративні заходи, але й дозволяють реконструювати соціальні та культурні процеси, що відбувалися у Венеції під час епідемії. Вони розкривають досвід венеціанців, які, стикаючись з викликами, створили модель, що не лише вплинула на управління кризами у наступні століття, але й залишила вагомий внесок у формування сучасних підходів до боротьби з епідеміями.

**1.3 Методико-термінологічна база дослідження.** Для дисертації на тему «Формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах кризових явищ (на прикладі чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.)» було застосовано комплексну методологію, яка дозволила дослідити тему з міждисциплінарного та багатовимірною підходу. Ось детальний опис методів у контексті окремих розділів роботи:

У першому розділі були застосовані наступні методи: *історико-проблематичний метод*. Використовувався для аналізу історіографії теми, окреслення основних напрямків досліджень, що існували до цього моменту. Завдяки цьому методу було виявлено, як вивчалася чума Святого Карла у

Венеції в історичній літературі та які підходи переважали в дослідженнях. *Метод аналізу та синтезу*. Застосовувався для систематизації джерельної бази: літератури, офіційних документів, медичних трактатів та репрезентацій чуми. Це дозволило виокремити основні категорії джерел. *Джерелознавчий метод*. Вивчення автентичних текстів: декретів, постанов, праць лікарів того часу. Аналіз текстів дозволив зрозуміти, як державна адміністрація та інші соціальні групи документували чуму.

Методи другого розділу: *історико-порівняльний метод*. Застосовувався для порівняння реакції Венеції на чуму із заходами, прийнятими в інших містах Апеннінського півострова. Допоміг визначити унікальність карантинних структур та практик у Венеції. *Метод індукції та дедукції*. Аналіз поширення системи карантину з Венеції та її адаптації в інших регіонах. Оцінка того, як практики, розроблені у Венеції, стали моделлю для інших міст-держав. *Антропо-соціальний метод*. Використовувався для вивчення поведінки населення у кризових умовах, реакцій на карантинні заходи, впливу чумної епідемії на соціальні структури. *Метод опису та виміру*. Був корисним для систематизації практик лікування, профілактики та управління епідеміями, розгляду медичних, соціальних і політичних аспектів. *Метод історико-типологічного аналізу*. Досліджувався образ чумного лікаря, який став своєрідним символом епохи, його функції та еволюція ролі в умовах епідемії.

У третьому розділі були застосовані методи: *історико-порівняльний метод*. Використовувався для виявлення специфіки колективної ідентичності різних соціальних груп у Венеції: магістрату, лікарів, торговців, моряків. Наприклад, як магістрат легітимував свою владу через контроль над санітарними заходами, а релігійні братства формували ідентичність через милосердя та опіку. *Історико-проблематичний метод*. Дозволив визначити ключові виклики, з якими стикалися окремі групи в умовах чуми, та їх реакції на ці виклики. *Метод аналізу та синтезу*. Сприяв систематизації різних аспектів формування колективної ідентичності на основі джерел та

репрезентацій. *Метод індукції та дедукції.* Використовувався для реконструкції взаємодії різних соціальних груп у кризових умовах.

Методи четвертого розділу: *біографічний метод.* Аналіз персональних історій, листувань, щоденників окремих осіб, що дозволило реконструювати індивідуальні стратегії поведінки в умовах кризи. *Метод історико-психологічного аналізу.* Дозволив дослідити, як психологічні аспекти впливали на формування ідентичності та поведінку людей. *Антропо-соціальний метод.* Вивчення впливу епідемії на індивідуальну ідентичність через призму взаємин у сім'ї, релігійній громаді, професійній групі.

Поєднання класичних історичних методів та міждисциплінарного підходу дозволило розглянути формування колективних та індивідуальних ідентичностей в умовах чуми Святого Карла з різних сторін: від макрополітичних структур до особистих трагедій і досвідів. Це забезпечило комплексне висвітлення теми та дозволило встановити нові наукові інтерпретації.

Далі перейдемо до термінів, які потребують пояснення, а саме індивідуальна ідентичність, колективна ідентичність та кризові явища

*Індивідуальна ідентичність* - це унікальний набір характеристик, якостей, переконань і досвіду, які визначають конкретну особу. Це поняття стосується того, як людина розуміє себе, хто вона є, які риси її визначають, і як вона співвідносить себе з іншими людьми чи соціумом. Індивідуальна ідентичність є ключовим елементом самосвідомості і часто формується в результаті взаємодії генетичних факторів, виховання, культури, особистого досвіду та соціального оточення.

Компоненти індивідуальної ідентичності: *фізична ідентичність* - це аспекти, що стосуються фізичних характеристик, таких як зовнішність, тіло, здоров'я та фізичні можливості. Людина може ототожнювати себе з певними фізичними особливостями (наприклад, зріст, колір волосся) або їх змінами. *Психологічна ідентичність* - пов'язана з внутрішнім світом, думками, емоціями, цінностями, переконаннями, рисами характеру та когнітивними

здібностями. Це те, як особа сприймає себе в контексті своєї унікальності як особистості. *Соціальна ідентичність* - це ідентичність у межах соціальних груп, до яких належить індивід. Наприклад, роль у сім'ї (мати, брат, донька), статус у суспільстві (лікар, студент), національна, релігійна чи професійна приналежність. *Культурна ідентичність* - охоплює зв'язок особи з певною культурою, звичаями, традиціями, мовою та історією. Вона є важливою складовою того, як людина ідентифікує себе як частину культурної спільноти. *Гендерна ідентичність* - це розуміння та переживання себе як чоловіка, жінки, або іншої гендерної ідентичності. Вона також включає ставлення до власного тіла та гендерної ролі. *Професійна ідентичність* - сприйняття себе через професійну діяльність та роль у трудовій сфері. Це може бути пов'язане з кар'єрними цілями, досвідом і досягненнями. *Моральна ідентичність* - відображає особисті етичні принципи, моральні переконання та систему цінностей, які впливають на прийняття рішень і поведінку людини. *Ідентичність досвіду* - це те, як особа сприймає і розуміє себе через призму свого життєвого досвіду, наприклад, подолання труднощів, здобуття успіхів або вивчення нового.

За типом індивідуальна ідентичність може бути: *динамічною* - ідентичність змінюється з часом під впливом зовнішніх факторів, таких як зміна середовища, життєвих обставин або отримання нового досвіду. *Контекстуальною* - людина може проявляти різні аспекти своєї ідентичності залежно від ситуації чи соціального середовища. Наприклад, у родині особа є батьком чи матір'ю, а на роботі - професіоналом. *Автентичною* - відчуття справжності та гармонії з самим собою, коли людина діє відповідно до своїх внутрішніх переконань і цінностей. *Конфліктною* - виникає, коли окремі елементи ідентичності суперечать один одному. Наприклад, професійні обов'язки можуть вступати в конфлікт із сімейними цінностями. *Стійкою* - сформована ідентичність, яка має глибокі основи і є менш схильною до змін упродовж життя.

Процес формування індивідуальної ідентичності починається в дитинстві й продовжується протягом усього життя. Основними факторами є: *родинне середовище* - перші приклади і моделі поведінки; *Освіта і соціалізація* - взаємодія з друзями, вчителями, колегами; *Культурний вплив* - традиції, цінності та культурні норми; *Кризи та труднощі* - випробування, які формують характер і світогляд.

Індивідуальна ідентичність є фундаментальною для розуміння поведінки, мотивації та способу сприйняття себе й світу. Вона дозволяє людині зрозуміти своє місце в соціальному середовищі та взаємодіяти з іншими [121].

*Колективна ідентичність* – це поняття, яке стосується спільного відчуття «ми» серед групи людей, яке формується через взаємодію, обмін досвідом, спільні цінності, символи та цілі. Вона базується на усвідомленні своєї приналежності до певного колективу або спільноти, а також на визнанні спільної мети чи інтересів. Це поняття аналітично відрізняють від особистої та соціальної ідентичності, хоча всі три типи взаємодіють і перетинаються.

Колективна ідентичність є ключовою для розуміння того, як люди організовуються в групи, як групи діють спільно, та як вони формують спільне агентство для досягнення цілей, вирішення проблем чи захисту своїх інтересів.

Компоненти та сутність колективної ідентичності: *відчуття «ми»* - центральним аспектом колективної ідентичності є усвідомлення спільної приналежності, яке вирізняє членів групи від «інших». Це може базуватися на загальних цінностях, ідеології, походженні, досвіді або цілях. *Символічне вираження* - колективна ідентичність часто виражається через символи, такі як прапори, емблеми, гасла, традиції, спільні ритуали чи навіть мова. Ці символи слугують засобом зміцнення спільного почуття ідентичності та підтримки єдності. *Колективне агентство* - колективна ідентичність формує підґрунтя для спільних дій. Вона дозволяє групам координувати свої зусилля для досягнення спільних цілей, захисту своїх інтересів чи просування

ідеології. *Спільний досвід* - колективна ідентичність базується на спільному досвіді, який може бути позитивним (святкування, досягнення) або негативним (пригнічення, боротьба за права, епідемії). Цей досвід допомагає зміцнити відчуття «ми» серед учасників групи.

Колективна ідентичність може проявлятися у різних формах, залежно від контексту та групи, до якої належить індивід. Основні типи включають: *Етнічна ідентичність* - базується на спільному етнічному походженні, культурних традиціях, мові та історії. Наприклад, спільна ідентичність українців, сформована на основі історичних та культурних факторів. *Релігійна ідентичність* - виникає на основі спільної віри, релігійних обрядів та духовних цінностей. Релігійна ідентичність об'єднує людей у межах конфесій чи релігійних спільнот. *Гендерна ідентичність* - спрямована на усвідомлення спільних інтересів і проблем людей певної статі. Наприклад, жіночі рухи, що борються за гендерну рівність. *Національна ідентичність* - визначається приналежністю до конкретної нації, що включає спільну мову, територію, культуру та історію. *Соціальна ідентичність* - стосується соціальних рухів, наприклад, боротьби за права робітників, екологічні рухи чи рухи за соціальну справедливість. *Ідеологічна ідентичність* - заснована на спільних політичних чи ідеологічних переконаннях. Наприклад, групи, які підтримують певну ідеологію (демократія, анархізм, соціалізм тощо).

Роль колективної ідентичності в кризових явищах. Колективна ідентичність особливо важлива в умовах кризових ситуацій, таких як війни, епідемії чи соціальні катаклізми. У такі моменти групи людей формують спільне відчуття солідарності, що допомагає їм протистояти викликам. Наприклад, під час чуми у Венеції 1575–1577 рр. сформувалися різні колективні ідентичності, які разом боролися з кризою, демонструючи приклад колективного агентства.

Колективна ідентичність є складним феноменом, що об'єднує індивідів у межах групи на основі спільних цінностей, символів, цілей та досвіду. Вона відіграє важливу роль у формуванні соціальних рухів, консолідації спільнот у

кризові моменти та підтримці групової солідарності. Розуміння різновидів колективної ідентичності дозволяє краще аналізувати соціальні процеси, що впливають на суспільство [65].

*Кризові явища* – це сукупність негативних подій чи обставин, які суттєво впливають на стабільність та функціонування соціальних, економічних, політичних, або культурних систем. Ці явища можуть бути викликані природними катастрофами, військовими конфліктами, економічними кризами, епідеміями чи іншими масштабними потрясіннями.

У кризових ситуаціях суспільства стикаються із загрозою своїй безпеці, добробуту та звичному способу життя. Приклади кризових явищ включають пандемію COVID-19, військові дії, фінансові рецесії та глобальні зміни клімату.

Кризові явища мають комплексний вплив, оскільки вони не лише створюють нові виклики для економічної стабільності та соціального порядку, але й суттєво змінюють свідомість людей, їх поведінку та ідентичність.

Як кризові явища впливають на зміну ідентичності? Кризові явища здатні трансформувати як *колективну*, так і *індивідуальну ідентичність*, оскільки вони змінюють обставини, в яких існують люди та спільноти. Вплив кризи на ідентичність можна розглядати через кілька основних аспектів: *консолідація спільнот* - у кризових умовах, таких як війна чи пандемія, спільноти часто об'єднуються навколо спільних цілей і цінностей. *Перегляд цінностей* - кризи змушують суспільства переосмислювати свої пріоритети. *Символічне переосмислення* - у складних обставинах символи, такі як прапори, гасла чи релігійні ритуали, набувають особливого значення і стають основою для відчуття єдності.

*Криза ідентичності* - кризові явища можуть поставити під сумнів звичне уявлення людини про саму себе. *Формування нової ідентичності* - у нових обставинах люди змушені адаптуватися до змін. *Посилення особистої ролі* - криза часто змушує людей брати на себе більше відповідальності.

*Зміни в культурних практиках* - кризові події можуть трансформувати культурні звички, традиції та навіть мовні норми. *Політизація ідентичності* - кризи часто активізують політичні рухи, які базуються на колективних ідентичностях, таких як національна, етнічна чи релігійна.

*Професійна переорієнтація* - економічні кризи, як-от масові звільнення, змушують людей переосмислювати свою професійну ідентичність. *Соціальна нерівність* - у кризові часи посилюється усвідомлення соціальної нерівності, що може формувати нові ідентичності протесту чи солідарності.

Кризові явища мають значний вплив на ідентичність, трансформуючи як індивідуальне уявлення про себе, так і колективне сприйняття спільноти. Вони можуть створювати нові ідентичності, посилювати існуючі або змінювати їхній зміст. Розуміння взаємозв'язку між кризовими явищами та ідентичністю є важливим для аналізу соціальних, культурних і політичних процесів [137].

Таким чином, було сформовано методико-термінологічну основу дисертації, яка забезпечує послідовний перехід від аналізу історіографії та джерел до реконструкції соціальних практик і механізмів формування ідентичностей у Венеції під час чуми 1575–1577 рр. Застосування комплексу класичних історичних методів (історико-проблематичного, джерелознавчого, аналізу й синтезу, порівняльного, індукції/дедукції) у поєднанні з антропо-соціальним, біографічним та історико-психологічним підходами дозволяє одночасно працювати з різними рівнями реальності - від інституційних рішень і міських практик до повсякденних стратегій виживання та персональних реакцій на кризу. Саме така міждисциплінарна комбінація методів є доцільною для дослідження чуми як явища, що трансформувало не лише демографічні показники та соціальні структури, а й способи саморозуміння, солідарності та приналежності.

Окреслені в підрозділі поняття **індивідуальної ідентичності, колективної ідентичності та кризових явищ** уточнюють аналітичний словник роботи й мінімізують ризик термінологічної розмитості. Їх

операціоналізація важлива для подальших розділів дисертації, оскільки дає змогу розрізняти: (1) індивідуальні моделі самоідентифікації та поведінки в умовах загрози; (2) колективні форми «ми»-належності, що оформлювалися через ритуали, інституційні практики та спільний досвід; (3) специфіку епідемії як кризового чинника, який водночас руйнує звичні соціальні порядки й продукує нові форми контролю, взаємодопомоги та символічного переосмислення. Таким чином, методологічний і термінологічний каркас підрозділу створює надійну основу для аргументованого аналізу того, як саме венеційське суспільство переживало чуму Святого Карла та як у цьому процесі формувалися колективні й індивідуальні ідентичності.

**1.4 Концепції дослідження індивідуальної та колективної ідентичності.** Слід додати, що мікроісторія та історії повсякденності становлять одну з провідних методологій дослідження індивідуальних ідентичностей у кризових ситуаціях. Як наголошує Джон Брюер, поява мікроісторії у другій половині ХХ ст. була реакцією на кризу «великих наративів» і модернізаційних схем. Він протиставляє «prospect history» - макропогляд, орієнтований на державу, економіку чи «великі процеси», - «refuge history», яка наближається до досвіду індивідів та їхніх повсякденних практик [50].

У цьому контексті ключовими стали праці італійської *microstoria*. Зокрема, Джованні Леві наголошував, що завдання мікроісторії полягає не у відтворенні загальних структур, а у фіксації «постійних переговорів, маніпуляцій і виборів», які індивіди здійснюють у межах нормативних рамок [108; 122, с. 8]. Аналогічно, Едоардо Гренді запропонував концепцію «виняткового як норми», яка передбачає дослідження атипових або маргінальних випадків як ключа до ширших закономірностей [96; 122, с. 9]. Класичним прикладом такого підходу стали праці Карло Гінзбурга [94] Метою його праці є реконструкція світогляду італійського мірошника Меноккіо ХVІ століття на основі інквізиційних документів, які дозволяють простежити індивідуальні ідеї та переконання людини, що не залишила

власних письмових свідчень. Зосереджуючись на одній постаті, автор прагне виявити культурні механізми, які зазвичай залишаються непомітними в узагальнених історичних наративах.

Дослідження не є історією ереси у вузькому сенсі, а радше аналізом індивідуальної свідомості, сформованої на перетині усної традиції та писемної культури. Інквізиційні протоколи розглядаються як упереджене, але водночас унікальне джерело доступу до думок соціально маргіналізованих осіб; їхні суперечності та замовчування дозволяють почути «голоси принижених». Саме тому судові записи пропонується читати «всупереч тексту», звертаючи увагу не лише на зафіксовані висловлювання, а й на те, що залишається невисловленим [94].

Карло Гінзбург показує, що мікроісторія сформувалася в Італії наприкінці 1970-х років як метод свідомого зменшення масштабу аналізу з метою глибшого розуміння соціальних процесів. На його думку, мікроісторія - це не просто дослідження «малого», а аналітичний підхід, який дозволяє через окремий випадок виявити ширші соціальні структури [94, с. 10-11].

На відміну від кількісної історії, що усереднює досвід, мікроісторія зосереджується на унікальних і «аномальних» випадках, здатних висвітлити приховані механізми соціального життя [94, с. 21-23]. Гінзбург наголошує на необхідності постійного руху між мікро та макрорівнями аналізу, підкреслюючи неможливість прямого перенесення висновків між ними - принцип, який він означає як «закон рівнів» [94, с. 27-28]. Метою мікроісторії є показ того, як загальні процеси проявляються в конкретному, без втрати історичної специфіки [94, с. 28].

Брюер підкреслює, що мікроісторія та історії повсякденності не відкидають «великі питання» (державність, релігія, капіталізм), але прагнуть виявити, як їхнє розгортання відчували ті, кого вони безпосередньо стосувалися [50, с. 8-9]. Тут показовими стали праці Наталі Земон Девіс [74] та Еммануеля Ле Руа Ладюрі [106], які через приватні історії та локальні спільноти висвітлили ширші релігійні й соціальні трансформації [50].

Важливим аспектом *microstoria* є робота з архівами: інституційні джерела - судові та церковні акти - розглядаються не лише як свідчення влади, а й як матеріал для реконструкції досвіду підлеглих груп. Цей підхід перегукується з німецькою *Alltagsgeschichte*, яка, за Гансом Медиком [112] та Альфом Лютдже [110], прагнула поєднати соціальну історію з антропологічними методами для виявлення повсякденних практик та «малих дій» у межах великих структур.

Інший методологічний вплив на мікроісторію справили ідеї культурної антропології, насамперед «*thick description*» Кліффорда Гірца [88], що дозволили історикам побачити повсякденність як «тканину значень». Водночас у дослідженнях культури споживання Карло Поні [122] та Пітер Берк [54; 55] заклали підвалини для інтеграції мікроісторії в економічну й соціокультурну історію [50].

У французькій історіографії мікроісторія була поєднана з традиціями школи «Анналів», що привело до формування «мультископічної історії», де мікро й макропідходи взаємодоповнюють одне одного [131, с. 7-8]. У німецькому контексті близьким напрямом стала *Alltagsgeschichte* («історія повсякденності»), зорієнтована на досвід звичайних акторів, насамперед у ХХ ст. [131, с. 9]. Це дозволяє проводити паралелі з вивченням повсякденних практик венеційців у часи епідемії.

Головним методологічним викликом З. Б. Сімон називає проблему «мікро–макро зв'язку» [131, с. 10-11]. Іштван Сіярто пропонує «фрактальну модель», за якою окремий випадок відображає загальні закономірності [131, с. 12]. Сігурдур Гілфі Магнуссон натомість розвиває ідею «сингуляризації історії», що акцентує унікальність кожного випадку та відмову від «великих наративів» [131, с. 13-14].

Таким чином, мікроісторія постає не як чітко визначений метод, а як перспектива, що дозволяє реконструювати «повноту людських інтересів, емоцій і переживань» у конкретному історичному контексті [131, с. 15]. Це робить її продуктивною для аналізу індивідуальних ідентичностей у Венеції

періоду чуми Святого Карла, коли локальні досвіди віддзеркалювали глобальні виклики.

У підсумку, як зазначає Брюер, завдяки поєднанню цих традицій мікроісторія та історії повсякденності запропонували «більш реалістичний опис людської поведінки» й дозволили повернути у фокус «мовчазні голоси» минулого. Саме такий підхід є релевантним для дослідження індивідуальних та колективних ідентичностей у Венеції часів чуми 1575–1577 рр., де повсякденні практики й особистий досвід були тісно вплетені в тканину кризових процесів [50].

Методологічне підґрунтя даної роботи спирається на підходи, запропоновані у рамках «нової історії», зокрема мікроісторії, історії тіла та гендерної історії.

Як підкреслює Пітер Берк у вступній статті [54], зрушення від традиційної політичної історії до історії повсякденності, ментальностей та культури було відповіддю на потребу розширити поле історичних досліджень і включити «мовчазні голоси» соціуму [54, с. 1-10]. Цей підхід відкрив можливість аналізувати кризові явища не лише через інституційні механізми, а й через щоденний досвід індивідів.

Джованні Леві у своїй статті наголошує, що мікроісторія досліджує «постійні переговори» між індивідом та соціальними структурами, розкриваючи тактики пристосування та опору в умовах влади і культурних обмежень [108, с. 97-120]. При цьому він спирається на концепцію Едоардо Гренді, що визначав принцип «виняткового як норми», коли поодинокі, маргінальні випадки дають змогу розкрити ширші закономірності соціального життя [96; 108, с 100].

Джоан Скотт у статті *Women's History* підкреслює, що жіноча історія та гендерні студії радикально змінюють перспективу аналізу, дозволяючи побачити соціальні структури ідентичностей у їхній динаміці та контингентності [129, с. 50-55]. Для дослідження чуми у Венеції 1575–1577

рр. цей підхід важливий тим, що дозволяє врахувати досвіди вразливих груп, зокрема жінок, у процесі формування колективних ідентичностей.

У свою чергу, Рой Портер у статті *History of the Body Reconsidered* наголошує, що тіло є не лише біологічною, але й культурною категорією. Воно стає ареною, де перетинаються медичні, релігійні та соціальні дискурси, визначаючи способи самоідентифікації індивіда в суспільстві [123, с. 233-235]. Цей підхід особливо цінний для аналізу епідемій, коли тілесність набуває символічного та політичного значення [54].

У межах міждисциплінарного підходу до дослідження ідентичності особливу аналітичну цінність має концепція «моральних джерел» (sources of the self), запропонована Ч. Тейлором у праці *Sources of the Self: The Making of the Modern Identity*. Ідентичність, за Тейлором, постає як відповідь на фундаментальні моральні питання, які постійно супроводжують людину. Індивід визначається не лише через автономію чи психологічну структуру, а через включеність у «моральне поле» - простір цінностей, значень і обов'язків, у межах якого людина усвідомлює себе. Він вважав, що ми є індивідами лише остільки, оскільки діємо в певному просторі запитань - як істоти, що шукають і знаходять значення свого життя [136, с. 29].

Це положення є принципово важливим для аналізу як індивідуальної, так і колективної ідентичності в умовах кризових подій, зокрема чуми. Адже в ситуації епідемії, що ставить під сумнів звичні уявлення про тіло, смерть і спільноту, індивід мусить переозначити своє місце в моральному і релігійному порядку. Саме такий процес можна простежити у практиках покаяння, участі в братствах, релігійних обітницях, що набули особливого поширення у Венеції під час чуми 1575–1577 рр.

Ключовим для дисертаційного підходу є й наголос Тейлора на нарративному характері ідентичності: індивід конструює себе через оповідь, яка поєднує минуле, моральний вибір і проєкцію майбутнього. Це дає підстави розглядати персональні історії венеціанців (розділ 4) як вияви

індивідуальної ідентичності, сконструйованої у межах етичного досвіду чуми.

Крім того, ідентичність, за Тейлором, не є ізольованою: вона формується через мову, цінності й звичаї спільноти, що особливо релевантно в дослідженні колективних механізмів реагування венеційської громади на епідемічну кризу [136].

У своїй фундаментальній праці *Imagined Communities* Бенедикт Андерсон сформулював концепцію нації як «уявної політичної спільноти» - такої, де члени ніколи не знатимуть одне одного особисто, проте уявляють себе частиною єдиного цілого [42, с.6]. Існування такої спільноти не ґрунтується на особистих зв'язках чи спільному походженні, а формується завдяки символічним механізмам: мові, друкованому слову, ритуалах, досвіду смерті й колективній пам'яті.

На відміну від традиційних форм легітимації влади, притаманних сакральним спільнотам і династичним режимам, уявна національна спільнота постає як результат розпаду трьох ключових культурних систем: сакральної мови як носія істини, божественної монархії як осередку лояльності та міфологічного часу, що ототожнює історію з космологією [42, с. 36-37].

Особливої ваги Андерсон надає символіці смерті в уявній нації. Культ «Невідомого солдата» розглядається як приклад «сакралізації порожнечі»: його тіло може належати будь-якому регіону чи соціальному класу, а тому втілює універсалізм уявної національної єдності [42, с. 9-10]. Такий спосіб колективного оплакування постає не лише як інструмент пам'яті, а як акт постійного перетворення смерті на підтвердження національної ідентичності.

Окрему увагу Андерсон приділяє поняттю «вибіркової пам'яті й забуття», необхідного для побудови легітимного нарративу національного походження. Нації, за його словами, «забувають» свої темні сторінки або навмисно їх переінакшують, формуючи уявлені родоводи, спільні жертви та героїчні минулі епохи [42, с. 198-199].

Ця теоретична рамка є надзвичайно корисною для інтерпретації поведінки й уявлень міських громад в умовах епідемічної кризи, зокрема венеційців періоду чуми 1575–1577 рр. Умови страху, смерті та втрати, створені пандемією, сприяли консолідації «уявної спільноти», в межах якої відбувалося нове осмислення належності, солідарності та ідентичності через ритуали, пам'ять, смерть і спільну мову реагування на катастрофу [42].

Одним із ключових підходів до вивчення формування колективної ідентичності є етносимволістична концепція Ентоні Д. Сміта, викладена в праці *National Identity* [133]. На відміну від радикально модерністських або примордіалістських підходів, Сміт поєднує історичний, символічний і культурний аналіз у розумінні національної ідентичності як похідної від глибших етнічних структур - *ethnie*.

Сміт пропонує шість основних характеристик *ethnie* (етнічної спільноти), яка, на його думку, передує та формує підґрунтя для виникнення націй: (1) власна назва, (2) міф спільного походження, (3) спільна історична пам'ять, (4) елементи спільної культури, (5) зв'язок із територією та (6) солідарність [133, с. 21]. Саме ці характеристики забезпечують спільнотам тривалість існування в історичному часі - навіть за умов міграцій, завоювань чи втрати державності.

Центральну роль у збереженні етнічної тяглості Сміт відводить символічним механізмам - міфам, легендам, колективній пам'яті, а також пов'язаним із ними ритуалам та образам. Зокрема, міф про спільне походження, хоч і є часто вигаданим, створює уявлення про єдине походження як основу внутрішньої єдності [133, с. 22-23]. Історичні події, такі як заснування міст, релігійні звершення чи військові конфлікти, у трактуванні Сміта стають наріжними каменями національної пам'яті - незалежно від їхньої фактичної достовірності.

Організована релігія, за Смітом, забезпечує формалізацію етнічної тяглості через ритуали, літургії, свята та канонічні тексти, які зберігають і передають міфи, символи та цінності поколіннями [133, с. 27]. Війна,

натомість, відіграє роль консолідуючого чинника, мобілізуючи спільноту навколо спільного ворога, а також закріплюючи в культурній пам'яті образи жертвності, героїзму та втрати [133, с. 26-27].

Сміт виділяє чотири основні механізми етнічного самовідтворення: (1) релігійну реформу, (2) культурне запозичення, (3) участь широких верств населення та (4) міфи етнічного обранства [133, с. 35-36]. Саме поєднання цих чинників дозволяє спільнотам переживати кризи та трансформації, зберігаючи ідентичність через переосмислення та актуалізацію символічного спадку.

На думку Сміта, більшість націй виникає на основі етнічних ядер - досить згуртованих і самосвідомих етнічних спільнот, які забезпечують культурну спадкоємність і територіальну ідентифікацію. Саме вони часто стають основою для створення держав, які згодом перетворюються на національні [133, с. 38]. У таких випадках міфи, пам'ять і символи домінантної *ethnie* визначають межі, уявлення про минуле і навіть політичні амбіції нації.

Цей підхід є надзвичайно важливим для дослідження формування колективної ідентичності у Венеції під час епідемії чуми 1575–1577 років, адже дозволяє аналізувати, як символічні ресурси - релігійні ритуали, міфи про спасіння та історичні паралелі - ставали засобом мобілізації міської спільноти, зміцнення солідарності та формування уявлення про єдність і відмінність від «інших». У книзі Еріка Г. Еріксона *Identity: Youth and Crisis* [85] процес формування ідентичності описується як поступове поєднання індивідуальних і колективних чинників, що взаємодіють упродовж життєвого циклу. Автор підкреслює, що ідентичність формується через взаємне визнання між індивідом та спільнотою: суспільство ідентифікує молоду людину, визнаючи її особистісні риси та життєвий шлях, а індивід, своєю чергою, засвоює цінності та моделі поведінки групи.

Еріксон також описує вплив культурних і історичних змін на внутрішню узгодженість «ієрархії очікувань» дитини, зазначаючи, що різкі

соціальні трансформації можуть травматично позначитися на розвитку ідентичності, руйнуючи сталі моделі наслідування [85].

Він виокремлює важливість колективної ідентичності - класової, національної, культурної - як опори для формування внутрішньої цілісності особи. Позитивне відчуття ідентичності дозволяє уникнути самозаперечення й фанатичної ненависті до «іншого», а його досягнення є завершенням процесу становлення особистості у підлітковому віці [85].

Окремо Еріксон аналізує явище «негативної ідентичності», коли індивід свідомо приймає роль, нав'язану суспільними стереотипами або упередженнями, що особливо поширено в умовах маргіналізації та соціально-економічної нестабільності

У книзі *Identity: Youth and Crisis* [85] він розглядає ідентичність як центральну категорію психосоціального розвитку, що визначає цілісність і безперервність особистого досвіду. Вперше термін *ego identity* Еріксон застосував у роки Другої світової війни, описуючи ветеранів, які втратили «відчуття особистої тотожності та історичної неперервності» попри відсутність у них симптомів фізичної травми чи симуляції [85, с. 17-18]

У статті Роджера Брубейкера та Фредеріка Купера *Beyond «Identity»* (2000) автори здійснюють критичний огляд поняття «ідентичність», підкреслюючи його багатозначність і концептуальну розмитість. Вони виділяють кілька основних способів використання терміну:

Як підґрунтя соціальної або політичної дії – на противагу «інтересу», щоб пояснити дію, зумовлену специфічним саморозумінням, а не універсальною вигодою. Це може включати позицію індивіда у «соціальному просторі» за ознаками раси, етнічності, статі чи сексуальної орієнтації [53, с. 6-7]

Як колективне явище – «схожість» членів групи, що може розумітися об'єктивно або суб'єктивно, і передбачає солідарність та спільну дію. Це визначення поширене у дослідженнях соціальних рухів, гендеру, раси, етнічності та націоналізму [53, с. 7]

Як ядро «самості» – глибинна, стабільна основа особистості чи групи, що відрізняється від поверхових чи випадкових характеристик. Такий підхід характерний для психологічної традиції, зокрема під впливом Е. Еріксона.

Як продукт соціальної чи політичної дії – процесуальна, динамічна розбудова колективного саморозуміння та «групності» унаслідок взаємодії, що потім може стати підґрунтям подальших дій [53, с. 7]

Автори критикують «слабкі» конструктивістські трактування, де підкреслюються мінливість і множинність ідентичності, але майже не розкривається, що саме є її предметом. Вони пропонують замість універсального терміна «ідентичність» використовувати більш диференційовану аналітичну мову – поняття commonality (спільність), connectedness (пов'язаність) та groupness (групність), що дозволяє точніше описувати соціальні явища та відмінності між формами самоусвідомлення (р. 18–19) [53].

У дослідженні емоційної історії, запропонованому Барбарою Г. Розенвайн, центральним є поняття «емоційних спільнот», під якими розуміються групи людей, що поділяють схожі норми, оцінки та моделі вираження почуттів [127]. Цей підхід можна застосувати і до аналізу венеційського суспільства часів епідемії чуми 1575–1577 рр., розглядаючи, як різні соціальні, релігійні та професійні групи виробляли власні емоційні коди у відповідь на кризу.

Методологічно важливим є й наголос Ніколь Юстас на емоційному виразі як ключовій формі соціальної комунікації та інструменті влади, що дозволяє ідентифікувати ієрархії та взаємовідносини в суспільстві. У контексті Венеції це дає змогу дослідити, як офіційні акти, проповіді та громадські ритуали регулювали й спрямовували емоційні реакції населення, формуючи образи спільної терпимості, благочестя чи покаяння.

Ян Плампер, у свою чергу, пропонує враховувати багатонаправлений «трафік емоцій» та специфіку мовних кодів [127]. Для венеційського прикладу це означає необхідність уважного читання джерел різних жанрів -

від офіційних документів до особистих записів - з урахуванням того, що емоції могли виражатися опосередковано, або ж навпаки, бути замовчуваними через соціальні чи політичні обмеження.

Застосування «герменевтики мовчання» відкриває можливість виявляти приховані емоційні стани венеційців під час чуми навіть тоді, коли вони прямо не названі. Це може включати аналіз змін у риторичі документів, вибір символів у мистецьких замовленнях чи нестандартних мовних конструкцій у листах, що можуть сигналізувати про страх, втрату чи надію.

Таким чином, методологічні засади, викладені в *AHR Conversation*, дозволяють досліджувати емоційний досвід Венеції часів чуми як динамічну систему взаємодії між інституційними стратегіями контролю почуттів, локальними емоційними спільнотами та індивідуальними способами вираження і переживання емоцій [127].

Проаналізовані у підрозділі теоретичні підходи формують цілісну методологічну базу для дослідження формування індивідуальних і колективних ідентичностей у Венеції в умовах епідемії чуми 1575–1577 рр. Поєднання мікроісторії та історії повсякденності дозволяє відійти від абстрактних інституційних схем і звернутися до конкретного людського досвіду, в якому криза проживалася щоденно - через страх, тілесні практики, релігійні обітниць, економічні обмеження та соціальні контакти. Саме «зменшення масштабу» аналізу, на якому наполягали Гінзбург, Леві та Гренді, робить можливим виявлення механізмів адаптації, опору та переозначення соціальних ролей, що не фіксуються у кількісних чи нормативних джерелах.

Важливою для цього дослідження є також інтеграція підходів «нової історії», гендерних студій та історії тіла, які дозволяють розглядати епідемію не лише як медичну або демографічну подію, а як досвід, що безпосередньо впливав на сприйняття тілесності, статевих ролей, уразливості та соціальної нерівності. У контексті Венеції це відкриває можливість аналізувати різні

групи населення - жінок, бідних, хворих, ізольованих у лазаретах - як активних носіїв ідентичності, а не пасивних об'єктів санітарної політики.

Концепція «моральних джерел» Чарльза Тейлора є ключовою для розуміння того, як в умовах чуми відбувалося переосмислення життєвих сенсів і морального порядку. Епідемічна криза руйнувала усталені уявлення про тіло, смерть і божественну справедливість, змушуючи індивідів і спільноти заново визначати власне місце в релігійному та соціальному світі. Це особливо чітко простежується у зростанні релігійних практик, участі в братствах, обітницях і колективних ритуалах покаяння, які виступали інструментами відновлення моральної цілісності та ідентичності.

Концепції уявленої спільноти Бенедикта Андерсона та етносимволізм Ентоні Д. Сміта дозволяють інтерпретувати венеційське суспільство періоду чуми як спільноту, що консолідувалася навколо спільного досвіду смерті, пам'яті та символічних практик. Ритуали, процесії, культу святих-заступників і наративи про спасіння міста сприяли формуванню відчуття єдності та відмінності від «інших», перетворюючи катастрофу на ресурс колективної ідентифікації. Водночас механізми вибіркової пам'яті й забуття допомагали інтегрувати травматичний досвід у прийнятний міський наратив.

Психосоціальний підхід Еріка Еріксона надає інструменти для аналізу індивідуальних ідентичностей у ситуації різкої соціальної дезорганізації, характерної для епідемії. Він дозволяє розглядати чуму як кризу, що порушувала звичні «ієрархії очікувань» та посилювала залежність індивідів від колективних форм належності, одночасно породжуючи ризики маргіналізації та формування «негативних ідентичностей».

Нарешті, методологія історії емоцій, представлена в *AHR Conversation*, є надзвичайно релевантною для цього дослідження, оскільки дозволяє аналізувати емоційний досвід Венеції як динамічну систему взаємодії між інституційними стратегіями регулювання почуттів, локальними емоційними спільнотами та індивідуальними способами переживання страху, втрати й надії. Такий підхід робить можливим дослідження не лише того, *що* робили

венетійці під час чуми, а й як вони емоційно осмислювали катастрофу та інтегрували її у власні біографічні й колективні наративи.

Отже, сукупність розглянутих концепцій створює надійне теоретичне підґрунтя для подальшого аналізу соціальних структур, практик виживання та формування ідентичностей у Венеції періоду чуми Святого Карла. Вони дозволяють розглядати епідемію не лише як кризу, а як потужний каталізатор соціальних, культурних та символічних трансформацій, що визначили як індивідуальні життєві стратегії, так і колективне саморозуміння венетійської громади.

## Розділ 2

### ЧУМА СВЯТОГО КАРЛА У ВЕНЕЦІЇ 1575-1577 РР.: СТРУКТУРИ, ПРАКТИКИ, РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ

Розділ присвячений чумі Святого Карла, що охопила Венецію в 1575–1577 роках. Ця епідемія є прикладом катастрофічних наслідків поширення хвороб у Європі XVI століття. Встановлено, що вона стала серйозним випробуванням для місцевої влади та суспільства, вплинувши на розвиток медичних практик та громадської санітарії. Жертвами чуми стало понад 50 тисяч людей, що суттєво зменшило населення міста та призвело до значних соціально-економічних труднощів, оскільки Венеція втратила значну частину робочої сили.

Епідемія також вплинула на демографічні процеси: відзначалося зниження народжуваності, але водночас зросла кількість шлюбів, що можна пов'язати з отриманням спадків та зниженням вікового порогу для чоловіків під час одруження в умовах кризи. Подібні тенденції були характерними для епох після епідемій бубонної чуми, коли відновлення соціального порядку сприяло зростанню населення та суспільному розвитку.

Чума Святого Карла стала важливим об'єктом досліджень для істориків, медиків та громадських діячів. Вивчення цієї епідемії дає можливість краще зрозуміти вплив пандемій на соціальні процеси та розвиток медичної науки в період переходу від середньовіччя до ранньомодерної Європи.

**2.1 Соціальні структури міста у період епідемії.** Перед тим як переходити безпосередньо до соціальних структур, нам слід розглянути питання самої епідемії. Значне оновлення медичної історіографії чуми в останні десятиліття пов'язане з переглядом класичних уявлень про її збудника та механізми передавання. Упродовж XX століття в науці домінувала концепція, згідно з якою пандемії середньовіччя та раннього Нового часу спричиняла *Yersinia pestis* - бактерія, виявлена у 1894 р. О. Єрсеном та Ш. Кітасато, що передавалася людині через щурів і бліх

(*Xenopsylla cheopis*). Однак починаючи з 1980-х років з'являються альтернативні гіпотези [139; 82] які, поставивши під сумнів класичну теорію, пропонують інші варіанти (зокрема сибірську виразку або вірусну геморагічну гарячку), передусім через неузгодженість симптомів та швидкість поширення [77; 141].

У цьому контексті праця Л. Дель Панти [77] є важливим оглядом сучасної дискусії. Автор не лише узагальнює еволюцію підходів до природи чуми, а й вказує на зростаючу роль поведінкових і соціальних чинників у поясненні механізмів інфекційного поширення, у тому числі й в Італії XVI–XVII ст. Зокрема, результати історико-демографічних досліджень [40] дозволяють припустити, що основною формою передачі чуми у ранньомодерний період могла бути передача від людини до людини, а не через щурів. Цей висновок відкриває простір для вивчення соціального середовища, структур родини, просторової організації міст та ритуальних практик як ключових чинників у поширенні епідемій та формуванні колективних стратегій реагування – тобто ідентичностей [77; 40; 82; 139; 109].

У сучасній історіографії чуми в Італії посилюється інтерес до демографічних, соціальних і поведінкових трансформацій, що формували нові ідентичності в умовах епідемій. На основі серійних парафіяльних джерел G. Alfani реконструював стійку депопуляцію Північної Італії після чум, виявивши залежність смертності від структури родини, що свідчить про міжособистісний механізм передачі інфекції [39; 40; 41]. Палеодемографічні дослідження дозволяють простежити довготривалі зміни у смертності та тривалості життя. У класичних роботах [43; 132] наголошено на ролі санітарних заходів у припиненні пандемій, що також сприяло формуванню інституційної ідентичності міських управлінських структур.

У контексті демографічних змін ранньомодерної Італії важливо враховувати вплив не лише катастрофічних епідемій, а й ендемічних хвороб, зокрема туберкульозу та малярії. Обидві хвороби мали давнє коріння в

Середземноморському регіоні й справляли суттєвий вплив на рівень смертності навіть у періоди між епідеміями чуми [128; 51].

Особливо вразливими були мешканці регіонів з нестабільними гідрологічними умовами, як-от тосканська Маремма, де сезонні робітники, інфіковані малярією, спричиняли підвищення загальної смертності в прилеглих громадах. Малярія також послаблювала імунітет і сприяла розвитку вторинних інфекцій, включно з туберкульозом [98].

Таким чином, присутність ендемічних хвороб не лише доповнювала загальну картину смертності, а й формувала стійкі соціально-гігієнічні умови, які впливали на структуру населення та сприйняття загроз, зокрема в межах міських і сільських ідентичностей.

Як показує [87], демографічна поведінка домогосподарств у кризові періоди була тісно пов'язана з економічними стратегіями виживання, що дозволяє глибше зрозуміти різницю у вразливості соціальних груп Венеції.

Пов'язуючи ті події з сучасністю, можна сказати, що пандемія COVID-19, (яку можна назвати чумою XXI століття), суттєво вплинула на глобальне суспільство. Вона показала важливість звернення до досвіду минулих епідемій, щоб краще зрозуміти їхні наслідки та оцінити ефективність заходів, застосованих для протидії поширенню хвороб. Одним із таких історичних прикладів є чума Святого Карла, що вразила Венецію у 1575–1577 роках.

Венеція XVI століття, яка на той час була одним із найважливіших культурних і торговельних центрів Середземномор'я, зіткнулася із серйозними викликами епідеміологічного характеру, які кардинально впливали на всі аспекти суспільного життя. Місто, що процвітало завдяки своїм торговельним зв'язкам зі Сходом та іншими регіонами, водночас стало вразливим перед загрозою занесення хвороб, зокрема чуми. Епідемія чуми 1575–1577 років стала не лише трагедією для венеційського суспільства, а й тестом на його стійкість, організацію та здатність до колективного реагування [75].

Хоча чума згадується в джерелах із часів середньовіччя, недостатня якість описів того часу ускладнює визначення, чи йдеться саме про чуму, чи про інші хвороби. Першою великою пандемією вважають «Чорну смерть» 1347–1351 рр., яка залишила вогнища інфекції у великих містах Європи, що сприяло повторним спалахам у XV–XVII ст. Хроніка Віллані наводить опис, як у 1347–1348 рр. чума швидко поширювалася через торговельні шляхи, охоплюючи Азію, Чорне море, Сирію, Туреччину, Єгипет і Русь [23]. До Русі хвороба проникла у 1351 р. через Астрахань і Польщу, зокрема до Новгороду та Москви. Константинополь, розташований на перехресті торговельних шляхів, став постійним епіцентром епідемій, які поширювалися на Захід аж до XIX ст. [49, с. 453].

У жовтні 1347 р. італійські галери занесли чуму до Мессіни, Сицилія, разом із щурами – переносниками вірусу. Поширення сприяли антисанітарія та скупчення людей у великих містах, а також виснаження бідного населення через попередні голодні роки. До грудня 1347 р. чума охопила Південну Італію, а Центральну та Північну частини через порти Пізи й Генуї.

За описом Віллані, епідемія тривала приблизно п'ять місяців у кожній місцевості. Наприклад, у Флоренції вона досягла піку у квітні 1348 р. і тривала до вересня того ж року [23]. Люди рятувалися втечею до замських маєтків, а ті, хто залишався, ризикували життям, доглядаючи хворих.

Головним симптомом були бубони на тілі, що підтверджують описи Боккаччо у «Декамероні» [1]. Найсмертельнішою формою вважалася бубонна чума, а найбільш заразною – легенева [35].

З плином часу епідемії XV ст. стали менш масштабними порівняно з XIV ст., поступово набуваючи локального характеру. Змінилися підходи до розпізнавання хвороби, хоча забобони ще тривалий час впливали на медичні уявлення.

Епідемії в умовах ранньомодерної Європи були частиною повсякденної реальності, однак у Венеції вони мали особливе значення через її роль у міжнародній торгівлі. Торговельні шляхи, які сприяли економічному

зростанню, водночас служили шляхами поширення хвороб. Венеціанська республіка, яка усвідомлювала свою особливу вразливість, стала чи не першою у розробці систем громадського здоров'я, впроваджуючи новаторські заходи, які включали карантини, ізоляцію хворих, дезінфекцію товарів та створення спеціалізованих медичних структур, таких як лазарети [75].

Значення Венеції в контексті ранньомодерної історії громадського здоров'я важко переоцінити. Її підхід до боротьби з епідеміями демонструє ранній приклад комплексної стратегії, що поєднувала адміністративні, медичні та соціальні аспекти. Зокрема, діяльність *Magistrato alla Sanita*, система лазаретів та впровадження карантинних сертифікатів стали моделлю для інших європейських міст. У той час, як інші регіони лише починали усвідомлювати необхідність запобіжних заходів, Венеція вже активно розвивала інституційну базу, яка стала фундаментом для подальшого розвитку громадського здоров'я [75].

Чума Святого Карла стала серйозним випробуванням для місцевої влади та суспільства, підкресливши ключові аспекти розвитку медицини й громадської санітарії того часу. Епідемія забрала понад 50 тисяч життів, що склало значну частину населення міста. Така катастрофічна втрата не лише вплинула на демографічну ситуацію, але й спричинила серйозні соціально-економічні наслідки, зокрема скорочення робочої сили та руйнування звичних суспільних структур.

У відповідь на кризу венеціанська влада запровадила суворі карантинні заходи та відновила роботу лазаретів для ізоляції й лікування хворих. Серед ключових заходів були обмеження для новоприбулих кораблів, суворий контроль їхньої документації та обов'язкове перебування екіпажів у карантині.

Венеціанська республіка першою запровадила карантин як захід боротьби з чумою, звідки ця практика поширилася по всьому Апеннінському півострову та далі на інші країни Європи. Ефективність карантинних заходів

забезпечувалася злагодженою роботою адміністрації, яка постійно піклувалася про добробут міста та підтримання його статусу важливого торговельного центру.

Мореплавство та торгівля були життєво важливими складовими економіки Венеції, забезпечуючи їй численні культурні та комерційні зв'язки з цивілізаціями Середземномор'я та Далекого Сходу [140, с. 7]. Проте, поряд із розширенням економічних можливостей і культурного обміну, інтенсивна торгівля також стала каналом для поширення небезпечних інфекцій. Однією з таких хвороб була чума, яка проникла до Венеції внаслідок торговельних контактів із Далеким Сходом [57, с. 37]. Заражені гризуни, що ховалися в трюмах кораблів, переносили на собі бліх – головних розповсюджувачів цієї смертельної інфекції.

Чума у Венеції в 1575–1577 роках стала частиною масштабної епідемії, яка охопила Італійський півострів і вийшла за його межі. Спершу хвороба з'явилася в Тренті та на Сицилії у травні 1575 року, а вже в липні дісталася Венеції. Перша хвиля епідемії, що тривала до зими, забрала життя близько чотирьох тисяч людей. Узимку рівень смертності знизився, і до кінця весни 1576 року кількість випадків була незначною. Однак на початку червня смертність знову різко зросла, що спричинило масову евакуацію населення з міста. У відповідь на ситуацію, Управління охорони здоров'я запровадило суворі карантинні заходи для стримування епідемії [67; 60].

Завдяки своїм тісним зв'язкам зі Сходом, Венеція опинилася на передовій боротьби з чумою, ставши одним із перших європейських міст, що зазнали удару епідемії. Однак відмова від міжнародної торгівлі була неприйнятною, адже вона забезпечувала економічне процвітання та соціальну стабільність міста. Венеціанська влада опинилася перед складним завданням: як одночасно зберегти ключові торговельні маршрути та захистити населення від стрімкого поширення хвороби.

Для досягнення цього балансу було створено лазарети – спеціалізовані заклади для ізоляції та лікування інфікованих [140, с. 8]. Вони стали

основою системи громадського здоров'я, яка дозволила зменшити ризики поширення інфекцій без повної зупинки економічної діяльності. Таким чином, Венеція змогла знайти компроміс між потребами суспільного блага та вимогами міжнародної торгівлі, забезпечуючи одночасно контроль за епідемією й підтримку своєї економічної стабільності.

Концепція сучасного профілактичного карантину бере свій початок з 1377 року, коли ректор морського порту Рагузи, нинішнього Дубровника в Хорватії, впровадив новий захід під назвою «Трентіно». Цей термін походить від італійського слова «Trenta», що означає «тридцять», і стосувався ізоляції тривалістю 30 днів. Протягом цього часу кораблі, що прибували з інфікованими або підозрюваними на інфекцію, повинні були залишатися на якорі перед тим, як швартуватися в порту.

Однак, з часом стало очевидно, що 30 днів можуть бути недостатніми для запобігання поширенню хвороб, тому період ізоляції було збільшено до 40 днів для землевласників, що відповідало італійському слову «quaranta», що означає «сорок» [134 , с. 165]. Це нововведення відзначило важливий крок у розвитку протиепідемічних заходів і заклало основи для системи карантину, яка згодом стала стандартною практикою в боротьбі з епідеміями.

Крім цього, головний лікар Рагузи, Яків з Падуї, запропонував створити спеціальне місце за межами міських стін для лікування хворих або тих, хто підозрюється в інфікуванні. Це рішення виявилось важливим елементом у забезпеченні громадського здоров'я, адже воно дозволяло ізолювати інфікованих осіб від здорових мешканців міста, тим самим зменшуючи ризик поширення епідемій [33].

Завдяки цим раннім заходам Венеція та інші порти в Італії змогли закласти основи для розвитку системи контролю за хворобами, що згодом вплине на методи боротьби з епідеміями в Європі та світі.

Ізоляція, що тривала 30-40 днів, була важливим заходом не лише для контролю за станом здоров'я людей, але й для задоволення економічних потреб суспільства. Тоді, як торгівля і мореплавство стали основою

економіки багатьох міст, зокрема Венеції, важливо було забезпечити якість і безпеку торговельних шляхів. Ситуація з Чорною Смертю продемонструвала, наскільки уразливими можуть бути ці мережі перед загрозами інфекційних захворювань, що змусило владу вжити термінових заходів для захисту як громадського здоров'я, так і комерційних інтересів.

Внаслідок цього, епідемія чуми сприяла становленню першої «офіційної» системи карантину, яка була закріплена на правовому рівні. Ця система ставала не лише механізмом захисту населення, але й важливим інструментом для підтримки економічної стабільності. Карантинні заходи забезпечували контроль за в'їздом і виїздом товарів, а також людей, дозволяючи знизити ризик занесення інфекційних хвороб у торгові міста.

Що стосується Венеції, то після першої хвилі епідемії чума сприяла розширенню карантинних заходів, які були впроваджені владою республіки для ефективної боротьби з інфекційними загрозами. В результаті цих змін були створені нові адміністративні структури, які включали в себе спеціальні посади та органи, що відповідали за організацію заходів охорони здоров'я. Це стало важливим кроком у формуванні системи контролю за епідеміями [33].

Варто відзначити, що медичні установи того часу діяли під контролем магістратів і регламентувалися статутами міста, де вони знаходилися. Наприклад, у статутах міста Кастеллі була спеціальна стаття, присвячена медичній власності, зокрема госпіталям [15]. Це свідчить про те, що адміністративні зміни у сфері охорони здоров'я мали значний вплив на функціонування медичних закладів. Такі зміни були невід'ємною частиною соціального і політичного розвитку міст Апеннінського півострова, де магістрати брали на себе відповідальність за забезпечення організації медичних послуг та управління ними. Система охорони здоров'я поступово інтегрувалася в ширший адміністративний контекст, що дозволяло ефективніше реагувати на виклики епідемій і підтримувати суспільне здоров'я.

Аналіз інституційних реакцій на епідемії в різних містах Італії свідчить, що місцева влада зазвичай діяла в межах подібних моделей контролю - ізоляція, регламентація пересування, обмеження торговельних функцій. М. Абрат, досліджуючи Карманьйола 1630 р., докладно описує механізми локального управління та їхній вплив на динаміку епідемії [36]. Це дозволяє провести порівняння з діями венеційського Магістрату здоров'я у 1575–1577 рр.

Далі буде детально розглянуто адміністративні заходи, пов'язані з карантинном, а також організації, які виконували функції контролю за здоров'ям населення. Серед таких структур особливу увагу буде приділено лазаретам - спеціалізованим установам, створеним для ізоляції і лікування хворих, а також до їхнього обслуговуючого персоналу, який грав ключову роль у підтримці епідемічної безпеки. Ці заходи відображали не лише медичні, але й соціально-економічні потреби того часу, адже ефективна система карантину могла суттєво вплинути на стабільність і добробут торгового міста.

*Роль адміністративних структур у боротьбі з епідеміями.* Заснування *Magistrato alla Sanita* у 1486 році стало ключовим моментом у розвитку системи охорони здоров'я Венеції. Цей орган був відповідальним за впровадження заходів профілактики, включаючи санітарний контроль за переміщенням людей і товарів, організацію карантинів та забезпечення роботи лазаретів. Магістрат співпрацював із лікарями, аптекарями, ремісниками та релігійними організаціями, що забезпечувало комплексний підхід до управління епідеміями [75].

Однією з найзначущих інновацій Венеції було створення системи лазаретів. *Lazzaretto Vecchio*, відкритий у 1423 році, став першим у світі ізоляційним центром для хворих на чуму. Пізніше, у 1468 році, був створений *Lazzaretto Nuovo*, який спеціалізувався на ізоляції товарів і підозрюваних осіб, що прибували до Венеції з регіонів, уражених хворобами. Лазарети стали не лише місцями ізоляції, а й центрами дезінфекції, де

використовували фумігацію, обробку товарів оцтом і сіллю, а також інші методи очищення. Вони забезпечували ефективний бар'єр між містом та загрозою епідемії.

Адміністративна структура *Magistrato alla Sanita* також контролювала діяльність лікарів, аптекарів і хірургів, забезпечуючи стандартизацію медичної допомоги. Лікарі були зобов'язані доповідати про всі підозрілі випадки хвороби, а також дотримуватися суворих правил карантину. Крім того, магістрат активно працював над розробкою інструкцій щодо поводження із зараженими товарами та тілами померлих, що мінімізувало ризик поширення хвороби [75].

Протягом шістнадцятого століття карантинні заходи у Венеції включали ретельне спостереження та активне втручання з боку влади. Управління охорони здоров'я перевіряло прибулих до міста на підозрілих кораблях, зокрема тих, хто приїжджав із чумних міст. Також фіксували випадки, коли венеціанці проявляли симптоми хвороби. Житла померлих піддавали обробці: їх закривали, спорожнювали та очищали. Усі, хто перебував у таких будинках, проходили карантин тривалістю вісім днів. Домогосподарства, які підозрювали в приховуванні хворих, мали перебувати під карантинном протягом чотирнадцяти або двадцяти двох днів. Купці разом з хворими, які одужували, проводили карантин разом із товарами на спеціальному острові в лагуні Венеції - *Lazzaretto Nuovo*. Влада застосовувала силу для доставки трупів та людей із найважчими випадками до *Lazzaretto Vecchio*, де часто опинялися бідняки. Водночас винищували собак та кішок. Є відомості, що деякі венеціанці, особливо з нижчих верств, намагалися приховати свою хворобу, побоюючись, що влада спалить їхнє майно, або через страх смерті в карантинному закладі [67].

Варто зазначити, що у Венеції вже діяли два важливі магістрати, відповідальні за підтримання громадського порядку: нічна сторожа (*Signori di notte*) та езекутори у справах богохульства (*Esecutori contro la bestemmia*) [57, с. 33]. Перший з цих органів виник приблизно в середині XIII століття і

поступово розширював свої функції, зосереджуючи увагу на вирішенні міських проблем, зокрема на підтримці громадського порядку та моральності. У 1544 році він був розділений на дві окремі структури, одна з яких займалася кримінальними справами, а інша - цивільними; кожна з цих структур складалася з шести осіб [6, с. 122].

Другий орган, ексекutori у справах богохульства, був заснований на початку XVI століття і мав повноваження накладати штрафи та виносити вирoki стосовно осіб, які вчиняли богохульство або зневажали релігійні норми [57 с. 34; 6, с. 110]. Таким чином, діяльність цих двох магістратів сприяла підтримці порядку в повсякденному житті венеційців.

Коли ж обидва магістрати стикалися з питаннями, що стосуються здоров'я населення, на перший план виходили органи охорони здоров'я (*Provveditori di Sanita / Magistrato alla Sanita*). Ці органи відігравали важливу роль у забезпеченні епідемічної безпеки, особливо під час спалахів хвороб, які загрожували стабільності суспільства. Вони координували заходи, спрямовані на контроль за поширенням інфекцій, таким чином забезпечуючи безпеку та добробут мешканців міста.

У своєму трактаті «Про магістрат та влаштування Венеціанської республіки» Гаспаро Контаріні описує важливу роль магістрату, відповідального за здоров'я мешканців міста. Він підкреслює, що основним завданням цього органу є запобігання проникненню інфекційних хвороб у Венецію, а в разі їх виникнення - швидке реагування для стримування їхнього поширення. Для досягнення цієї мети на лагуні були зведені великі громадські будівлі, розташовані на відстані трьох тисяч кроків від міста і оточені садами. Ці споруди призначалися для тимчасового перебування простолюдинів та їхніх родин, які починали проявляти симптоми заразних захворювань. Контаріні зазначає, що особи, які мали контакт із хворими, зобов'язані були залишити свої домівки та переїхати до спеціально відведених громадських приміщень, які розташовувалися за межами міста. Цей процес був частиною карантинних заходів, що передбачали 40-денний

період ізоляції. Після закінчення цього терміну, якщо особи виявлялися здоровими, їм дозволялося повернутися додому. Крім того, ці чиновники не лише дбали про здоров'я людей, а й контролювали безпеку товарів, які надходили на ринок. Вони стежили за тим, щоб у продаж не потрапляли зіпсовані продукти, які могли загрожувати здоров'ю населення. У такий спосіб магістрат забезпечував здорові умови життя у Венеції, що було особливо важливим в умовах частих епідемій і загрози поширення хвороб [6, с. 136].

Можна спостерігати, що з XV століття в Італії почали формуватися органи охорони здоров'я, які в XVI столітті поширилися на всі великі міста країни. Ці установи займалися різними аспектами забезпечення безпеки населення, включаючи видачу санітарних сертифікатів, що підтверджували, чи прибули мандрівники та товари з небезпечних, інфікованих районів. Крім того, вони видавали патенти, які свідчили про походження кораблів. Органи охорони здоров'я також визначали умови карантину і встановлювали санітарні межі для контролю за поширенням хвороб [44, с. 23].

Запроваджувалися заходи та процедури для побутових товарів, що надходили з країн, які підозрювалися у зараженні, на період, достатній для зменшення ризику передачі інфекції через ці предмети [140, с. 5]. Однак ці заходи не завжди виявлялися ефективними.

Епідемія чуми, що тривала з 1575 по 1577 рік, забрала життя понад 50,000 осіб, які були поховані на острові Лідо. Внаслідок цього тисячі будинків залишилися покинутими; їхнє майно підлягало ретельній інвентаризації. Після цього власність або спалювалася, або проходила дезінфекцію через кип'ятіння, занурення в солону проточну воду, чи поховання в піску, щоб запобігти подальшому поширенню інфекції [57, с. 40].

У своїй праці «Демографічна історія Європи» М. Ліві Баччі аналізує функціонування органів охорони здоров'я в умовах епідемій. Він зазначає, що ці органи здійснювали епідеміологічні спостереження на міждержавному

рівні, що дозволяло оперативно реагувати на загрози здоров'ю населення. Зокрема, між різними магістратурами здійснювався швидкий і безперервний обмін інформацією, завдяки чому відповідні рішення негайно доводилися до відома інших органів влади. Крім того, Баччі підкреслює важливість внутрішніх заходів, які реалізовувалися для контролю за поширенням інфекцій. Це включало координацію дій, спрямованих на запобігання зараженню та стримування його спалахів. Серед інших заходів зазначено контроль за переміщенням людей і товарів, видачу санітарних свідоцтв, облаштування лазаретів, а також встановлення карантинів для суден. Важливим аспектом діяльності органів охорони здоров'я було створення місцевих структур, які мали на меті реалізацію директив та забезпечення безпеки населення на місцевому рівні. Таким чином, органи охорони здоров'я діяли в комплексній системі, що забезпечувала захист громадського здоров'я в умовах епідемій [44, с. 23].

Соціально-просторові моделі смертності [73], демонструють, що ризик зараження змінювався залежно від щільності населення, структури домогосподарств та специфіки міського простору. Такі закономірності є релевантними і для аналізу венеційських сесто [73].

Таким чином, для подолання кризи влада запровадила жорсткі карантинні заходи та створила органи охорони здоров'я (*Provveditori di Sanita / Magistrato alla Sanita*) які відповідали за функціонування лазаретів для ізоляції та лікування хворих. Серед ключових заходів були обмеження для новоприбулих кораблів, ретельний контроль документації та обов'язковий карантин. Такі інструменти, як векселі здоров'я, стали стандартною мірою контролю за поширенням інфекції морськими й торговельними шляхами. Проте введення цих заходів викликало соціальне напруження: торговці намагалися обходити обмеження, що свідчило про складність дотримання суворих правил.

**2.2 Практики виживання та адаптації до епідемії.** Праця Норберта Еліаса *The Civilizing Process* (1939) є однією з класичних спроб осмислити

довготривалі трансформації європейських суспільств. Автор досліджує, як протягом кількох століть відбувалися поступові зміни в соціальних практиках, емоціях та формах самоконтролю. Центральним у концепції є зв'язок між формуванням державних монополій на силу та податки і внутрішнім «цивілізуванням» поведінки, що проявлялося у зростанні порогів сорому, огиди й самостриманості [83, с. 169, 190–191, 303, 367].

Особливу увагу Еліас приділяє трансформаціям у ставленні до насильства. Якщо у середньовічному суспільстві воєнна доблесть і відкриті прояви агресії були ключовими цінностями, то з розвитком держави і централізації влади вони поступово витіснялися практиками контролю й обмеження насильства. Саме це автор називає процесом «одомашнення воїнів» та «куртизацією», коли лицарі перетворювалися на придворних із новими моделями поведінки [83, с. 192–194, 248, 404–405].

Зміни торкалися і повсякденного життя: нові правила етикету (наприклад, користування виделкою, заборона публічного плювання чи обговорення тілесних функцій) свідчили про «зростання порогу відрази» й формування «другої природи» або габітусу, що вимагав внутрішнього контролю за емоціями та тілесністю [83, с. 60, 98, 103–104, 134, 142–148].

Ці процеси були взаємопов'язані із формуванням національних ідентичностей. Еліас показує, що через механізми «узгодженості» та взаємної залежності між різними соціальними групами виникала поступова ідентифікація не лише з окремим станом чи класом, а й із ширшими політичними спільнотами – Францією чи Англією [83, с. 196, 301, 318, 547–548].

Важливим для нашого дослідження є і підхід Еліаса до емоційних змін, зокрема еволюції від середньовічної культури агресії до ранньомодерної культури «стриманості» у насильстві, смерті та стражданні. Саме у цьому контексті можна пояснити, як під час чуми у Венеції формувалися нові колективні практики благочестя, ритуальної поведінки й дисципліни, що

ставали підґрунтям для перебудови індивідуальних і колективних ідентичностей.

Повертаючись до практичних заходів, зокрема створення структурних одиниць, таких як лазарети та їхні працівники, варто підкреслити важливість цих установ у системі охорони здоров'я Венеції. У 1423 році Венеція вперше впровадила постійний лазарет, який слугував засобом для ізоляції осіб, що стали жертвами чуми. Цей захід був необхідний для контролю епідемії та забезпечення безпеки населення. Подальшим важливим кроком стало відкриття карантинного лазарету у 1468 році, відомого як Лазаретто. Цей лазарет був призначений для тимчасової ізоляції осіб, які одужували від чуми, перед їхнім поверненням до міста. Лазаретто «Nuovo» (Новий), що відрізнявся від раніше існуючого «Vecchio» (Старий), також використовувався для карантину людей і товарів, що прибували з регіонів, уражених інфекцією. Введені заходи, зокрема ізоляція та дезінфекція, вимагали значних економічних витрат і часто призводили до затримок у торговельних операціях. Це, в свою чергу, впливало на економіку міста, оскільки торгівля була основою добробуту Венеції. Таким чином, у боротьбі з епідеміями та забезпеченні здоров'я населення, Венеція змушена була знайти баланс між охороною здоров'я та економічною стабільністю, що зробило її одним з перших міст, які розвинули комплексну систему карантину [140, с. 23].

У венеціанських лазаретах працював кваліфікований медичний персонал, фінансування якого здійснювалося з державного бюджету. Це забезпечувало стабільну підтримку в наданні медичної допомоги хворим та контроль за епідемічною ситуацією. Як місце для розміщення лазарету було обрано один з островів Венеційської лагуни, зокрема Santa Maria di Nazareth, який раніше функціонував як монастир. З часом назву острова змінили на «Lazaretto», що стало загальноприйнятим терміном для позначення подібних установ, які почали з'являтися в інших країнах Західної Європи. Ці нові лазарети створювались за зразком венеціанських і стали важливими

елементами системи охорони здоров'я в різних регіонах, адже дозволяли проводити ізоляцію хворих, а також контролювати розповсюдження інфекційних хвороб [140, с. 22].

Наступним кроком у підтримці карантинних заходів і запобіганні розповсюдженню епідемії стали конкретні дії, які магістрат вживав у Венеції. У 1423 році Сенат визнали, що наявність інформації є критично важливим елементом для ефективного і швидкого здійснення ізоляційних заходів, а також для успішної профілактики інфекцій. Всі верстви населення Венеції - від капітанів суден до простих моряків і городян - були мобілізовані у спільній боротьбі з епідемією. Кожному з них було доручено негайно збирати й передавати будь-яку інформацію, яка могла б сприяти швидкому виявленню та ізоляції випадків чуми, як у місті, так і на судах. Цей комплексний підхід передбачав не лише активну участь населення, але й формування мережі комунікації, яка дозволяла оперативно реагувати на загрози здоров'ю. Завдяки цим заходам Венеція змогла вжити своєчасні дії для контролю епідемії, що сприяло збереженню громадського здоров'я та стабільності у місті. Ця система активного спостереження і збирання інформації стала важливою частиною адміністративної практики в умовах епідемії, заклавши основи для подальших медичних і адміністративних інновацій [57, с. 39].

Венеціанська система лазаретів була запроваджена під керівництвом *Magistrato alla Sanita* (Громадська охорона здоров'я), створеної у 1486 році Венеціанською Республікою як частина масштабної національної та міжнародної стратегії санітарної профілактики. Ця система стала зразком для портів Середземномор'я, які прагнули підтримати конкурентоспроможність у торгівлі, наслідуючи венеціанські стандарти боротьби з інфекційними захворюваннями [140, с. 23].

Однак, попри зусилля венеціанських магістратів у застосуванні карантинних заходів і використанні лазаретів для стримування епідемій, періодичні спалахи хвороб залишалися неминучими. Випадки чуми в 1575–

1577 та 1630–1631 роках показали, що навіть найсуворіші заходи не завжди могли зупинити інфекцію. Це було зумовлено збільшенням кількості населення, яке прибувало до Венеції - великого торгового й портового міста, що активно взаємодіяло з іншими регіонами. Висока мобільність людей, насиченість торгівельними маршрутами і густота населення значно ускладнювали контроль над поширенням інфекцій, навіть за наявності добре розвиненої системи охорони здоров'я [6, с. 137].

Науковці та медичні комісії під час епідемії чуми 1575–1577 років виявили важливу роль солоної води як ефективного дезінфікуючого засобу. Солоня вода використовувалася для очищення одягу та товарів, що мали контакт із потенційно зараженими людьми чи об'єктами. Це стало визнаним методом санітарної обробки в тогочасній Венеції. 9 листопада 1576 року медичний комітет Венеції видав принаймні дві офіційні листівки, у яких детально приписувалися інструкції, щодо очищення заражених речей за допомогою солоної води. Ці накази були розміщені на вулицях міста, аби забезпечити широке розповсюдження інформації серед мешканців. Венеціанців закликали суворо дотримуватись рекомендацій задля запобігання подальшому поширенню інфекції, що стало ще одним прикладом систематичного підходу до боротьби з епідемією в межах міської спільноти [64, с. 191].

Уряди італійських міст-держав активно переймали досвід боротьби з чумою 1575–1577 років, використовуючи його для створення та публікації різноманітних санітарних та карантинних заходів у Болоньї, Мілані, Вероні, Венеції та, ймовірно, в інших містах. Ці публікації часто були у вигляді листівок, розміщених на кутах вулиць, які в різних регіонах називалися «gride» (у Мілані), «bandi», «manifesti», «editti», «provvisioni», «proclami» тощо. Вони видавалися директорами медичних комісій, сенатами, єпископами та кардиналами-легатами. Масштаби таких заходів перевищували попередні епідемії та відображали серйозність загрози.

Зазначені документи регулювали широкий спектр питань, пов'язаних із боротьбою з чумою. Вони стосувалися таких аспектів, як контроль торгівлі та постачання продуктів до міста, моніторинг переміщення людей і товарів, покарання за фальсифікацію документів (наприклад, векселів здоров'я), організація чумної варти, інформування про епідемічну ситуацію в інших регіонах, заборона в'їзду іноземців, яких підозрювали у захворюванні, та введення правил поховання. Крім того, законодавство встановлювало штрафи за продаж заражених товарів, визначало правила прибирання будинків і утилізації сміття, забезпечувало ізоляцію жертв чуми та їхніх контактів, передбачало блокування будинків і розміщення охорони для них. У деяких випадках вводився карантин для всього населення, або окремих груп, таких як жінки чи діти. Також передбачалося виділення коштів на будівництво спеціальних чумних хатин і створення нових благодійних організацій. Усе це сприяло формуванню комплексного підходу до боротьби з епідеміями [64, с.202].

Якщо говорити про законодавство щодо боротьби з чумою в цілому, то його розвиток сягає ще 1348 року, коли були ухвалені міські постанови Пістої. Згодом подібні закони з'явилися у Мантуї, Венеції, Мілані, Павії та інших містах північної Італії, а також в Іспанії та Франції. Такі акти регулярно публікувалися й оновлювалися протягом наступних десятиліть - наприклад, Бернабо Вісконті видавав такі закони у 1360-х роках у Мілані. [58, с.180; 25]. Однак масштаб заходів, які були запроваджені під час чуми 1575–1577 років, зокрема в Болоньї, Мілані та Вероні, був безпрецедентним. Архівні документи з Верони і Болоньї свідчать, що до цієї епідемії подібні заходи вживалися рідко, і їхній обсяг був значно меншим [24]. Таким чином, саме чума 1575–1577 років стала поштовхом до значного вдосконалення й уніфікації санітарних практик і правового регулювання.

Цікавим аспектом санітарного контролю у Венеціанській Республіці стало введення обов'язкової сертифікації кораблів для запобігання поширенню епідемій. У XVI столітті система карантину зазнала суттєвих

змін, які включали впровадження так званих «векселів здоров'я». Кожен корабель, що прибував до Венеції або інших великих портів, був зобов'язаний мати на борту документ, який підтверджував «здоровий» статус судна з моменту останнього заходу до порту. Цей сертифікат, виданий уповноваженими особами та завірений консулом країни, до якої корабель направлявся, був свідченням того, що на судні відсутні хвороби. Наявність «чистого векселя» дозволяла кораблю безперешкодно входити до порту, оминувши обов'язковий карантинний період, що значно пришвидшувало торгівлю та знижувало ризик поширення інфекційних захворювань через морські шляхи. Таким чином, «векселі здоров'я» не лише слугували інструментом санітарного контролю, але й стали важливим елементом міжнародного правового регулювання, допомагаючи координувати безпечно переміщення товарів і людей у масштабах всього Середземномор'я. Це нововведення сприяло підвищенню ефективності карантинних заходів та створювало систему «санітарної паспортизації», яка полегшувала торгівлю, забезпечуючи при цьому безпеку населення [89].

У XVI столітті заходи карантину зазнали постійних покращень і стали більш суворими. Санітарний кордон навколо Венеції був поступово посилений, що забезпечувало ретельний контроль над усіма суднами, які наближалися до міста. Завдяки цьому жоден корабель не міг уникнути перевірки магістрату охорони здоров'я. Влада прагнула попередити проникнення інфекційних хвороб, що потенційно могли б загрожувати як місцевому населенню, так і економічній стабільності Венеції, яка залежала від торгівлі та морських сполучень.

Задля забезпечення безпеки Венеції озброєні човни регулярно патрулювали лагуну, перевіряючи, чи не відбувається таємне вивантаження потенційно небезпечних вантажів із прибулих суден. Капітани кораблів були зобов'язані звітувати перед санітарними органами, дотримуючись суворого режиму, щоб уникнути будь-яких контактів, і подавати повний звіт про маршрути своїх подорожей. Службовці магістрату охорони здоров'я, відомі

як переписувачі, ретельно збирали свідчення від капітанів та перевіряли документацію, що включала інформацію про порти, в яких кораблі зупинялися. Це дозволяло оцінити потенційну загрозу епідемії, яку міг принести той чи інший корабель [140, с. 32]. Капітани несли особисту відповідальність за правдивість своїх звітів, однак у виняткових ситуаціях вони могли навіть знищувати документи, що, ймовірно, пояснюється спробами зберегти комерційну вигоду. Окрім цього, венеціанська влада створила мережу інформаторів та шпигунів, які збирали розвідувальні дані про епідеміологічну ситуацію в різних портах Середземномор'я. Ця система забезпечувала Венецію актуальною інформацією та підвищувала ефективність захисних заходів проти епідемій, тим самим сприяючи збереженню міста від поширення інфекційних хвороб.

Після завершення всіх адміністративних формальностей товари та пасажери направлялися до лазарету, залежно від рівня епідеміологічного ризику, пов'язаного з прибулим судном. Лазарети виконували функції карантинних портів, де працював професійний медичний та обслуговуючий персонал, відповідальний за санітарні процедури. Наприклад, Lazzaretto Vecchio мав можливість приймати до 6130 тюків товарів, які розміщувалися в різних зонах карантину. Лазарет був поділений на шість секторів, кожен із яких включав 13 кімнат і міг одночасно вмістити до 294 осіб. Інший карантинний комплекс, Lazzaretto Nuovo, мав ще більшу місткість: тут можна було розмістити велику кількість товарів і близько 200 кімнат для пасажирів. У разі необхідності, при відсутності товарів, у цьому лазареті можна було розташувати до 4000 солдатів та 200 коней [140, с. 32].

Протягом карантинного періоду деякі торговці намагалися обійти обмеження, пропонуючи хабарі, щоб отримати доступ до своїх товарів раніше, ніж дозволяли санітарні правила. Це створювало виклики для магістрату, який розробляв заходи покарання з метою стримування таких спроб та запобігання підкупу з боку інших торговців. Випадки підкупу та порушень часто призводили до конфліктів між митниками та торговцями, які

намагалися незаконно вивезти товари з карантину. Подібні інциденти змушували магістрат посилювати контроль і вдосконалювати карантинні процедури, забезпечуючи ефективну ізоляцію потенційних джерел інфекції та надійний захист здоров'я міста.

Мальтузіанські механізми реакції суспільств на демографічні та економічні кризи, описані Clark (2007), дозволяють пояснити поведінку венеційців, які адаптувалися до нестачі ресурсів та загальної нестабільності під час епідемії [63].

Таким чином, аналіз практик виживання та адаптації до епідемії кризь призму концепції Норберта Еліаса дозволяє розглядати чуму у Венеції 1575–1577 рр. не лише як надзвичайну катастрофу, а як момент прискороного прояву довготривалих процесів соціальної дисциплінації та самоконтролю. Епідемія активізувала вже наявні механізми «цивілізування» поведінки, змушуючи індивідів і спільноти регулювати тілесні практики, емоційні реакції та форми соціальної взаємодії відповідно до нових норм безпеки, благочестя й стриманості. Карантинні заходи, ритуалізація повсякденного життя, обмеження контактів і посилений контроль над тілом і почуттями стали не лише засобами виживання, а й важливими інструментами соціальної адаптації.

У цьому контексті чума виступає каталізатором формування специфічних практик колективної дисципліни та солідарності, які поєднували державний контроль і внутрішнє саморегулювання. Саме через ці практики - благочестиву поведінку, ритуальне осмислення смерті, прийняття обмежень і нових норм - венеційці переосмислювали власну роль у міській спільноті та вибудовували нові моделі індивідуальної й колективної ідентичності. Таким чином, застосування еліасівської перспективи дозволяє побачити в адаптації до епідемії не лише реакцію на кризу, а складний процес соціальної трансформації, у межах якого виживання, дисципліна й ідентичність виявляються тісно взаємопов'язаними.

Венеція стала одним із перших міст, що впровадило систематичні практики боротьби з чумою, створивши розгалужену мережу лазаретів. Відкриття постійного лазарету у 1423 році та карантинного комплексу у 1468 році забезпечило ефективну ізоляцію хворих і підозрюваних на зараження, що стало важливим елементом санітарного контролю міста. Для координації карантинних заходів у 1486 році було створено *Magistrato alla Sanita*, який регулював систему охорони здоров'я та запроваджував нові методи боротьби з епідеміями. Венеція стала зразком для інших портових міст Середземномор'я, які переймали її практики карантину. Особливу роль відіграло активне залучення населення до санітарного моніторингу. Влада мобілізувала мешканців, зобов'язавши їх негайно повідомляти про випадки чуми. Це сприяло швидкому виявленню інфекції та ізоляції хворих. Одним із ключових інструментів контролю стали векселі здоров'я - сертифікати, які підтверджували відсутність хвороби на суднах, що прибували до Венеції. Їхнє використання допомогло ефективно регулювати переміщення товарів і людей, знижуючи ризик занесення інфекції. Санітарне законодавство регулювало заходи щодо контролю за переміщенням населення, моніторингу товарів та покарання за порушення карантинних правил. У період чуми 1575–1577 років ці норми стали жорсткішими, включаючи ізоляцію інфікованих будинків, суворий контроль за торговими операціями та штрафи за спроби підкупу санітарних чиновників. Венеціанський медичний комітет видавав спеціальні постанови, що регламентували очищення речей від потенційно небезпечних інфекцій. Система лазаретів у Венеції була добре організованою: комплекси *Lazzaretto Vecchio* та *Lazzaretto Nuovo* мали велику місткість та дозволяли здійснювати контроль над зараженими. Вони використовувалися не лише для ізоляції людей, а й для зберігання товарів, що проходили карантин. Попри ретельний контроль, деякі торговці намагалися порушити карантинні правила, підкуповуючи чиновників для прискорення доступу до товарів. Це змушувало владу запроваджувати нові заходи контролю та посилювати покарання за корупцію. Загалом, система

боротьби з чумою у Венеції стала однією з найбільш ефективних у Європі, забезпечивши комплексний підхід до карантину, адміністративного контролю та санітарних заходів. Її досвід вплинув на розвиток європейської медицини та формування стандартів охорони здоров'я.

**2.3 Репрезентації чуми: уявлення, символи, наративи.** У ранньомодерній Італії, як засвідчує сучасна історико-демографічна література, саме чума виступала головним об'єктом уваги як державних органів, так і медичних структур. Це значною мірою зумовило вибіркового характер медичної політики, зосередженої на найбільш видимій та катастрофічній загрозі. Як слушно зазначає Л. Дель Панта, магістратура у справах охорони здоров'я, зокрема у Тоскані, приділяла максимальну увагу запобіганню чумі, тоді як численні інші захворювання - малярія, тиф, віспа - залишалися на периферії офіційного інтересу [77, с 10]. Аналогічну позицію займав і К. М. Чіполла, який у своїх дослідженнях наголошував на системному недооцінюванні хвороб, що не мали *спекулятивного* характеру, але мали хронічний вплив на працездатність і економічну стабільність населення [61].

Стосовно самого населення, то більша частина венеціанців ставилася до карантину з ненавистю, і уряд республіки почав турбуватися про економічні та політичні наслідки цього заходу. Лідери побоювалися, що заборона на ввезення товарів до міста призведе до значних втрат у податкових надходженнях, що, в свою чергу, може ослабити обороноздатність Венеції. Для обговорення причин хвороби були запрошені кілька лікарів з Венеції та Падуї, серед яких був і Меркуріале. Вони зустрілися з дожем і іншими представниками влади, щоб визначити, чи є це «справжньою чумою», як стверджувало Управління охорони здоров'я, чи ж інша хвороба - менш заразна, наприклад, чумна лихоманка або інфекційне захворювання. Спір викликав і термін «справжня чума», оскільки він не зовсім відповідав сучасним медичним визначенням. Лікарі Управління охорони здоров'я орієнтувалися на симптоми, такі як бубони і карбункули, в той час як

Меркуріале та його колеги акцентували увагу на причинах, поширеності та летальності захворювання [67].

Під час обговорення венеціанські лікарі поділилися на кілька груп. Одні підтвердили діагноз «справжня чума», інші вважали, що це не чума, але хвороба може перейти в «справжню чуму», а треті заперечували будь-який зв'язок із чумою. Меркуріале разом із Джироламо Каподівакка, своїм колегою з Падуї, підтримували останній погляд і виступали за скасування карантину. Вони запропонували лікувати хворих особисто, якщо уряд офіційно оголосить, що чуми у Венеції немає, і скасує більшість обмежень, введених для стримування хвороби [67].

Незважаючи на незгоду з Управлінням охорони здоров'я, венеціанський уряд погодився з цією пропозицією. Як свідчать історичні джерела, дож Альвізе I Моченіго висловив своє схвалення професорам з Падуї. Офіційний історик Венеції Андреа Морозіні (1558–1618) зазначав, що населення міста зраділо такому рішення. Меркуріале, Каподівакка, разом із двома хірургами, чотирма венеціанськими лікарями та двома священиками-єзуїтами приступили до лікування пацієнтів, їхні помічники виколювали фурункули та пускали кров [67] *(Детальніше результати скасування карантину будуть розкриті у наступному розділі)*.

Зміни в поведінці населення під час епідемії відобразилися через руйнування моральних норм та усталених суспільних принципів, що спочатку призвело до занепаду, а згодом - до відродження Венеції. Після того, як чума 1577 року вщухла, місто зазнало значних змін. З'явилися нові мешканці, а демографічний склад населення практично оновився. Ця епідемія привела до майже повної зміни демографічного складу Венеції, яка відродилася вже в новій формі [49, с. 455].

Під час епідемій спостерігалось значне зниження народжуваності, що, на перший погляд, є природною реакцією суспільства на кризи та нестабільність. Однак, водночас, зростала кількість укладених шлюбів, що заклало передумови для демографічного відновлення після завершення

епідемії. Як результат, після спаду захворюваності, особливо після спалахів бубонної чуми, народжуваність починала поступово підвищуватися, компенсуючи втрати, які спричинила епідемія.

Дослідження демографічних наслідків епідемії показують, що навіть за відсутності чітких соціальних кордонів поширення, смертність могла демонструвати внутрішню диференціацію за статтю та віком. Зокрема, S. DeWitte на матеріалах Лондона XIV ст. встановила, що чоловіки та жінки в окремих середовищах мали різні рівні ризику смерті, що могло бути пов'язане як із біологічними факторами, так і з розподілом соціальних ролей [79]. Такі спостереження дають підстави переглянути традиційні уявлення про однорідність впливу чуми на міське населення Венеції.

Сучасні дослідження свідчать, що індивідуальні стратегії виживання значною мірою визначалися попереднім станом здоров'я і фізичним стресом. Біоархеологічний аналіз показує, що люди з маркерами хронічних захворювань мали нижчі шанси пережити епідемію [80]. Ці висновки дозволяють точніше зрозуміти, чому окремі прошарки венеційського населення були значно вразливішими, а певні професійні групи демонстрували підвищені показники смертності.

У містах також спостерігалися вікові диспропорції серед населення. Зокрема, у віковій категорії 10-14 років переважали чоловіки, тоді як у групі від 15 до 25 років більшість становили жінки. Така нерівномірність вікового складу була пов'язана з активною міграцією молодих жінок із сільських районів до міст, де вони часто знаходили роботу в домогосподарствах і виконували обов'язки служниць або інших домашніх працівників. Ця тенденція сприяла зміні соціальної структури міського населення, впливаючи на динаміку демографічного зростання та складу домогосподарств у містах.

У другій половині XVI та в XVII століттях спостерігалася відсутність значного приросту населення, що характеризувалося періодом стагнації [41, с.421]. Незважаючи на деякі позитивні демографічні зрушення, вони не призвели до суттєвих покращень у соціальних і економічних відносинах. В

основному, відновлення населення після цього періоду затишшя здійснювалося за рахунок притоку нових мешканців, серед яких були багато людей із сіл. Цей процес, разом із відновленням торговельних зв'язків, сприяв поступовому відродженню міста. Особливо варто зазначити, що в сільських районах спостерігалася надмірність населення, і завдяки цьому завдані збитки могли швидко відшкодовуватися, що в свою чергу посилювало демографічну динаміку в містах.

Знаходимо репрезентації й в особистому листуванні: листи показують багатогранність культурних установок до чуми: від страху та забобонів до прагматизму. Родина Буонарроті поєднувала як практичні заходи (наприклад, уникнення контакту із зараженими речами), так і духовні практики (молитви і заклик до божественної допомоги), що є паралеллю до венеційських підходів. Поєднання релігійних ритуалів, таких як процесії, присвячені святому Роху і Діві Марії, з ініціативами громадської охорони здоров'я демонструє взаємодію віри та медицини у формуванні колективної ідентичності [130].

Особливо цікавим є те, як листування відображає соціальні відмінності, посилені епідемією. Слуг і робітників часто сприймали з підозрою, що відображає загальні суспільні тривоги щодо мобільності та поширення хвороб. У Венеції ці установки впливали на ставлення до моряків і портових робітників, чия участь у торгівлі була водночас важливою та небезпечною. Зображення бідноти як жертв і розповсюджувачів хвороб підкреслює зв'язок між економічною нестабільністю та охороною здоров'я [130].

Розглянемо яку ж роль відігравали емоції, щодо цього слід виокремити концепт Редді «емоційний режим» – систем соціальних і культурних норм, які визначають, які емоції можуть бути легітимно висловлені, а які підлягають пригніченню. Ці режими не лише регулюють вираження почуттів, але й формують сам досвід емоцій. У цьому сенсі емоційні практики є своєрідними «мовними актами», що не просто відображають, а конституують внутрішній стан [126, с. 12-13].

Особливу увагу Редді приділяє проблемі «емоційної свободи», тобто можливості особи діяти поза жорсткими рамками емоційного режиму. Він показує, як у випадку Французької революції літературний і філософський сентименталізм відкрив нові горизонти емоційної експресії, але одночасно спричинив кризу, оскільки суспільство не могло інтегрувати нові емоційні практики в стабільний порядок [126, с. 11-12].

Таким чином, у підході Редді емоції розглядаються як історично змінні категорії, що мають безпосередній вплив на політичні й соціальні процеси. Це дозволяє пояснити, чому емоційні спільноти у часи криз (зокрема епідемій) формують нові практики солідарності, ритуали та наративи, які стають підґрунтям колективної ідентичності [126].

Отже, епідемія чуми, що тривала з 1575 по 1577 роки, мала локальний характер, що є типовим для епідемічних спалахів цього періоду в XVI столітті. Щоб уникнути подальшого поширення інфекції в торговельному місті, магістрати запроваджували нові механізми контролю за кораблями, зокрема, систему векселів та корабельних журналів. Ці документи мали підтверджувати, що на борту немає хворих, а також свідчити про відвідування портів, де діяли карантинні заходи.

Після завершення оформлення документації подорожнім дозволялося проходити карантин, і лише після цього їм надавали доступ до міста. Лазарети, у свою чергу, мали кваліфікований обслуговуючий персонал і фінансувалися державою. Одночасно з цим формувалися спеціалізовані структури магістрату, відповідальні за охорону здоров'я, що включали фахівців, які контролювали заходи профілактики.

Епідемія чуми 1575–1577 років у Венеції викликала не лише масштабні санітарні заходи, але й значний суспільний резонанс, що відобразилося у політичних дискусіях, соціальній поведінці та культурних репрезентаціях. Запровадження карантину та його наслідки викликали неоднозначну реакцію: уряд намагався балансувати між необхідністю контролю над епідемією та економічними втратами від торговельних обмежень, що

спричинило суперечки між медичною спільнотою та владою щодо природи хвороби. Попри різні медичні думки, карантинні заходи частково були скасовані, що мало наслідки для подальшого поширення інфекції. Демографічні зміни після чуми значно вплинули на соціальну структуру міста, призвівши до оновлення населення через міграцію, а також порушення традиційних соціальних норм. У суспільній свідомості відбулося переосмислення ролі релігійних та медичних практик: одночасно з молитвами та релігійними процесіями відбувалася активізація заходів громадської охорони здоров'я. Репрезентації чуми у листуванні показують соціальні контрасти, де мобільні групи населення (слуга, моряки) сприймалися як потенційна загроза, а одночасно й жертви епідемії. Загалом, ця криза стала важливим чинником у формуванні нової суспільної та політичної ідентичності Венеції, що інтегрувала як медичні, так і релігійні підходи до боротьби з чумою.

### Розділ 3

## КОЛЕКТИВНІ ІДЕНТИЧНОСТІ ВЕНЕЦІАНЦІВ В УМОВАХ ЧУМИ СВЯТОГО КАРЛА 1575-1577 РР.

Цей розділ присвячений аналізу процесів формування колективної ідентичності мешканців Венеції під час епідемії чуми святого Карла 1575–1577 років. У ньому розглядається, як епідемія вплинула на соціальні взаємодії, зміцнення суспільних зв'язків та інтеграцію різних соціальних груп. Особливу увагу приділено ролі міської влади, церкви, а також медичних і соціальних інституцій, які брали участь в організації боротьби з епідемією та забезпеченні підтримки населення в цей критичний період. Спільні зусилля у протидії хворобі стали важливим чинником консолідації громади та формування її колективної ідентичності.

Розглянуто поведінку та реакцію мешканців міста на епідемію, включно з релігійними практиками, благодійністю та процесіями, які не лише мали стримати поширення хвороби, а й згуртувати громадян у кризовий момент. Ключову роль у стабілізації ситуації відігравали карантинні заходи, які, попри опір з боку частини населення, поступово покращували санітарний стан міста. Доведено, що узгоджені дії медичних, адміністративних та церковних інституцій сприяли підтримці громадського порядку, а також закладали підґрунтя для соціальної солідарності, яка була критично важливою для збереження міста під час пандемії.

Особливу увагу приділено співпраці різних суспільних груп, які разом протистояли епідемії. Зусилля міської влади, медиків, духовенства та простих громадян забезпечили впровадження дієвих механізмів соціальної підтримки та стримування хвороби. Епідемія стимулювала зростання колективної відповідальності мешканців за майбутнє свого міста. Релігійні процесії, публічні молитви та благодійність стали символами єдності, сприяли моральній підтримці та слугували зміцненню віри в часи невизначеності.

У XVI столітті Венеція, як і більшість європейських міст, зіткнулася з масштабною загрозою - епідеміями чуми. Чума святого Карла 1575–1577 років стала одним із найбільших викликів для венеціанського суспільства, призвівши до значних демографічних втрат, економічних труднощів та соціальних потрясінь. Епідемія викликала паніку, але водночас стала каталізатором для формування нових моделей соціальної поведінки, релігійних практик і політичних стратегій.

У цей період стало очевидним, що для подолання кризи необхідно об'єднати зусилля всіх прошарків суспільства. Від міської влади та медичних працівників до представників духовенства й звичайних громадян - усі брали участь у підтримці порядку та соціальної стабільності. У цьому контексті важливо дослідити, як взаємодія цих груп сприяла формуванню нових суспільних норм і культурних практик, які не лише допомогли місту подолати кризу, а й стали важливим фактором у формуванні спільної ідентичності.

Таким чином, епідемія чуми святого Карла стала не лише руйнівною подією, а й моментом значущих трансформацій у венеціанському суспільстві. Поєднання зусиль різних соціальних груп, релігійних і медичних інституцій створило основу для відновлення міста після епідемії, закріпивши колективну ідентичність його мешканців. Досвід боротьби з хворобою сприяв зміцненню соціальної солідарності та консолідації громади, що стало важливим уроком для подальшого розвитку венеціанського суспільства.

**3.1 Інституційні реакції: магістрат, патриціат, управлінські стратегії.** Ще до початку XVII ст. Італія мала одну з найбільш ефективних у Європі систем охорони здоров'я, яка спиралася на багаторівневу структуру контролю - від державних кордонів до міських ізоляторів (*lazzaretti*) [39, с. 22–23]. Створення та регулювання цих закладів здійснювалося магістратами охорони здоров'я (*Magistrato sopra la Sanita*), які координували санітарні кордони, карантини та госпіталізацію. Така організація стала моделлю для європейських практик боротьби з епідеміями [39, с. 22–23].

У Венеції функціонували два магістрати, які відповідали за забезпечення громадського порядку та дотримання законів: Нічна сторожа (*Signori di Notte*) та Екзекутори у справах богохульства (*Esecutori contro la bestemmia*) [57, с.33].

Нічна сторожа, заснована ще в середині XIII століття, поступово розширювала свої функції, виконуючи завдання з охорони громадського порядку, контролю за моральною поведінкою громадян та запобігання злочинам. У 1544 році цей магістрат було поділено на дві окремі структури: одну, яка займалася кримінальними справами, і другу, яка відповідала за цивільні питання. Кожна з цих структур складалася з шести членів, що працювали над підтриманням безпеки та справедливості в різних аспектах міського життя [6, с.122].

Екзекутори у справах богохульства були створені на початку XVI століття. Їхня основна мета полягала в боротьбі з проявами богохульства, що розглядалося як серйозна загроза не лише для релігійних цінностей, а й для соціальної гармонії міста. Магістрат активно займався переслідуванням тих, хто зневажав святині або порушував релігійні норми, тим самим сприяючи зміцненню моральних устоїв у суспільстві [57, с. 34; 6, с.110].

Спільна діяльність цих двох інституцій забезпечувала ефективний контроль над дотриманням закону, підтриманням громадського порядку та моральної стабільності в Венеції. Завдяки роботі Нічної сторожі та Екзекуторів у справах богохульства венеціанська влада могла регулювати поведінку жителів міста та попереджати прояви небажаних соціальних явищ, зберігаючи таким чином баланс між громадянськими, кримінальними та релігійними аспектами міського життя [57, с. 34].

Такі інституції стали невіддільною частиною системи управління Венецією, сприяючи утвердженню соціального порядку та підтриманню традиційних цінностей у складному поліетнічному та соціально-динамічному середовищі міста.

У випадках, коли магістрати стикалися з питаннями, що стосувалися здоров'я населення, відповідальність переходила до спеціалізованих органів охорони здоров'я (*Provveditori di Sanita*) [57, с. 34]. У трактаті «Про магістрів та влаштування Венеціанської республіки» Гаспаро Контаріні зазначав: *«Магістрат, що відповідає за здоров'я, має стежити, щоб заразні хвороби не потрапляли в місто. У разі їх появи, він має негайно зупинити поширення. Для цього були збудовані ізольовані приміщення за містом, куди відправляють хворих і тих, хто з ними контактував, на карантин тривалістю 40 днів. Якщо за цей час хвороби не виявляється, вони повертаються додому. Ці органи також контролюють якість продуктів і предметів вжитку, щоб запобігти зараженню»* [6, с. 136].

Органи охорони здоров'я у Венеціанській республіці відігравали ключову роль у запобіганні поширенню епідемій та забезпеченні санітарного порядку в місті. Починаючи з XV століття, подібні структури почали з'являтися в різних італійських містах, а до XVI століття вони функціонували в усіх великих міських центрах. Їхня діяльність охоплювала широкий спектр завдань, зокрема видачу санітарних посвідок для мандрівників і товарів, сертифікацію кораблів, організацію карантинів та встановлення санітарних кордонів, які перешкоджали занесенню інфекцій [57, с. 34].

Однією з основних заходів ізоляції у Венеції стала практика створення лазаретів - спеціалізованих ізоляційних установ за межами міста. Венеціанська республіка стала першою у розробці та впровадженні системи карантину, що отримала згодом міжнародне поширення. Лазарети використовувалися для ізоляції інфікованих, осіб, які контактували з ними, а також для перевірки підозрілих товарів. Термін ізоляції становив традиційні 40 днів, звідки й походить слово «карантин» (*quaranta giorni*) [6, с.136; 140 р.32].

Окрім боротьби з інфекційними хворобами, органи контролювали якість продуктів харчування, води та предметів щоденного вжитку. Ці заходи спрямовувалися на запобігання поширенню хвороб через харчові продукти

або речі, які могли бути заражені. Регулярний контроль за якістю товарів підкреслював серйозність і системність підходу Венеціанської республіки до питань громадського здоров'я [57, с. 34].

Створення та діяльність органів зі справ санітарії у Венеції стали не лише дієвим механізмом боротьби з епідеміями, але й вагомим внеском у формування ефективної системи управління громадським здоров'ям. Венеціанська модель надала зразок для багатьох європейських країн, ставши однією з перших комплексних структур, спрямованих на захист здоров'я населення та підтримання санітарного порядку [44].

Порівняння з пізнішими пандеміями, зокрема іспанським грипом 1918 р., показує структурну подібність механізмів інституційної реакції, включно із запровадженням карантинів, обмеженням мобільності та контролем за простором. Karlsson et al. (2014) демонструють стійкість таких управлінських моделей у різні епохи [104].

Формування колективної ідентичності венеційців у часи епідемій відбувалося не лише через релігійні практики, але й через досвід спільного переживання ізоляції. Як зазначає Дж. С. Кроушо, венеційська влада сприймала карантин не тільки як засіб контролю, а як моральний інструмент, покликаний виховати у громадян «спільну часову дисципліну» - відчуття очікування, надії та покаяння, що об'єднувало містян незалежно від соціального статусу [70, с. 18–25]. Таким чином, карантин ставав простором консолідації громади, де страх перед смертю трансформувався у моральну та громадянську солідарність [34].

Подібні до венеційських процесів спостерігалися й у Франції, де інституції допомоги - насамперед шпиталі для бідних у періоди епідемій - виконували не лише функцію медичного догляду, але й сприяли формуванню уявлень про «спільне благо» як моральну основу суспільства. Н. Мерфі відзначає, що турбота муніципальної влади про бідних обґрунтовувалася ідеєю «загального добра», поєднуючи моральний обов'язок із соціальним контролем [115, с. 355–357].

У цьому контексті венеційська модель виглядає одним із найпошлідовніших прикладів ранньомодерного поєднання державного управління й етичної відповідальності. Як показує Дж. Делогу у дослідженні *Inventing Public Health in the Early Modern Age: Venice and the Northern Adriatic* (2022), створення магістрату охорони здоров'я (*Provveditori alla Sanita*, 1486 р.) та мережі лазаретів стало не лише адміністративною реформою, а й способом самоідентифікації держави як «морального тіла», що бере на себе відповідальність за життя громадян [75; 76, с. 48–51]. Таким чином, практики санітарного контролю у Венеції можна тлумачити як форму конструювання колективної ідентичності через механізми медичного й морального порядку.

Для порівняння з Венецією візьмемо інше місто. На основі аналізу мікродемографічної бази мешканців міста Карманьйола під час чуми 1630 р. автори простежують залежність шансів на виживання від соціально-економічного статусу. Виявлено парадоксальний ефект: представники вищих верств населення мали вищу смертність у межах *lazzaretto*, тоді як бідні мали кращі шанси на виживання завдяки кращим умовам і своєчасному догляду [39, с. 35–38]. До Речі можливо це пов'язано з тим, що бідняки звикли до поганих умов життя і для них перебування у лазареті не було настільки важким морально, як для представників вищих верств населення.

Як показують автори, досвід карантину та спільної ізоляції у *lazzaretti* формував у міських громадах колективне відчуття взаємозалежності. Попри високий рівень страху, спільні практики виживання створювали основи громадської солідарності, заснованої на досвіді спільного очікування, турботи й покаяння [39, с. 31–32].

Як зазначають Brown & Ravallion (2020), соціальна нерівність формує різний рівень доступу до ресурсів у кризових умовах, що визначає здатність окремих груп населення виконувати приписи влади, зокрема карантинні обмеження. Подібні процеси простежуються і у Венеції 1575–1577 рр., де

патриціат мав значно ширші можливості для ізоляції та самозахисту, ніж нижчі соціальні стани [52].

Таким чином, магістрат та патриціат Венеції відігравали ключову роль у забезпеченні громадського порядку та контролю за дотриманням законів, що стало основою стабільності республіки. Завдяки діяльності Нічної сторожі та Екзекуторів у справах богохульства вдалося підтримувати соціальну рівновагу та моральні устої міста, що мало важливе значення для багатонаціонального і динамічного венеціанського суспільства. Однак, коли виникали загрози здоров'ю населення, відповідальність за протидію епідеміям переходила до органів охорони здоров'я, які запровадили ефективні санітарні заходи, включаючи карантин та контроль за якістю товарів. Венеціанська республіка стала першопрохідцем у розробці та впровадженні карантинної системи, створивши перші лазарети, які надалі слугували моделлю для інших європейських міст. Ці установи стали невід'ємною частиною стратегії боротьби з поширенням інфекцій, а також сприяли формуванню комплексної політики громадського здоров'я. Контроль за продуктами харчування, водою та предметами щоденного вжитку доповнював заходи з охорони здоров'я, забезпечуючи венеціанцям захист від потенційних загроз. Отже, управління охороною здоров'я у Венеції не лише заклало основу для ефективного протистояння епідеміям, але й стало важливим кроком у розвитку сучасних санітарних та адміністративних структур.

**3.2 Медичні підходи та роль лікарів у кризовий час.** Далі аналізуються різні категорії медичних фахівців, що брали участь у боротьбі з чумою: професійні лікарі, хірурги, аптекарі, жінки-цілительки, а також шарлатани, які наживалися на страху населення. Окрему увагу приділено формуванню образу чумного лікаря та еволюції його костюму. *Детальніше у бакалаврській дипломній роботі.*

*Професійні лікарі та хірурги-цирульники.* Професійні лікарі, що мали університетську освіту, займали найвищу сходинку в медичній ієрархії.

Серед відомих лікарів виокремлюється – Джироламо Кардано (1501–1576), який, попри труднощі з отриманням ліцензії, здобув докторський ступінь і став провідним медиком свого часу [116].

Поряд із лікарями працювали хірурги-цирульники, до обов'язків яких входили: вправлення кісток, ампутації, перев'язки ран та кровопускання. Вони також надавали косметичні послуги, зокрема голили та підстригали волосся. Через відсутність університетської освіти та нижчий соціальний статус вони часто перебували в тіні лікарів. Проте під час епідемій їхня роль зростала, адже саме вони залишалися на передовій боротьби з чумою, коли лікарі або тікали, або гинули [56, с.34-37].

Різниця в статусі між лікарями та хірургами була відчутною: лікарі претендували на вищу соціальну позицію, особливо у XV ст., коли вони почали дистанціюватися від хірургів у межах професійних гільдій.

*Аптекарі* відігравали важливу роль у боротьбі з чумою, готуючи лікарські засоби. Вони регулювалися гільдіями та державними органами [56, с.38]. Деякі з них поєднували медичну та духовну діяльність, як, наприклад, Аміко Джаззі, котрий одночасно був священнослужителем і аптекарем. Проте його звинуватили в магічній практиці та зловживанні своїм становищем (зокрема, зміні дозування ліків заради особистої вигоди) [91, с.56].

*Жінки-цілительки.* Жінки також брали участь у медичній практиці, особливо в сільських районах, де вони виконували роль цілительок. Вони займалися лікуванням широкого спектра недугів, передаючи свої знання з покоління в покоління. Деякі були заможними жінками, які надавали медичну допомогу як форму благодійності, інші – народними лікарками, що практикували серед бідних [56, с.41-42]. Незважаючи на довіру населення, влада часто переслідувала їх, оскільки між образом народного цілителя та відьми існувала тонка межа. Вважалося, що якщо жінка могла лікувати, вона так само могла й нашкодити, а отже, потенційно була небезпечною. Акушерки були найбільш поширеними серед жінок-медиків, оскільки навіть

під час епідемій вагітні жінки потребували їхньої допомоги. Новонароджених ретельно купали, щоб захистити їх від «зараженого повітря», якщо їхні матері хворіли на чуму.

*Шарлатани.* Під час чуми зростала кількість шарлатанів, які використовували наївність населення та відсутність ефективних ліків. Вони влаштовували театралізовані вистави на вулицях міст, продаючи «чудодійні» засоби. Влада намагалася обмежити їхню діяльність – наприклад, у Римі 1672 року було заборонено демонструвати «диво-ліки» та проводити небезпечні вистави з отрутами [90, с.133; 114, с.133]. Образ шарлатанів проник у театральну культуру – у комедії dell'arte популярним персонажем став псевдолікар, який ошукував довірливих людей [56, с.45].

Під час епідемій у Венеції спостерігався активний розвиток благодійної діяльності: міська влада залучала лікарів для надання допомоги мешканцям. Медики не лише лікували пацієнтів, але й відігравали важливу роль у формуванні громадських стратегій боротьби з епідеміями. Вони подавали магістратам рекомендації, що виходили далеко за межі суто медичних процедур. Серед них були пропозиції щодо очищення та дезінфекції міських вулиць, заходи з попередження поширення інфекцій, суворі санкції за крадіжки майна, яке могло бути зараженим, а також ініціативи щодо будівництва нових лікарень і створення інших інфраструктурних об'єктів, спрямованих на покращення системи охорони здоров'я. Такий системний підхід підкреслював взаємодію між медичними експертами та міською адміністрацією, сприяючи ефективному управлінню під час кризових ситуацій [64, с. 7].

У XVI столітті кількість лікарів із університетською освітою значно зросла, що свідчило про розвиток медичної освіти та зростання ролі офіційної медицини в суспільстві. Однак, незважаючи на ці зміни, їхня ефективність у боротьбі з епідеміями, зокрема чумою, залишалася майже на тому ж рівні, що й під час пандемії 1348 року [56, с.33]. Лікарі співпрацювали з іншими представниками медичної сфери, такими як хірурги

та аптекарі, які займалися лікуванням ран і приготуванням ліків. Водночас вони були змушені конкурувати з шарлатанами та народними цілителями, які часто пропонували більш доступні, але сумнівні методи лікування.

Лікарі обслуговували різні соціальні верстви населення, залежно від їхнього статусу та фінансових можливостей. Вищі прошарки суспільства, такі як дворяни, наймали персональних лікарів із високим рівнем підготовки, тоді як бідніше населення зазвичай зверталось до місцевих цілителів або аптекарів, які надавали більш доступні послуги. Це створювало певну залежність лікарів від їхніх клієнтів, адже вони не лише забезпечували оплату їхньої праці, але й визначали рівень соціального визнання медика [91, с.67].

Ця ситуація підкреслює складність медичної практики того часу: з одного боку, відбувався розвиток медичної освіти та професійної діяльності, а з іншого – зберігалися соціальні та економічні обмеження, які впливали на доступність і якість медичних послуг у різних регіонах.

Окрім зростання кількості лікарів із університетською освітою, розвиток медицини в епоху епідемій залучав до медичної практики представників різних соціальних верств, кожен із яких відігравав свою роль у формуванні лікарської справи. Сприйняття лікарів суспільством змінювалося залежно від їхньої компетентності та вартості послуг. Найбільші прибутки медики отримували під час війн і епідемій, хоча ризик для їхнього життя був надзвичайно високим, що часто спонукало відмову від виконання обов'язків [56, с.35].

Ефективність професійних лікарів у боротьбі з чумою поступово покращувалася. Наприклад, у XVII столітті діяльність професійних медиків стала більш структурованою, однак навіть ці зусилля не змогли повністю зупинити епідемії. Зростання числа хірургів-цирульників сприяло укріпленню медичних гільдій, які набули значного поширення у малих містах. Ці гільдії також включали до своїх лав хірургів, які поступово здобували статус професійних лікарів [7, с.28]. Проте традиційна медицина

залишалася популярною серед населення, особливо серед нижчих соціальних верств. Жінки-знахарки та акушерки, які часто виконували ключову роль у догляді за хворими, не завжди отримували офіційне визнання у професійній медицині, що потребує окремого дослідження [61; 32; 60].

Серед медиків були й шарлатани, які зловживали стражданнями людей, пропонуючи сумнівні методи лікування. Хворі, зі свого боку, не завжди могли відрізнити професійних лікарів від шарлатанів, адже обидві категорії претендували на звання «чумних лікарів». Саме тому чумні лікарі були дуже різномірною групою, яка об'єднувала як висококваліфікованих фахівців, так і найменш освічених практиків [17, с.207–214; 22; 2]. Їхня праця була обумовлена не лише медичними знаннями, а й соціальними уявленнями про роль лікаря в епідеміях [90, с.133; 114, с. 132].

*Лікарський костюм.* Одяг лікарів змінювався з плином часу. Спочатку він відповідав моді: лікарі носили хутрянні плащі, чорні рукавички та прикрашені капелюхи, що підкреслювало їхній статус [див. дод. В]. Проте у XVII ст. вони почали більше зосереджуватися на захисті від зараження, що призвело до створення «носатого» чумного костюма [92, с.23]. Цей костюм описав Томазо Бартоліні у 1661 р.: він складався з довгого халата, капелюха, маски з видовженим дзьобом (що містив трави для фільтрації повітря), а також рукавичок. Маска з'явилася через поширене уявлення про міазми – отруйні випари, які вважалися причиною поширення хвороб [3, с.142-144; 29]. [див. дод. Е]

На додаток до практичних методів лікування, лікарі та аптекарі активно торгували різними засобами профілактики, серед яких були пігулки, зілля та порошки. Багато з них мали лише плацебо-ефект або викликали сильні побічні реакції, наприклад, діарею, що сприймалося як ознака очищення організму. Найпопулярнішим засобом для профілактики й лікування чуми був теріак – багатокомпонентна суміш із близько 64 інгредієнтів, включаючи смажену плоть гадюки. Особливо відомим був теріак, вироблений у Венеції,

де його інгредієнти готувалися під час щорічної публічної церемонії [13 , с.192].

Попри популярність теріаку, його використання викликало суперечки серед медиків. У 1570 році в Брешії відбулася дискусія між лікарями щодо доцільності застосування цього засобу. Відомий лікар Джироламо Донцелліні підтримував використання теріаку, обґрунтовуючи його ефективність у боротьбі з чумними лихоманками. Однак молодший лікар Вінченцо Кальцавелья виступив проти такого підходу, що відображало загальну зміну підходів до лікування інфекційних хвороб [8, с.6]. Подібні сумніви висловлювали й інші лікарі того часу, наприклад, міланський хірург 1577 року, який критикував популярні методи лікування, засновані на сильних препаратах і дієтах [12, с. 243].

В умовах високої вартості медичних послуг і обмеженого доступу до ліків, самолікування набуло широкого поширення, особливо серед бідних верств населення. Одним із популярних засобів були амулети й талісмани, які, за віруваннями, могли захистити від чуми. Деякі з них містили екзотичні інгредієнти, як-от серце жаби, луска риб чи навіть порошок із «рогу єдинорога». Насправді цей порошок часто виготовляли з бивнів моржів або рогів нарвалів, які видавали за чарівний ріг [56, с. 60]. [див. дод. Є]

Незважаючи на розмаїття засобів лікування, найбільш дієвим способом уникнення чуми залишалася втеча з міста. Заможні міщани будували заміські будинки, куди переїжджали при перших чутках про спалах епідемії. Тим часом бідні верстви залишалися в осередках хвороби, покладаючись переважно на власні сили або на допомогу лікарів, призначених магістратом [1].

Для профілактики захворювань лікарі епохи Середньовіччя та Ренесансу радили використовувати приємні аромати, які не лише сприяли покращенню самопочуття, а й, за тогочасними уявленнями, могли відганяти «зловісне повітря», що вважалося одним із джерел інфекцій. Серед найпопулярніших ароматичних засобів були алое, амбра, мускус та

різноманітні трави, зокрема лаванда, розмарин, м'ята й чебрець. Лікарі вважали, що ці запахи здатні очищати повітря, захищаючи організм від шкідливих випарів [29].

Відомий італійський лікар та вчений Джироламо Фракасторо, один із перших теоретиків епідеміології, радив своїм пацієнтам дбати про якість повітря, що вони вдихали. Він рекомендував вдихати чисте свіже повітря, насичене природними ароматами, а також застосовувати тютюн для фумігації приміщень. Фракасторо був одним із перших, хто звернув увагу на користь тютюну в боротьбі з інфекціями, і цей метод набув значної популярності у XVI столітті.

Окрім фумігації тютюном, для очищення приміщень спалювали ароматичні смоли, такі як ладан або мирру, а також виготовляли спеціальні суміші з ароматичних речовин, які спалювали під час епідемій. Вважалося, що такий дим не лише усуває «погане повітря», а й створює захисний бар'єр проти поширення хвороб.

Особливу увагу приділяли також носінню ароматичних амулетів і мішечків із запашними травами, які люди тримали при собі. Ці «засоби захисту» носили як у міських умовах, так і під час втечі з уражених епідемією територій. Таким чином, ароматерапія, нехай і з примітивним науковим обґрунтуванням, стала однією з ключових складових профілактичних заходів у періоди спалахів хвороб [56, с.50].

Одним із найпоширеніших засобів був оцет, який використовували для обробки поверхонь, миття рук і одягу, а також для очищення повітря в приміщеннях. Його додавали у воду для прибирання або розбризкували в оселях. Завдяки своєму різкому запаху оцет сприймався як дієвий засіб нейтралізації «заражених випарів» та відлякування комах.

Часник також посідав важливе місце серед засобів профілактики інфекційних хвороб. Його подрібнювали й змішували з іншими ароматичними травами, після чого розвішували у приміщеннях або зберігали у спеціальних мішечках, які носили на шії. Вважалося, що потужний аромат

часнику створює бар'єр, що відлякує бліх та очищує повітря. Крім того, часник споживали у їжу, оскільки йому приписували здатність зміцнювати організм і підвищувати його опірність до хвороб [29].

Іншим важливим компонентом профілактики були пахучі трави, такі як розмарин, лаванда, чебрець, м'ята та полин. Їх спалювали у приміщеннях для утворення диму, який, на думку тогочасних лікарів, очищав повітря і створював захисний бар'єр проти хвороботворних чинників. Також їх тримали біля вікон та дверей, вважаючи, що аромат трав здатний зупинити проникнення шкідливих випарів. Ці методи були не лише функціональними, але й створювали заспокійливий ефект для населення, що панічно боялося епідемій.

Особливим і, з сучасної точки зору, доволі суперечливим методом профілактики було використання запаху козла. У той час вважалося, що специфічний і сильний аромат цієї тварини здатен відлякувати бліх – основних переносників чуми. Цей метод застосовували переважно у сільській місцевості та серед нижчих верств населення, які не мали доступу до більш дорогих засобів, таких як ароматичні суміші чи фумігація.

Отже, засоби дезінфекції того часу базувалися на комбінації емпіричних спостережень і традиційних вірувань. Вони включали використання сильних ароматів, диму, природних антисептиків та компонентів із різким запахом, які слугували як для створення ілюзії безпеки, так і для реальної боротьби із поширенням інфекційних захворювань.

Під час епідемій магістрат Венеції активно співпрацював із професійними лікарями, що було особливо важливим у контексті встановлення точного діагнозу та ефективної організації заходів протидії поширенню хвороб. Наприклад, у 1555 році венеціанська влада звернулася до відомого лікаря Нікколо Масси з проханням визначити, чи має захворювання характер чуми. Маса категорично відмовився робити висновки без детального огляду трупів і хворих, що підкреслює важливість анатомічного аналізу для діагностики в тогочасній медичній практиці [16, с. 21].

Епідемія чуми у Венеції в 1575–1577 роках стала черговим викликом для медичної спільноти міста та його адміністративного апарату. До роботи активно залучали провідних фахівців, зокрема Джироламо Меркуріале – видатного лікаря та вченого, якого у 1575 році запросили на шестирічний контракт як професора з Падуанського університету. Спочатку Меркуріале здобув визнання завдяки своїй кваліфікації та авторитету в медицині. Його запрошення розглядалося як один із ключових заходів у боротьбі з поширенням епідемії.

Однак дії Меркуріале під час епідемії викликали суперечливі оцінки. Зокрема, він стверджував, що хвороба не є чумою, і рекомендував скасувати карантинні заходи, що на той час розглядалися як основний інструмент боротьби з інфекціями. Під керівництвом Меркуріале лікарі, в тому числі й він сам, вільно пересувалися між будинками хворих та здорових, що створило серйозні ризики поширення хвороби. На початку така стратегія, здавалось, дала позитивний результат – рівень смертності тимчасово знизився. Однак невдовзі ситуація різко погіршилася, що призвело до значного зростання кількості жертв епідемії [118, с. 51–65].

Цей випадок ілюструє складність взаємодії між медичною наукою та адміністративною владою в умовах епідемій, а також необхідність врахування як теоретичних знань, так і практичних заходів у боротьбі з інфекційними хворобами. Крім того, дії Меркуріале демонструють обмеження медичних знань XVI століття, коли навіть провідні фахівці могли недооцінювати небезпеку чуми та помилково інтерпретувати її симптоматику, що мало катастрофічні наслідки для міського населення.

Скасування карантину та інших захисних заходів під час епідемії чуми у Венеції 1575–1577 років призвело до катастрофічних наслідків для міста. Різке зростання рівня смертності стало предметом гострих звинувачень. Корнеліо Морелло, нотаріус Ради охорони здоров'я, прямо поклав відповідальність на відомих лікарів Джироламо Меркуріале та Джованні Каподівака. Морелло зазначав, що саме їхні рішення та рекомендації стали

однією з основних причин надмірної кількості жертв [119 , с. 277; 57]. Водночас міська влада також частково винна в затримці запровадження загального карантину. Така позиція пояснювалася страхом перед соціальними наслідками, зокрема конфіскацією майна заражених родин, що викликало невдоволення серед населення [64, с. 125]. Окрім того, існувала загроза економічних втрат через обмеження на торгівлю та пересування товарів, які були життєво важливими для Венеції як торговельного центру.

Одним із спірних рішень магістрату стало знищення собак і котів, які раніше допомагали контролювати чисельність гризунів. Унаслідок цієї політики кількість щурів, які були основними носіями бліх – переносників чуми, стрімко зроста. Це лише прискорило поширення інфекції серед міського населення [4]. Зрештою, у липні 1576 року, коли ситуація стала критичною, Сенат ухвалив рішення про введення загального карантину. Проте ці заходи вже були недостатньо ефективними. За підрахунками того часу, помилки Меркуріале та його колег стали причиною смерті понад 50 тисяч мешканців міста. Щоб відновити свою репутацію, Меркуріале опублікував у 1577 році трактат *De Pestilentia*, у якому виклав власний підхід до діагностики та лікування епідемічних хвороб [118].

У цьому контексті цікаву роль відіграв лікар-протестант Джироламо Донцелліні, друг Меркуріале. Через свої релігійні переконання Донцелліні кілька разів був засуджений інквізицією, однак у розпал епідемії, у 1576 році, його тимчасово звільнили з в'язниці для участі в лікуванні хворих. Його офіційне звільнення було затверджено лише 19 квітня 1577 року [59]. Донцелліні рішуче виступав проти позиції опозиційних лікарів, які наполягали, що захворювання 1577 року не можна вважати чумою. Він підтримував жорсткі обмеження, запроваджені магістратами, включаючи ізоляцію заражених поза містом, блокування торгівлі, заборону на пересування громадян і розрив зв'язків із зараженими регіонами. Донцелліні стверджував, що такі заходи є дієвими навіть у тих випадках, коли лікарі висловлювали сумніви щодо природи захворювання [64 , с. 166].

До кінця літа 1577 року чума офіційно отримала статус «vera peste» (справжньої чуми) відповідно до галенівської класифікації. Донцелліні, однак, наполягав, що хвороба мала всі типові ознаки чуми з самого початку. Він вважав ізоляцію хворих найефективнішим способом стримування поширення інфекції [9]. Його думки та дії отримали підтримку лише після того, як попередні методи боротьби зазнали краху, а кількість жертв зростає до критичного рівня.

Однією з найважливіших структур для боротьби з епідемією стали венеціанські лазарети. Їх запровадження стало однією з найпрогресивніших медичних інновацій того часу. Перший лазарет було засновано на острові Santa Maria di Nazareth, який пізніше отримав назву «Lazaretto» – від попереднього монастиря на цьому острові. Згодом цей термін почали використовувати для позначення подібних установ у Європі [140, с. 22]. Лазарети функціонували як ізоляційні центри для хворих, а медичний персонал, що працював у них, отримував заробітну плату за рахунок держави. Венеціанські лазарети стали зразком для створення аналогічних структур у всіх середземноморських портах [140, с. 23].

До боротьби з епідемією активно залучалися всі верстви населення. Магістрат закликав громадян швидко повідомляти про всі підозрілі випадки захворювання, як у місті, так і на кораблях, які прибували до Венеції. Така оперативність дозволяла своєчасно ідентифікувати вогнища інфекції та організувати їх ізоляцію [57, с. 39].

Листування Буонаротті також ілюструє, як професійні ідентичності впливали на реакцію на чуму. Наприклад, лікарі були водночас необхідними завдяки своїй експертизі, але й критикувалися за обмеженість своїх знань. Подібне ставлення спостерігалось у Венеції, де роль Magistrato alla Sanità демонструвала взаємозв'язок управління та медичної практики. Напруженість між емпіричними спостереженнями та традиційними віруваннями, такими як теорія міазмів, очевидна в обох контекстах, підкреслюючи перехідний період в історії медицини [130].

Однак навіть комплекс заходів, включаючи карантин, ізоляцію та роботу лазаретів, не могли повністю запобігти поширенню чуми. Однією з головних причин цього став значний приплив населення до Венеції. У другій половині XVI століття місто залишалося одним із найважливіших центрів торгівлі та культури, що створювало умови для постійної циркуляції людей і товарів. Це, у свою чергу, сприяло поширенню інфекцій, навіть попри значні зусилля венеціанської влади [6, с. 137].

Аналіз біоантропологічних даних дає підстави стверджувати, що лікарські рекомендації ранньомодерного часу спиралися на спостереження щодо диференційованої вразливості різних груп населення. Дослідження смертності під час «Чорної смерті» підтверджують, що попередній стан здоров'я та біологічні особливості пацієнтів могли значно визначати їх шанси на виживання [80]. Робота S. DeWitte [79] також показує можливі відмінності між чоловіками й жінками у рівні смертності, що дозволяє краще зрозуміти медичні практики та пріоритети того часу.

Медична допомога під час чуми в Італії XVI-XVII ст. була неоднорідною. Поряд із професійними лікарями діяли хірурги, аптекарі, жінки-цілительки, а також численні шарлатани. Попри розвиток медичної науки, спроби зупинити епідемію залишалися малоефективними. Хірурги-цирульники поступово отримали визнання та почали входити до лав професійних лікарів, тоді як жінки-цілительки піддавалися переслідуванням. Зростання кількості шарлатанів демонструвало відсутність ефективної медицини та наївність населення. Образ чумного лікаря еволюціонував: від традиційного одягу, що підкреслював статус лікаря, до практичного «носатого» костюма, який став символом боротьби з чумою. Формування чумного лікаря як фігури охоплювало весь спектр медичних фахівців – від професійних лікарів до шахраїв, що використовували страх людей для власного збагачення. У XVII ст. медицина почала орієнтуватися на запобіжні заходи, що відобразилося у створенні спеціального костюма, який мав уберегти лікаря в умовах смертельно небезпечної епідемії.

**3.3 Торгово-економічні стратегії та поведінка купців, торговців, моряків.** Соціальна нерівність у сфері праці суттєво впливає на експозицію до епідемічних ризиків. Як показують Williamson et al. (2020), працівники з високим рівнем міжособистісних контактів мають значно вищі шанси зараження у період пандемій. Аналогічно й у Венеції робітники порту, моряки та носії були найбільш вразливими професійними групами під час епідемії 1575–1577 [142].

Під час епідемії чуми у Венеції магістрат отримував численні пропозиції лікування, у тому числі від осіб без медичної освіти. Такі ідеї часто базувалися на забобонах та некваліфікованих припущеннях. Наприклад, один фламандський купець обіцяввилікувати місто всього за вісім днів. Його «метод» полягав у тому, щоб здорові люди споживали певну кількість власної сечі, а також їли хліб, змочений оцтом і рутою. Щодо постраждалих, їм пропонувалося пити сечу, наносити екскременти на набряки та дотримуватись чистоти ран [107]. Ці ненаукові та часто небезпечні поради свідчать про відчай, що охоплював місто, яке шукало будь-які засоби порятунку від епідемії.

Однією з основних тем листів Буонароті є напруженість між професійними обов'язками та особистою безпекою, дилема, яка гостро відчувалася серед купців і ремісників. Листування Мікеланджело демонструє, як карантинні обмеження і страхи перед зараженням призводили до зривів у мистецькій і торговельній діяльності. У Венеції подібні дилеми виникали у торговельного класу, чия мережа зв'язків була як основою процвітання міста, так і шляхом проникнення хвороб. Рішення Сенату Венеції підтримувати торгівлю та водночас впроваджувати суворі карантинні заходи відображає тиск між економічними інтересами та охороною здоров'я [130].

Задля фінансування боротьби з чумою венеціанський уряд впровадив додаткові податки. Зокрема, обкладалися орендні платежі за житло та магазини, що приносили понад 25 дукатів на рік. Такі заходи суттєво вдарили

по середньому класу, спричинивши подальше зубожіння значної частини населення, зокрема вдів та сиріт, які залишилися без засобів до існування. Через нові фінансові тягарі багато людей змушені були продавати свої речі за безцінь, що ще більше загострювало соціальну напругу [4, с. 7].

На початку вересня, коли ситуація з епідемією почала покращуватися, Сенат ухвалив рішення ізолювати жителів трьох перших районів міста на вісім днів, починаючи з 7 жовтня. Для підтримки бідного населення держава виділяла фінансову допомогу. Крім того, місто було поділено на дві частини вздовж Гранд-каналу. На мосту Ріальто встановили бар'єр із охоронцями, щоб запобігти пересуванню між частинами міста. Населення забезпечували основними потребами, що дозволяло мінімізувати контакти між здоровими та зараженими людьми [64, с. 128].

Однак цей поділ міста не дав очікуваних результатів. Інфекція продовжувала поширюватися, що змусило уряд звернути увагу на заходи санітарного характеру. Було вирішено проводити очищення майна померлих за допомогою піску, солоної води, мила та парфумів. Це мало забезпечити дезінфекцію місць, де могли зберігатися осередки інфекції. Однак виконання цих заходів супроводжувалося численними конфліктами. Щоденно виникали сварки між прибиральниками та могильниками через майно померлих, яке часто розкрадали замість того, щоб піддавати його очищенню або знищенню [4, с. 10–11].

Під час карантину деякі торговці намагалися порушити встановлені обмеження, пропонуючи хабарі для дострокового доступу до своїх товарів, що суперечило санітарним нормам. Це створювало труднощі для магістрату, який змушений був впроваджувати жорсткіші заходи покарання, щоб запобігти корупції та зловживанням. Часті випадки підкупу спричиняли конфлікти між митниками та торговцями, які прагнули незаконно вивезти товари з карантинної зони. У відповідь влада посилювала контроль і вдосконалювала карантинні процедури, щоб ефективно запобігати поширенню інфекції та захищати здоров'я мешканців міста.

Мореплавство та торгівля історично відігравали центральну роль у формуванні економіки та культурних зв'язків Венеції. Як потужний морський порт і ключовий гравець у міжнародній торгівлі, Венеція забезпечувала постійний обмін товарами, технологіями, мистецтвом і знаннями між країнами Середземномор'я та Далекого Сходу. Ці торговельні шляхи не лише зміцнювали економічну могутність Венеції, але й сприяли розвитку міста як культурного центру європейського масштабу [140, с. 7]. Водночас ці глобальні зв'язки створювали значні ризики, оскільки разом із цінними товарами та екзотичними знаннями в місто потрапляли небезпечні інфекційні захворювання. Однією з найбільших загроз була чума, яка часто переносилася гризунами, що перебували на борту торговельних суден [57, с.37]. Незважаючи на ці загрози, Венеція, як місто, чиє існування значною мірою залежало від торгівлі, не могла собі дозволити зупинити морські шляхи. Тому міська влада була змушена адаптуватися до нових умов і розробляти інноваційні системи запобігання поширенню епідемій.

Щоб знизити ризик занесення чуми та інших хвороб, у XVI столітті були запроваджені карантинні векселі здоров'я (*fedi di sanita*), які виступали своєрідними сертифікатами, що підтверджували, що порт, із якого вирушав корабель, не мав спалахів епідемій на момент його відплиття [89]. Цей документ був необхідною умовою для допуску судна до венеціанського порту. Уже в XVII столітті санітарний контроль був суттєво вдосконалений: у лагунах чергували спеціальні патрульні човни, які перевіряли кораблі на відповідність санітарним нормам. Капітани суден зобов'язані були надавати докладні звіти про маршрути, порти заходу, стан здоров'я екіпажу та пасажирів. У разі надання неправдивої інформації вони ризикували не лише своїм майном, але й життям. Проте нерідко капітани знищували документи або фальсифікували їх, прагнучи уникнути затримок чи санкцій [140, с. 32].

Після проходження цих перевірок пасажирів і товари відправляли до карантинних установ – лазаретів, де здійснювали процедури очищення та дезінфекції. Два основні лазарети Венеції, *Lazzaretto Vecchio* та *Lazzaretto*

Nuovo, виконували різні функції. Lazzaretto Vecchio, який розташовувався ближче до міста, спеціалізувався на ізоляції хворих людей. Він міг одночасно приймати до 294 осіб та зберігати 6130 тюків товару [140, с. 32]. Натомість Lazzaretto Nuovo використовувався для ізоляції здорових пасажирів і зберігання значних обсягів товарів. Там було облаштовано до 200 кімнат для проживання людей, а також великі склади для зберігання вантажів. Однак попри суворі правила, система лазаретів не була позбавлена корупції: торговці часто намагалися підкупити охоронців, щоб пришвидшити звільнення своїх товарів із карантину, що ставало однією з ключових проблем санітарного контролю. Для боротьби з цим явищем магістрат посилював покарання за хабарництво та інші порушення правил.

Попри впровадження системних заходів, боротьба із чумою залишалася складним викликом для влади та суспільства. У 1576 році венеціанський Сенат прийняв низку рішень, які викликали гостру критику серед громадськості. Зокрема, були скасовані перевірені методи боротьби з чумою, натомість підтримувалися рекомендації лікарів із Падуї, які часто не мали достатньої практичної ефективності. Це рішення зустріло спротив серед нотаріусів, релігійних лідерів і навіть окремих представників громадянського суспільства, які, хоча і не мали медичної освіти, наполягали на поверненні до раніше встановлених підходів [56, с.163]. Через недовіру до офіційної медицини населення активно практикувало самолікування, використання амулетів і магічних ритуалів, сподіваючись захиститися від захворювання.

Економічні наслідки епідемій, включно зі змінами торговельної активності та перебудовою ринків, добре описують Jedwab, Johnson & Kouama (2022), що дозволяє розглядати реакцію венеційських купців у ширшому макроекономічному контексті [103].

Як демонструють Bengtsson et al. (2018), соціальна нерівність істотно впливала на ризики смертності: заможні групи мали кращий доступ до ресурсів, меншу експозицію та ефективніші стратегії самозахисту. Ці

закономірності важливі для розуміння диференційованого досвіду венеційців під час чуми 1575–1577 рр [47].

Таким чином, під час епідемії чуми у Венеції купці та торговці опинилися перед складним вибором між економічною вигодою та необхідністю дотримання карантинних обмежень. Відчай, що охопив місто, сприяв поширенню ненаукових методів лікування, які пропонували як представники медичної спільноти, так і люди без відповідної освіти, зокрема купці, що прагнули отримати довіру населення. Венеціанський Сенат намагався збалансувати торговельні інтереси та охорону здоров'я, впроваджуючи суворі карантинні заходи, водночас дозволяючи комерційну діяльність. Проте боротьба з чумою потребувала значних фінансових ресурсів, що змусило уряд запровадити нові податки, які найбільше вдарили по середньому класу, особливо по вдовах та сиротах. Державна підтримка бідних включала продовольчу допомогу та ізоляційні заходи, такі як поділ міста на дві частини вздовж Гранд-каналу, контрольований охоронцями. Проте ці заходи не зупинили поширення інфекції, що змусило владу впровадити санітарні реформи, такі як дезінфекція майна померлих за допомогою солоної води та мила. Водночас ці ініціативи спричинили конфлікти через розкрадання майна загиблих, що свідчить про соціальну напругу та зростання криміналізації суспільства у кризових умовах. Епідемія висвітлила слабкості соціально-економічної та медичної систем міста, одночасно сприяючи пошуку нових підходів до охорони здоров'я та боротьби з інфекційними захворюваннями. Отже, мореплавство та торгівля були основою економічного розвитку Венеції, але водночас сприяли поширенню інфекційних хвороб, зокрема чуми. Для контролю запровадили карантинні векселі здоров'я та санітарний нагляд за суднами, однак поширеною залишалася фальсифікація документів. Лазарети, такі як Lazzaretto Vecchio та Lazzaretto Nuovo, забезпечували ізоляцію та санітарну обробку, хоча корупція серед торговців і чиновників ускладнювала контроль. У 1576 році Сенат ухвалив суперечливі рішення, замінивши перевірені

методи боротьби з чумою на менш ефективні рекомендації лікарів із Падуї, що викликало невдоволення населення. Недовіра до офіційної медицини сприяла поширенню самолікування та магічних практик. Попри запроваджені заходи, Венеція продовжувала стикатися з труднощами у боротьбі з епідеміями, що вимагало подальшого вдосконалення санітарного контролю.

**3.4 Релігійні об'єднання: солідарність, благочестя, братства.** Ентоні Д. Сміт підкреслює, що організована релігія відіграє важливу роль у збереженні та відтворенні колективної ідентичності, особливо в кризові періоди [133, с.21]. Через свої інститути, ритуали та канонічні тексти вона передає поколінням центральні міфи, символи й цінності спільноти, інтегруючи індивідів у колективний культурно-духовний простір.

На думку Сміта, релігія сприяє не лише духовній єдності, але й політичній та соціальній консолідації. Вона підтримує міфи спільного походження та історичної тяглості, що укорінюють відчуття належності до «обраної спільноти» [133, с.23]. Саме через релігійні свята, паломництва, братські союзи та благодійність формується досвід солідарності, який поєднує особисту віру з колективними практиками.

Сміт зазначає, що релігійні об'єднання часто стають основними каналами для мобілізації громади у відповідь на виклики - від воєн до епідемій [133, с.27]. Вони організовують допомогу постраждалим, підтримують моральний стан населення, а їхні обітници, процесії та богослужіння набувають значення символічних актів колективної надії та єдності.

Якщо ж розглянути приклад з роботи Гінзбурга, у контексті повсякденної релігійності Меноккіо фіксує феномен матеріалізованої віри, у якій сакральне ототожнюється з тілесним і побутовим. «Космогонія Меноккіо переносила божественне творіння у звичний матеріальний світ: Бог був присутній у сирі й черв'яках повсякденного життя» [94, с. 47-48].

Автор зазначає, що «мова віри Меноккіо була тілесною й домашньою: вона перекладала богослов'я мовою праці й природи» [94, с. 49]. Подібні уявлення не свідчать про відмову від віри, а радше про спробу раціоналізувати святе через буденний досвід.

Ці спостереження дозволяють розглядати релігійність Меноккіо як емоційну практику - спосіб осмислення кризи через тілесність, працю та матеріальний світ.

Релігійна практика також відіграла важливу роль у суспільному житті під час епідемій. Церковні процесії, які організовувалися з благочестивими намірами, нерідко сприяли погіршенню ситуації, оскільки великі скупчення людей ставали ідеальним середовищем для поширення інфекції. Так, під час епідемії 1575–1577 років такі заходи лише посилювали поширення чуми. Проте суспільство знаходило надію у релігійних обіцянках: дож Венеції пообіцяв збудувати церкву на честь подолання епідемії. Це рішення мало не лише символічне, а й практичне значення – воно консолідувало громаду та надавало їй моральної підтримки [86, с. 211].

Епідемія почала спадати восени 1577 року. У листопаді того ж року було офіційно оголошено про її завершення. На честь звільнення міста від чуми організували урочисту процесію, а новозбудована церква *Il Redentore* стала не лише релігійним символом, але й архітектурним свідченням подолання однієї з найважчих криз у історії Венеції. Ця церква і досі залишається однією з визначних пам'яток міста, символізуючи його стійкість і здатність до відновлення навіть у найскладніші часи [4, с. 9].

Як показує листування Буонарроті, колективні зусилля часто відображали ширші суспільні ієрархії та практики. У Флоренції аристократичні родини, такі як Буонарроті, використовували своє багатство та статус, щоб тікати до замських вілл, наслідуючи рекомендації уникати міських центрів під час епідемій. Схожі моделі спостерігалися у Венеції, де патриції шукали притулок на ізольованих островах чи віллах на материку. Ідея «втечі» від чуми підкреслювала колективну ідентичність, яка базувалася

на привілеях, різко контрастуючи з досвідом працівників і моряків, для яких мобільність часто ставала причиною їхньої вразливості.

Мікроісторичний підхід демонструє, що колективні ідентичності під час криз не були однорідними, а розділялися за соціально-економічним статусом. У Венеції, наприклад, релігійні братства і цехи відігравали ключову роль в організації допомоги, відображаючи благодійні ініціативи, схожі на діяльність флорентійської *Confraternita della Misericordia*. Ці організації забезпечували не лише матеріальну підтримку, але й зміцнювали громадські зв'язки через спільні ритуали, такі як процесії та публічні молитви [130; 99, с. 263-274].

Соціальні аспекти боротьби з епідеміями. Епідемія чуми 1575–1577 років викликала значні соціальні трансформації у Венеції. Однією з головних рис реагування на кризу стала мобілізація всіх верств населення. Роль релігійних організацій, таких як братства святого Роха, була особливо важливою у забезпеченні духовної підтримки та організації благодійної допомоги. Братства організовували процесії, забезпечували хворих їжею та ліками, а також брали участь у збиранні коштів для фінансування санітарних заходів.

Церковні процесії, які були спрямовані на заклик до божественного захисту, стали важливим елементом колективної відповіді на кризу. Попри те, що вони іноді сприяли поширенню хвороби, їхнє символічне значення було значним. Процесії об'єднували різні соціальні групи, посилюючи відчуття спільності та надаючи населенню моральну підтримку.

Однак соціальні виклики, спричинені епідемією, також включали поглиблення економічної нерівності. Податки на оренду житла та товари, які запроваджувалися для фінансування боротьби з хворобою, найбільше вдарили по середньому класу та бідних. Люди були змушені продавати свої речі за безцінь, що призводило до ще більшого зубожіння населення. Водночас епідемія стимулювала розвиток благодійної діяльності, яка стала важливим засобом соціальної підтримки в умовах кризи.

Епідемія чуми також мала глибокий вплив на культурні та релігійні уявлення венеційців. Вірування в божественне покарання були поширеними, і багато хто сприймав епідемію як наслідок гріхів суспільства. Це стимулювало посилення релігійних практик, таких як молитви, пости та організація процесій. Водночас практичні заходи, такі як дезінфекція товарів, ізоляція хворих і фумігація, свідчили про поступовий перехід до більш раціонального підходу в боротьбі з хворобами [75].

Поєднання релігійних і наукових методів боротьби з епідемією відображає перехідний період у розвитку європейської медицини. Венеція стала місцем, де ці два підходи взаємодіяли, створюючи унікальну модель реагування на кризу, яка базувалася на поєднанні віри, науки та соціальної мобілізації.

Епідемія чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 років стала не лише трагедією, а й важливим уроком у сфері управління кризами. Вона продемонструвала важливість інтеграції адміністративних, медичних і соціальних підходів для подолання викликів. Досвід Венеції свідчить про те, що ефективна боротьба з епідеміями вимагає мобілізації всіх ресурсів суспільства, починаючи від державного управління і закінчуючи громадськими ініціативами.

Розвиток структур громадського здоров'я, таких як *Magistrato alla Sanita*, впровадження карантинів і створення лазаретів, а також поєднання релігійних та наукових методів боротьби з епідеміями стали важливими кроками, які мали довгострокові наслідки для суспільства. Ці заходи сприяли формуванню унікальної ідентичності венеційців, яка базувалася на ідеї спільної відповідальності, солідарності та здатності адаптуватися до кризових умов [34].

Досвід Венеції залишається актуальним і сьогодні, слугуючи прикладом для сучасних підходів до управління громадським здоров'ям та реагування на глобальні епідемії.

Повертаючись до мікроісторії, як приклад, Гінзбург наголошує, що Меноккіо не був ізольованим мислителем. Його висловлювання «відлунювали теми й сумніви, що циркулювали серед сільського населення» [94, с. 40]. Книжки, легенди та народні перекази, якими він послуговувався, створювали «культурний простір, у якому ідеї рухалися вгору і вниз соціальною ієрархією» [94, с. 41].

Завдяки цьому обміну «елементи елітарної культури набували нових колективних значень у популярній формі» [94, с. 42-44]. Такий процес репрезентує механізм формування колективної ідентичності, заснований на взаємодії офіційної релігії, побутової культури та спільної пам'яті міських і сільських громад.

Під час інквізиційних процесів Меноккіо усвідомлював себе не єретиком, а «шукачем істини, який прагнув відкрито обговорювати питання віри». Проте інституційна Церква, «уособлюючи авторитет світу, який не міг терпіти індивідуальної інтерпретації», сприйняла його міркування як загрозу встановленому порядку [94, с. 63]. Гінзбург підкреслює, що «в діалозі між сповіддю та допитом Меноккіо сформував власне «я» - інтелектуальне, моральне й самотнє» [94, с. 70]. Його страта 1599 року «стала зіткненням двох мов - народної й офіційної, владаруючої» [94, с. 72]. Таким чином, постать Меноккіо втілює конфлікт між індивідуальним самовираженням і владними структурами ранньомодерної Європи.

Аналіз Alfani, Bonetti і Fochesato демонструє, що поведінка різних соціальних груп у період чуми мала не лише біологічний чи економічний, а й морально-емоційний вимір: страх, відповідальність і почуття обов'язку перед спільнотою визначали готовність до госпіталізації або, навпаки, спроби уникнути її [39, с. 33–36]. Результати дослідження підтверджують, що якість державного медичного догляду й загальнодоступність допомоги зменшували соціальні відмінності у смертності. Автори підкреслюють, що в умовах високої нерівності саме ефективна система громадської медицини могла перетворити кризу на фактор соціальної інтеграції [39, с. 39–40].

Таким чином, Чума 1575–1577 років стала серйозним випробуванням для Венеції, яке залишило глибокий відбиток на соціальному, культурному та політичному житті міста. Ця епідемія не лише загострила існуючі виклики, але й активувала численні процеси, що сприяли консолідації венеціанського суспільства та зміцненню його колективної ідентичності. Спільні зусилля венеціанців у протидії епідемії стали важливим об'єднувачим фактором, який вплинув на формування спільного прагнення до виживання та подолання кризи. Зокрема, впровадження карантинних заходів, таких як ізоляція у лазаретах та санітарний контроль, а також благодійна діяльність церкви забезпечили спільну участь різних верств населення у боротьбі з загрозою. Колективні зусилля у цій кризовій ситуації сприяли формуванню відчуття солідарності та взаємної відповідальності. Венеціанський магістрат відіграв провідну роль у координації зусиль у боротьбі з епідемією, що зміцнило авторитет міської адміністрації. Міська влада мобілізувала ресурси для будівництва нових карантинних установ, таких як лазарети, організації патрульного контролю в лагунах, а також запровадження санітарних паспортів, які дозволяли регулювати переміщення товарів і людей. Влада також залучала лікарів із сусідніх міст, таких як Падуя, і забезпечувала впровадження сучасних на той час методів лікування та профілактики. Ці заходи формували образ влади як захисника міста, що підкріплювало довіру громадян до адміністративних рішень і сприяло зміцненню політичної стабільності, але не завжди. У контексті епідемії релігійна віра набула особливого значення для венеціанського суспільства. Церковні обряди, процесії та молитви стали важливими інструментами для зміцнення колективної моралі. Ідея божественного втручання та захисту була важливим джерелом надії у часи, коли наукові знання про причини та лікування чуми були обмеженими. Водночас побудова нових храмів, таких як церква Іль Реденторе, стала символом вдячності Богу за подолання епідемії. Ці дії сприяли формуванню релігійної ідентичності венеціанців та підкреслювали роль духовності як джерела підтримки під час кризи. Епідемія чуми

стимулювала зміни у традиційних культурних і соціальних практиках. Попри паніку та страх, венеціанці зверталися до традиційних способів захисту, таких як носіння талісманів, використання ароматичних масел для дезінфекції чи обкурювання приміщень. Водночас епідемія стала поштовхом до розвитку нових гігієнічних практик, таких як очищення води, регулярна дезінфекція міських просторів та покращення санітарних умов у громадських місцях. Ці нововведення сприяли підвищенню рівня обізнаності населення про значення громадського здоров'я і стали невід'ємною частиною колективної культури. Чума 1575–1577 років стала не лише викликом, але й фактором, що стимулював формування нових колективних ідентичностей. Об'єднані загрозою, венеціанці розвивали почуття спільної мети у протидії епідемії, що знаходило відображення у підтримці як релігійних, так і світських ініціатив. Досвід боротьби з чумою підкреслив важливість співпраці між різними соціальними групами та зміцнив ідею Венеції як міста, здатного долати найскладніші виклики завдяки своїй організованості, солідарності та наполегливості. Епідемія чуми 1575–1577 років стала не лише трагедією для венеціанців, але й визначальною подією, яка вплинула на розвиток їхньої колективної свідомості. Спільні зусилля у протидії загрозі сприяли зміцненню соціальних, культурних і релігійних зв'язків, що дозволило громаді не лише подолати кризу, але й інтегрувати нові практики, які стали основою для подальшого розвитку міста. Чума сформувала унікальну колективну ідентичність венеціанців, яка підкреслювала їхню здатність до відновлення навіть у найскладніших історичних обставинах.

## Розділ 4

### ФОРМУВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ІДЕНТИЧНОСТЕЙ У ВЕНЕЦІЇ ЧУМНИХ РОКІВ (1575-1577 РР.) ПЕРСОНАЛЬНІ ІСТОРІЇ, КАЗУСИ, ПРИКЛАДИ

У розділі досліджено формування індивідуальних ідентичностей під час чуми у Венеції в період 1575–1577 років, що стала серйозним випробуванням для міських владних структур та всього суспільства. Розглянуто демографічний, соціальний та медичний аспекти впливу епідемії, які відіграли ключову роль у перебудові суспільних відносин і практик того часу. Зокрема, проаналізовано, як міська влада залучала провідних лікарів, включаючи професора Джироламо Меркуріале, для боротьби з епідемією. Однак його підхід, зокрема заперечення необхідності карантинних заходів, виявився невдалим і призвів до трагічних наслідків.

Як показують Mamelund & Dimka (2021), індивідуальний ризик смерті під час епідемій визначався не лише біологічними факторами, але й соціальними умовами - місцем проживання, доступом до ресурсів та соціальним статусом. Цей підхід дозволяє поглиблено аналізувати персональні історії венеційців, чиї шанси вижити безпосередньо залежали від їхньої соціальної позиції [111].

Психологічна вразливість у період пандемій також демонструє соціальну диференціацію. Як показують Zalla et al. (2021), групи з нижчим соціально-економічним статусом сильніше страждають від тривоги, страху зараження й соціальної ізоляції. Ці закономірності дозволяють краще зрозуміти індивідуальні переживання мешканців Венеції, які входили до найбільш вразливих прошарків і зазнавали найбільшого психологічного тиску [143].

Індивідуальна ідентичність у кризових умовах формується через колективні культурні маркери, зокрема міфи походження, спільні історичні спогади, релігійні символи та відчуття належності до певної території. Навіть за умов соціальних потрясінь ці елементи можуть відтворюватися і підтримувати відчуття спільності [133, с. 19-23].

Травматичні події - війни, завоювання, релігійні конфлікти, епідемії - можуть трансформувати, але не обов'язково знищити ідентичність. Натомість, як показують приклади персів, вірмен та інших народів, вони можуть призвести до відродження культурної самосвідомості через відновлення традицій, мови чи релігії [133, с. 25-28].

Роль організованої релігії та міфів етнічного забарвлення є ключовою для збереження та відновлення ідентичності. Під час чуми у Венеції релігійні інтерпретації подій, культ святих заступників і участь у церковних ритуалах могли виступати механізмами індивідуального самовизначення та переживання колективної належності [133, с. 27-37].

Механізми самовідновлення ідентичності - релігійна реформа, культурне запозичення, народна участь та міфи вибраності - можуть активізуватися у кризові періоди, створюючи простір для персональних історій і казусів, коли індивід через власний досвід стає частиною колективної нарації [133, с. 35-37].

У моделі Еріксона нормативна «криза ідентичності» є природною фазою підліткового та раннього дорослого віку. Її успішне розв'язання формує стабільну ідентичність, що захищає від самозаперечення та екстремізму [85, с. 88-89]. Водночас він описує феномен *негативної ідентичності*, коли індивід приймає соціально неприйнятну роль, часто як реакцію на маргінальне становище чи тиск з боку суспільних очікувань.

Еріксон відзначає, що особисті кризи часто віддзеркалюють ширші соціальні процеси: політичний радикалізм, масові рухи та соціальні істерії можуть стати колективним проявом індивідуальних конфліктів ідентичності [85, с. 134–135]. Такий підхід дозволяє досліджувати, як у кризових обставинах, зокрема під час епідемій, індивідуальна самоідентифікація резонує з колективними наративами та моделями поведінки.

До кінця XVII ст. у культурі Європи домінувала концепція «one-sex model», за якою жінка розумілася як «недосконалий чоловік», а статева відмінність тлумачилася не як біологічна, а як соціально-культурна ієрархія

[105, с. 25-27]. У межах цієї моделі жіноче тіло розглядалося як активне: оргазм жінки вважався необхідною умовою зачаття, а репродуктивний процес трактувався як співучасть обох статей [105, с. 35-36].

У XVIII ст. формується «two-sex model», яка різко артикулювала біологічні відмінності та закріплювала гендерний диморфізм: чоловік і жінка почали описуватися як абсолютно протилежні істоти не лише фізично, а й морально [105, с. 149-153]. Лакер підкреслює, що ця трансформація була наслідком культурних і політичних зрушень доби Просвітництва та революцій, а не результатом суто наукових відкриттів [105, с. 154-158].

Для індивідуальних ідентичностей мешканців Венеції часів чуми ці зміни мали безпосереднє значення. Жіноче тіло почало сприйматися як більш «пасивне» та вразливе, що позначалося на практиках релігійного благочестя, уявленнях про моральність і навіть у стратегіях виживання під час епідемії. Водночас пережитки старої «єдиної» моделі, де тілесність жінки мала активну роль, давали підґрунтя для збереження різноманітних народних вірувань і практик, що відрізнялися від офіційних дискурсів [105, с. 193-197].

Таким чином, зміни у дискурсах тілесності й статі прямо впливали на те, як у кризових обставинах формувалися індивідуальні ідентичності - між медичними уявленнями, релігійними ритуалами та соціальними очікуваннями.

Дослідження Карло Гінзбурга *The Cheese and the Worms: The Cosmos of a Sixteenth-Century Miller* демонструє, як у ранньомодерній Європі формувалися індивідуальні ідентичності, що поєднували елементи офіційної та народної релігійності. У центрі його праці - постать італійського мірошника Меноккіо, чий світогляд став прикладом самоконструювання морального та релігійного «я» в умовах духовної кризи епохи. Як зазначає Гінзбург, ідеї Меноккіо були результатом творчого синтезу між усною селянською культурою, у якій він народився, і друкованими книгами, які він читав. Його космогонічне бачення світу постає як процес усередині самої матерії, у якому Бог з'являється не як трансцендентний творець, а як

принцип руху [94, с. 29-31]. Цей інтелектуальний експеримент був, за словами автора, «спробою створити особисту космологію, що надавала сенс власному існуванню» [94, с. 35]. Таким чином, через призму біографії Меноккіо можна побачити, як звичайна людина виробляла власні форми моральної й релігійної самоідентифікації поза межами офіційного богослов'я.

Біоархеологічні реконструкції дозволяють уявити, як індивідуальні особливості тіла впливали на досвід хвороби та поведінку під час епідемії. Праці S. DeWitte демонструють, що хронічні фізичні стани, маркери стресу та загальна фізіологічна слабкість визначали особливу групу ризику, що переживала епідемію інакше, ніж більш здорові люди [78]. Такий підхід дає можливість глибше аналізувати персональні історії венеційців, які зіткнулися з чумою 1575–1577 рр., та зрозуміти, як їхній тілесний досвід формував індивідуальну ідентичність у кризовий час.

Повертаючись до нашого дослідження, слід зазначити, що у роботі приділено увагу рішення Меркуріале та Джироламо Каподівака заперечувати необхідність запровадження суворого карантину, мотивуючи це тим, що хвороба не є справжньою чумою. Такий підхід виявився хибним, спричинивши різке зростання смертності у місті. Згорання ізоляційних заходів значно посилило розповсюдження хвороби, що викликало критику як з боку влади, так і громадськості. У результаті дії Меркуріале та Каподівака стали об'єктом суспільного осуду, водночас підкресливши складність управління епідеміями в умовах обмежених медичних знань.

Особливу увагу приділено ролі іншого лікаря, Джироламо Донцелліні, який, незважаючи на свої протестантські переконання та конфлікти з інквізицією, взяв активну участь у боротьбі з епідемією. Донцелліні підтримував ідею жорстких карантинних заходів і різко критикував своїх колег за легковажне ставлення до загрози. Його тимчасове звільнення з в'язниці для надання допомоги під час чуми та подальша підтримка з боку Риму стали свідченням важливості його роботи та внеску в стримування

хвороби. Його діяльність підкреслила напруження між різними медичними підходами, які існували в тогочасному суспільстві.

Окремо у розділі акцентовано увагу на явищі шарлатанства, яке набуло поширення під час епідемії. У відповідь на відчай населення численні аматори та шарлатани пропонували сумнівні методи лікування, включаючи вживання власної сечі або використання екскрементів для лікування набряків. Такі практики не лише свідчили про відсутність ефективної медичної допомоги, але й демонстрували загальний рівень медичних знань та ступінь суспільного відчаю.

Чума Святого Карла також сприяла формуванню символічного образу чумного лікаря як ключової постаті в боротьбі з епідеміями. Визначено, що ця епідемія стала переломним моментом у розвитку медичних і соціальних практик, сприяючи еволюції поглядів на боротьбу з інфекційними хворобами. Попри невдачі та обмеження тогочасних знань, зусилля влади та медичних працівників заклали основи для подальшого розвитку систем охорони здоров'я.

Розділ висвітлює складні процеси, що відбувалися у Венеції під час чуми Святого Карла, демонструючи їхній вплив на соціальні, медичні та культурні аспекти життя. Аналізуючи взаємодію влади, медицини та суспільства, розділ дозволяє глибше зрозуміти, як епідемія вплинула на формування індивідуальних і колективних ідентичностей в умовах кризи.

Епідемія чуми Святого Карла, що охопила Венецію в період 1575–1577 років, стала серйозним випробуванням для міських владних структур і суспільства загалом. Ця катастрофа не лише спричинила значні демографічні втрати, але й продемонструвала обмеженість існуючих медичних, соціальних і адміністративних підходів до подолання кризових ситуацій. Чума підкреслила вразливість венеціанського суспільства перед обличчям пандемії, що значною мірою вплинуло на розвиток соціальних відносин, громадських практик і навіть медичних теорій.

Одним із найбільш суперечливих аспектів епідемії були рішення, ухвалені венеціанськими лікарями та адміністративними органами. Зокрема, професор Джироламо Меркуріале, залучений до боротьби з епідемією як один із провідних фахівців того часу, разом зі своїм колегою Джироламо Каподівака виступав проти запровадження суворих карантинних заходів. Лікарі аргументували це тим, що хвороба не є «справжньою чумою», і пропонували інші підходи до її лікування. Проте їхні хибні висновки та рекомендації, підкріплені рішеннями адміністрації, сприяли швидкому поширенню інфекції та значному зростанню смертності у Венеції. Наслідки такого нехтування перевіреними методами боротьби з епідеміями виявилися катастрофічними: масштаб епідемії став одним із найважчих в історії міста [31].

Проблема полягала не лише в недостатній підготовці медичної спільноти, а й у невизначеності щодо відповідальності різних соціальних і професійних груп за стримування епідемії. У цей складний час з'явилися різноманітні альтернативні підходи до лікування. Деякі з них були засновані на традиційних віруваннях і емпіричних спостереженнях, тоді як інші межували з шарлатанством, відображаючи як відчай населення, так і нестачу ефективних засобів боротьби з хворобою. Наприклад, застосування сумнівних засобів, таких як вживання сечі, накладання екскрементів на уражені ділянки або використання різноманітних амулетів, показувало, наскільки гострою була потреба у доступних медичних рішеннях.

Епідемія також продемонструвала значний вплив соціальних чинників на боротьбу з чумою. Умови життя бідніших верств населення, їхня обмеженість у доступі до медичної допомоги, а також традиційні уявлення про природу хвороби стали додатковими факторами, які ускладнювали стримування інфекції. Водночас, епідемія змусила міську адміністрацію вжити заходів, які включали не лише організацію карантинів, а й побудову нових лазаретів, залучення медиків і мобілізацію ресурсів. Хоча ці зусилля часто зустрічалися зі спротивом як з боку населення, так і самих лікарів, вони

стали важливими кроками у формуванні системи громадської охорони здоров'я [71].

Дослідження впливу чуми на формування індивідуальних ідентичностей, демографічні зміни, соціальні практики та медичні підходи у Венеції в 1575–1577 роках є важливим для глибшого розуміння механізмів трансформації суспільства в умовах кризи. Це дає змогу простежити, як пандемії впливають на суспільні структури, сприяють адаптації соціальних практик та підвищують усвідомлення важливості медичних інтервенцій. Уроки минулого є надзвичайно актуальними для сучасних викликів у сфері охорони здоров'я, особливо в умовах глобалізації та високої мобільності населення [31].

Збережені історичні свідчення допомагають реконструювати картини переживання епідемій у тогочасному суспільстві. Так, нотаріус Бенедетті, свідок попередньої епідемії 1571 року, згадував у своїх записах, як його залучали для редагування останніх заповітів людей, які помирали від чуми. Він висловлював глибокий смуток через те, що таке велике і багате місто, відоме у всьому світі завдяки своїй торгівлі, можна було довести до такого жалюгідного стану [4, с. 9]. Його опис не лише відображає демографічні втрати, але й соціально-економічний колапс, викликаний епідемією, що поглиблював кризу.

Незважаючи на спроби венеціанської влади та медичних структур контролювати поширення інфекції, ситуація суттєво не покращилася під час епідемії 1575–1577 років. Чума вразила всі сфери суспільного життя, викликаючи колапс міських інституцій, занепад економіки та переформатування соціальних зв'язків. Особливо постраждали найбільш вразливі верстви населення, зокрема бідняки, які були позбавлені доступу до медичної допомоги та могли розраховувати лише на власні сили. Соціальна нерівність, яка стала ще більш очевидною в умовах епідемії, сприяла поглибленню недовіри до влади та офіційної медицини [26].

Описуючи катастрофічний вплив чуми на соціальні структури, Бенедетті підкреслював не лише глибину кризи, але й масштаби змін, які вона викликала в суспільстві. Його спогади свідчать про те, що чума стала не лише викликом для виживання, але й важливим каталізатором змін у соціальних ідентичностях, структурі управління, а також підходах до охорони здоров'я. У цьому контексті венеціанська епідемія 1575–1577 років надає унікальний матеріал для розуміння того, як кризи змушують суспільство адаптуватися та трансформуватися, водночас виявляючи як його сильні сторони, так і слабкі місця.

Епідемія стала важливим уроком для подальшого розвитку міського управління та громадського здоров'я, водночас демонструючи необхідність інтеграції медичних, соціальних та економічних підходів у боротьбі з кризовими явищами. Вивчення історичних досвідів, таких як чума у Венеції, допомагає сформувати більш цілісне розуміння механізмів адаптації суспільства до викликів пандемій, що залишається актуальним і в сучасному світі [4, с. 9].

Розділення Венеції на дві зони як засіб боротьби з епідемією чуми виявилось неефективним, оскільки такий підхід не міг стримати поширення інфекції. Однак уряд вирішив зосередити свої зусилля на наданні допомоги постраждалим у їхніх домівках, а також на організації очищення інфікованого майна. Для дезінфекції використовували різноманітні засоби, які підбирали відповідно до характеристик матеріалів, серед них були пісок, солоня вода, мило та парфуми. Такі заходи стали важливим елементом комплексної боротьби з чумою, оскільки вони сприяли локалізації заражених об'єктів та запобіганню подальшому поширенню хвороби.

Водночас ці заходи не завжди проходили без ускладнень. Серед прибиральників чуми та могильників, які відповідали за очищення будинків і поховання померлих, часто виникали конфлікти через майно померлих. Численні свідчення підтверджують факти крадіжок цінностей з будинків

жертв чуми. Ці злочини викликали не лише суспільне обурення, а й демонстрували моральну кризу, яка виникла в умовах епідемії.

Згідно з розповідями нотаріуса Бенедетті, 3 листопада відбулася публічна страта чотирьох злодіїв, звинувачених у грабунках під час чуми. Серед них була молода жінка, чиї останні слова залишили сильне враження на присутніх. Один із чоловіків, перед своєю смертю, попросив глечик вина, випив його і сказав кату, що тепер готовий померти. Молода жінка звернулася до образу Спасителя, заявляючи, що, як і Він, вона невинна. Її благочестя зворушило натовп, і, за словами Бенедетті, люди вірили, що її душа була відразу прийнята до Раю [4, с. 10-11].

Ця подія ілюструє складність моральних і соціальних питань, які виникали під час епідемії. З одного боку, урядові заходи спрямовувалися на збереження порядку і боротьбу з корупцією серед службовців, відповідальних за ліквідацію наслідків епідемії. З іншого боку, подібні випадки демонструють глибокі соціальні конфлікти та психологічні наслідки кризи, які впливали на суспільство в цілому. Таким чином, епідемія не лише загострила медичні проблеми, а й стала каталізатором соціальних і моральних потрясінь.

Чума, що охопила Венецію в 1575–1577 роках, не стала першим випадком, коли міська рада залучала провідних медиків для визначення природи захворювання та розробки ефективних заходів боротьби з епідемією. Вже у 1575 році венеціанський сенат уклав шестирічний контракт із професором Падуанського університету Джироламо Меркуріале, одним із найвідоміших медиків того часу, щоб скористатися його знаннями та досвідом для стримування чуми. На початку своєї роботи Меркуріале мав репутацію героя, адже від нього очікували рішучих і компетентних дій. Однак невдалі спроби контролювати спалах чуми 1575–1577 років значно погіршили його репутацію.

Запрошений венеціанською владою для консультацій, Джироламо Меркуріале, разом зі своїм колегою Джироламо Каподівака, виступав проти

впровадження карантину та використання лазаретів. Вони наполягали на тому, що захворювання, яке вразило Венецію, не є чумою, а тому ізоляційні заходи не є необхідними. Лікарі запропонували особисто лікувати хворих за умови скасування всіх карантинних обмежень і запобіжних заходів. Вільне пересування Меркуріале, Каподівака та їхніх асистентів між будинками хворих і здорових викликало серйозне занепокоєння з боку Ради охорони здоров'я, а також чиновників у Падуї та прилеглих містах. Їхня діяльність порушувала традиційні принципи боротьби з епідеміями та ставила під сумнів усталені практики охорони здоров'я.

Спочатку, після діяльності Меркуріале, показники смертності у Венеції знизилися, що підтверджувало правоту його підходу. Це надало ваги його аргументам проти карантинних обмежень і додало йому популярності серед частини громадськості. Однак вже до кінця червня 1576 року ситуація різко погіршилася. Рівень смертності почав зростати з небаченою швидкістю, що спровокувало суспільне обурення та критику на адресу Меркуріале та Каподівака. Їхня впевненість у своїй теорії, згідно з якою хвороба не була чумою, сприяла масштабному поширенню інфекції через відсутність належних обмежувальних заходів.

Критика з боку Ради охорони здоров'я була суворою, оскільки невдалі рішення медиків стали однією з основних причин катастрофічних наслідків епідемії. Ця ситуація також продемонструвала складність співпраці між медичною спільнотою та адміністративними структурами. Меркуріале та Каподівака, що представляли новаторські підходи до лікування, намагалися запровадити альтернативні медичні практики, але їхні дії, спрямовані на скасування карантину, завдали місту великої шкоди. Такий перебіг подій підкреслює взаємозв'язок між науковою помилкою та суспільними наслідками, які можуть виникнути в умовах кризи.

Приклад Джироламо Меркуріале та Джироламо Каподівака ілюструє, як помилкові медичні висновки та нехтування перевіреними протиепідемічними заходами можуть призвести до масштабних втрат. Цей

випадок також відображає конфлікт між традиційними підходами до охорони здоров'я, заснованими на ізоляції, та новими, але неперевіреними методами лікування, які спричинили неоднозначну реакцію як з боку влади, так і з боку суспільства [118].

Внаслідок відмови від традиційних карантинних заходів та інших методів захисту, рівень смертності у Венеції значно перевищив показники будь-якого іншого міста, постраждалого від чуми. Це стало серйозним випробуванням для міської системи охорони здоров'я та управління. Венеціанський нотаріус Корнеліо Морелло, що працював у раді з охорони здоров'я, прямо звинуватив Джироламо Меркуріале та Джироламо Каподівака в тому, що їхні дії стали основною причиною катастрофічного зростання смертності. Він зазначав, що заперечення цими лікарями необхідності карантину та впровадження альтернативних медичних підходів, які виявилися неефективними, мали трагічні наслідки для міста [119, с. 277; 107].

Слід врахувати, що влада Венеції також не поспішала запроваджувати загальний карантин, усвідомлюючи потенційні соціальні й економічні наслідки цього кроку. Одним із найсерйозніших викликів стало питання експропріації майна родин, у яких були виявлені хворі. Втрата майна та необхідність обов'язкового перебування в карантині часто спричиняли масове невдоволення серед населення, особливо серед нижчих верств суспільства, для яких навіть короткочасна ізоляція могла означати повну втрату засобів до існування [64, 125].

Більш того, урядові зволікання в ухваленні жорстких карантинних заходів можна пояснити бажанням уникнути соціального хаосу. Запровадження загального карантину означало б зупинку економічної діяльності, зокрема торгівлі, яка була основою процвітання Венеції. У таких умовах міська влада намагалася балансувати між економічними інтересами та заходами охорони здоров'я, що, однак, не завжди було можливим через швидкість поширення епідемії.

На той час влада Венеції стикалася зі значним народним невдоволенням, яке було викликане не лише епідемією чуми, а й неоднозначними рішеннями адміністрації міста. Одним із найбільш суперечливих заходів стало масове знищення котів і собак, яке венеціанський уряд впровадив із метою зменшення ризику розповсюдження інфекції. Цей захід викликав сильний резонанс серед населення, спричинивши паніку та обурення. Гучні крики і навіть виття лунали по місту, оскільки багато городян вважали цих тварин невід'ємною частиною свого побуту та навіть захисниками від гризунів. Натомість цей крок мав зворотний ефект: численні трупи тварин засмітили венеціанські канали, створивши жахливий сморід і ще більше ускладнивши санітарну ситуацію. Це стало яскравим прикладом того, як невдалі рішення влади могли погіршувати кризу замість її вирішення [4].

На тлі суспільного тиску та масштабних людських втрат венеціанський Сенат вирішив змінити підхід до управління епідемією. На початку липня 1577 року уряд видав наказ, який вимагав від Джироламо Меркуріале та Джироламо Каподівака запровадити карантинні заходи. Раніше ці двоє лікарів, запрошені владою як експерти, наполягали на відсутності необхідності в ізоляції, заявляючи, що хвороба не є чумою. Їхні методи, які заперечували карантин і виключали суворі санітарні заходи, сприяли катастрофічним наслідкам: чума поширилася містом і забрала життя близько 50 тисяч людей. Недоліки їхніх підходів викликали хвилю критики, і громадськість визнала Меркуріале та Каподівака одними з головних винуватців такого масштабного розповсюдження епідемії. Проте згодом Джироламо Меркуріале вдалося частково реабілітувати своє ім'я. У 1577 році він опублікував трактат «De Pestilentia», який містив аналіз чумної епідемії та став основою для серії лекцій у Падуанському університеті. Ця публікація зміцнила його науковий авторитет і повернула йому репутацію в академічних колах [118].

Особливу увагу привертає постать Джироламо Донцелліні, іншого лікаря, чиє життя було глибоко пов'язане як із медициною, так і з релігією. Донцелліні, будучи протестантом, неодноразово зазнавав переслідувань з боку інквізиції через свої релігійні переконання. Однак навіть ці обставини не завадили йому брати активну участь у боротьбі з епідемією чуми. У 1576 році, коли Італія була охоплена хвилею хвороби, Донцелліні перебував у венеціанській в'язниці. Проте гостра потреба в лікарях змусила уряд тимчасово звільнити його з ув'язнення для допомоги хворим. Його діяльність у цей період продемонструвала його професіоналізм і відданість своїй справі. Донцелліні не лише надавав медичну допомогу, але й активно підтримував карантинні заходи, які вважав необхідними для стримування епідемії. Завдяки своїм впливовим зв'язкам і самовідданій роботі він здобув підтримку з боку Риму, що врешті-решт призвело до його офіційного звільнення 19 квітня 1577 року [59].

Донцелліні також став важливим критиком своїх колег, зокрема Джироламо Меркуріале, наголошуючи на важливості запровадження ізоляційних заходів. Він підкреслював, що ігнорування необхідності карантину посилює поширення чуми і робить епідемію неконтрольованою. Донцелліні також акцентував увагу на тому, що ознаки чуми є універсальними незалежно від масштабу зараження. Його науковий підхід і підтримка урядових заходів засвідчили його внесок у боротьбу з епідемією та демонструють важливу роль медиків у цей кризовий період. Його кар'єра також є прикладом того, як соціальні, релігійні та професійні чинники взаємодіяли у складних умовах епідемії.

Джироламо Донцелліні виявив себе як рішучий критик опозиційних поглядів своєї лікарської спільноти, включно з Джироламо Меркуріале, які наполягали на тому, що захворювання, яке охопило Венецію, не є чумою. Донцелліні підкреслював, що заперечення епідемічного характеру хвороби є небезпечним і потенційно катастрофічним для міста. Він позитивно оцінював дії венеціанських магістратів, які впроваджували заходи з обмеження

переміщення населення, спрямовані на стримування поширення інфекції. Ці обмеження, на його думку, були необхідними для подолання кризи, що загрожувала життю тисяч людей. Донцелліні також активно критикував позицію своїх колег, які ігнорували масштаби епідемії, посилаючись на традиційні медичні авторитети, такі як Гален. Він наголошував, що характерні ознаки чуми залишаються однаковими, незалежно від того, де саме і в якій кількості вони спостерігаються, навіть якщо зараження проявляється у поодиноких випадках [11].

Особливу увагу Донцелліні приділяв політиці ізоляції заражених. Він підтримував укази венеціанського уряду, які забороняли торгівлю, переміщення населення та вимагали ізоляції інфікованих осіб. На його думку, такі заходи були не лише необхідними, але й ефективними для стримування поширення чуми. Донцелліні також звертав увагу на те, що протидія цим обмеженням була викликана економічними інтересами, які впливали на рішення окремих лікарів, включно з Меркуріале. Це свідчило про конфлікт між медичними ідеалами та комерційними потребами, що ускладнювало боротьбу з епідемією. Як зазначав Донцелліні, ці економічні інтереси могли спонукати деяких лікарів до заперечення суворих карантинних заходів, що ставило під загрозу здоров'я всієї спільноти [64, с. 166].

Донцелліні також підкреслював важливість науки та емпіричних спостережень у боротьбі з епідемією. Він наголошував, що для розуміння масштабів і характеру чуми необхідно керуватися фактами, а не лише теоретичними міркуваннями, які часто застаріли. На його думку, ключовою проблемою було те, що багато лікарів все ще спиралися на традиційні уявлення Галена, не враховуючи сучасних викликів і реалій поширення хвороб. Донцелліні закликав до оновлення медичних знань і застосування більш гнучких підходів у медичній практиці.

Рішуча підтримка Донцелліні дій венеціанського уряду, спрямованих на ізоляцію хворих і введення суворих обмежень, демонструє його

прогресивне бачення боротьби з епідемією. Його позиція ґрунтувалася на переконанні, що тільки рішучі та добре організовані заходи можуть забезпечити ефективний захист населення. Цей підхід також вказує на його прагнення до інтеграції медичних знань із соціальною відповідальністю, що робить його діяльність важливим внеском у медичну практику того часу.

Джироламо Донцелліні став не лише активним учасником боротьби з чумою, але й видатним критиком традиційних підходів до лікування. Його підтримка карантинних заходів, наукових спостережень і урядових рішень сприяла стримуванню епідемії у Венеції. Його приклад підкреслює важливість поєднання науки, політики та соціальної відповідальності в умовах кризи, яка загрожує життю багатьох людей [31].

Під час епідемії чуми у Венеції 1575–1577 років магістрат отримував пропозиції допомоги не лише від професійних медиків, але й від осіб без жодної медичної освіти. Ці «альтернативні» методи боротьби з хворобою відображали як відчай населення, так і обмеженість наявних знань про природу епідемій. Наприклад, один фламандський купець стверджував, що може вивести місто з кризи всього за вісім днів. Його метод полягав у тому, щоб здорові люди вживали певну кількість власної сечі та їли хліб, змочений оцтом з додаванням рути. Він також пропонував для постраждалих особливий режим: вживати сечу двічі на день, робити пластирі з теплих екскрементів для лікування набряків та використовувати сечу для очищення ран, щоб сприяти їх загоєнню [107].

Ще одним прикладом є історія Анібале Горолдіні, жителя села поблизу Брешиї, який з благородною метою вирушив до Старого Лазаретто у Венеції. Він привіз із собою великі бочки рідини, яку планував використовувати для лікування чумних хворих. Однак шлях до Венеції виявився для нього фатальним: під час подорожі і сам Горолдіні, і його помічник захворіли на чуму та померли через кілька днів після прибуття. Ця історія підкреслює як бажання допомогти, так і небезпеки, з якими стикалися люди під час роботи з інфікованими [4, с. 8].

Такі випадки свідчать про низку аспектів боротьби з епідемією у Венеції. По-перше, вони демонструють крайню нестачу ефективних медичних засобів та обмеженість професійної медицини того часу, через що люди вдавалися до незвичайних і навіть абсурдних методів лікування. Застосування сечі та екскрементів відображало як вкорінені уявлення про очищення організму, так і віру в магичні або псевдонаукові методи боротьби з інфекціями.

По-друге, ці історії висвітлюють соціальну динаміку епідемії, яка спонукала людей із різних соціальних верств – від купців до простих сільських жителів – брати участь у боротьбі з чумою. У випадку Горолдіні його благородна, хоч і невдала, спроба підкреслює як готовність допомогти, так і трагедії, що супроводжували кожен крок у подоланні епідемії.

По-третє, активність таких непрофесійних помічників часто супроводжувалася невдачами та підозрами, але водночас вони впливали на формування соціальних наративів про хворобу. Їхні дії відображали народні уявлення про медицину, які в умовах кризи ставали важливим елементом колективного досвіду та пам'яті про епідемію.

Ці приклади також демонструють роль магістрату, який не тільки приймав такі пропозиції, але й, імовірно, змушений був враховувати громадську думку та залучати будь-які можливі ресурси для боротьби з чумою. Незважаючи на сумнівну ефективність таких методів, ці випадки є важливими для розуміння культурних і соціальних підходів до подолання епідемій у XVI столітті.

Питання охорони здоров'я під час епідемії чуми у Венеції 1575–1577 років, зокрема ідеї інфекції та ізоляції, залишаються надзвичайно важливими для розуміння тогочасних підходів до контролю епідемій. Одним із піонерів новаторського підходу до управління охороною здоров'я був сицилійський протомедіко Джованні Філіппо Інграсія. Його трактат, написаний переважно в 1575 році [14], став переломним у традиційних чумних писаннях. На відміну від класичних трактатів, які зосереджувалися на індивідуальних

профілактичних і лікувальних заходах, Інграсія переніс увагу на систематичну політику охорони здоров'я, яку мали впроваджувати місцеві магістрати.

Цей підхід виходив за межі звичних для того часу рекомендацій щодо догляду за пацієнтами. Замість цього, Інграсія закликав магістратів забезпечити активне втручання для запобігання поширенню інфекції. Серед запропонованих ним заходів були створення нових чумних лікарень, запровадження карантинів для підозрілих товарів, блокування заражених будинків і відокремлення хворих від здорових. Особливу увагу приділяли очищенню міського простору, включаючи прибирання сміття, покращення каналізаційної системи, а також видачу так званих «чумних паспортів», які регулювали пересування людей і товарів. Усі ці заходи отримали фінансову підтримку міських магістратів, що дозволило швидко впровадити їх у практику.

Особливим досягненням Інграсії стало те, що він вперше серйозно взявся за відстеження шляхів розповсюдження захворювання. Він розробив методи для вивчення шляхів потрапляння чуми до міста та механізмів її подальшого поширення. Його підхід зосереджувався на аналізі зв'язків між різними елементами міського життя, такими як торгівля, соціальні практики та санітарний стан міста. Цей новаторський підхід став основою для подальшого розвитку епідеміології та державної політики у сфері охорони здоров'я [64, с. 5].

Важливість ідей Інграсії для Венеції 1575–1577 років полягала в тому, що його рекомендації пропонували системний підхід до управління епідемією. Хоча магістрати Венеції вже мали досвід боротьби з чумою, наприклад, через запровадження карантинів і створення лазаретів, ідеї Інграсії послужили важливим орієнтиром для подальшого вдосконалення цих практик. Його пропозиції про відстеження шляхів інфекції сприяли зміцненню практики ізоляції та моніторингу, що стало ключовим елементом боротьби з епідеміями в наступні століття.

У часи епідемії чуми 1575–1577 років у Венеції багато нетрадиційних учасників суспільного життя, включаючи нотаріусів, адміністраторів та навіть ремісників, активно втручалися у дискусії щодо природи хвороби. Вони оскаржували визначення та теорії, висунуті академічними лікарями, що ґрунтувалися на середньовічних та ренесансних уявленнях про медицину, які мали сильний вплив Галена, Авіценни та релігійних інтерпретацій. Відкидаючи такі універсалії, ці групи зосередилися на спостереженнях за реальними проявами чуми, включаючи її симптоматику, закономірності поширення, швидкість зараження та скупчення смертей у домашніх господарствах. Вони також намагалися простежити епідеміологічні шляхи швидкого поширення хвороби, що стало ключовим аспектом у нових підходах до управління епідеміями [119, с. 15].

Ця криза сприяла значному розриву в межах медичної професії, викликаючи серйозні дебати між традиціоналістами, які дотримувалися класичних теорій про «міазми» та «баланс гуморів», і прихильниками нових емпіричних підходів, що опиралися на конкретні спостереження та аналіз. Це стало каталізатором трансформації медичної думки, адже акцент змістився з універсальних теоретичних моделей на прагнення до конкретних і практичних рішень [56, с. 87].

Напруження між традиційною та новою медициною демонструє, як чума поставила під сумнів давні медичні доктрини, породивши в медичних колах невдоволення та критичний аналіз попередніх підходів. Представники адміністративної влади, ремісники й навіть звичайні громадяни почали активно долучатися до обговорень природи чуми та її лікування, що свідчить про зростання важливості громадянської участі у вирішенні кризових ситуацій. На практиці це виявлялося у все ширшому застосуванні спостережень за поширенням хвороби та відмові від абстрактних моделей середньовіччя на користь конкретних дій, таких як ізоляція хворих і запровадження карантинних заходів.

У цьому контексті чума 1575–1577 років стала не лише викликом для медичної науки, але й рушієм інтелектуального прогресу. Вона змусила лікарів та суспільство в цілому переглянути попередні універсалії та звернутися до нових підходів, які згодом заклали основу для сучасної епідеміології. Такий перехід від абстрактних універсалій до емпіричних спостережень був також відображенням ширшої інтелектуальної трансформації, яка відбувалася в Європі наприкінці епохи Відродження. Цей період характеризувався відходом від суто теологічного та класичного мислення до більш практичних, науково орієнтованих підходів, що стали фундаментом для подальшого розвитку медицини та охорони здоров'я.

Нові автори, які писали під час епідемії чуми 1575–1577 років, акцентували увагу на класових відмінностях у доступності медичної допомоги, умовах проживання, соціальних характеристиках районів і санітарних умовах. Особливу увагу приділяли перенаселеним будинкам і забрудненій воді, які слугували чинниками, що сприяли чіткому класовому поділу та прискоренню поширення інфекції серед бідних верств населення [64, с. 7]. Такі підходи демонструють зростаюче усвідомлення соціально-економічних факторів, які впливали на розвиток епідемії та її наслідки.

Зокрема, цінну інформацію надають праці Нікколо Масси (1485–1569 рр.), який виявляв значний інтерес до соціальної нерівності під час епідемій. Маса стверджував, що багаті переживали чуму набагато краще, ніж бідні, оскільки мали доступ до кваліфікованої медичної допомоги та могли дозволити собі більш комфортні умови проживання [16, с. 31]. На думку Масси, життєві умови та доступ до ресурсів були ключовими чинниками, які визначали виживання під час епідемії. Його роботи підкреслюють, як економічна нерівність безпосередньо впливала на рівень смертності та поширення хвороби серед різних соціальних груп.

Крім того, Маса у своїх дослідженнях намагався уточнити способи лікування проти чуми і не вважав «піст» універсальним заходом лікування. Він зазначав, що («epidemia pestilentia») не слід вважати універсальним

позначенням будь-якої епідемії, як це іноді роблять сучасні йому історики. Масса стверджував, що слід чітко відрізнити чуму від інших захворювань, таких як кашель («delle distillationi»), серцеві розлади («sqinantie»), віспа («ponte») та інші епідемічні хвороби. Особливу увагу він приділяв таким характерним ознакам чуми, як наявність бубонів та карбункулів, що дозволяло відрізнити її від інших захворювань [124, с. 41].

Масса також наголошував на тому, що найбільш надійним діагностичним критерієм чуми було спостереження за її передачею у межах одного домогосподарства. Він зауважив, що якщо одна людина помирала в домі, більшість інших мешканців раптово заражалися тією самою хворобою і, як правило, також помирали. Це спостереження дозволяло йому відокремлювати чуму як окреме захворювання зі специфічними епідеміологічними особливостями [16; 64, с. 175].

Ідеї Масси, як і інших авторів чумних трактатів шістнадцятого століття, підкреслюють поступовий відхід від універсалістських поглядів середньовічної медицини до більш емпіричних підходів, що базувалися на ретельному спостереженні та аналізі. Ці нові підходи сприяли поглибленню розуміння зв'язку між соціальними умовами та поширенням епідемії, ставши важливою складовою ранньомодерної епідеміології.

Стосовно нотаріусів того часу, то Бенедетті детально описує проповідь відомого проповідника, преподобного Падре Фіамми, який критикував традиційні галенівські уявлення про природу чуми. Фіамма вважав, що хвороба поширюється через взаємодію та змішування людей, що суперечило теоріям міазмів, які вважали причиною епідемії забруднене повітря. Він запропонував радикальний, але простий підхід до стримування хвороби – заклик до усамітнення всіх мешканців міста на п'ятнадцять днів, що, на його думку, могло б повністю очистити Венецію від чуми. За словами Бенедетті, ці пропозиції проповідника були серйозно розглянуті правителями Венеції, які навіть обговорювали можливість евакуації населення за межі міста [4].

Ці ідеї відображають зміну в підходах до управління епідеміями, коли релігійні діячі починали активно впливати на політику охорони здоров'я. Роздуми Фіамми також підкреслюють еволюцію сприйняття причин чуми, що поєднувала як наукові, так і духовні елементи. Водночас вони ілюструють напруження між традиційними медичними теоріями, заснованими на працях Галена, та новими, практичними підходами до боротьби з епідеміями [11].

Щодо медичних засобів, одним з найбільш популярних і часто призначуваних препаратів для профілактики та лікування чуми був теріак (також відомий як патока). Цей засіб мав давньогрецьке походження і представляв собою складну суміш із близько 64 інгредієнтів, які вимагали тривалого – до 40 днів – процесу обробки. Ключовим компонентом теріаку була смажена плоть гадюки, яка вважалася ефективною проти отрут і інфекцій. Завдяки своїм символічним і лікувальним властивостям теріак став одним із найпоширеніших препаратів епохи чуми.

Особливе місце у виробництві теріаку займала Венеція. Щороку венеціанські аптекарі збиралися у великому сквері для спільного приготування інгредієнтів, які використовувалися протягом наступного року. Ця практика мала не лише практичний, а й символічний характер, оскільки демонструвала єдність медичної спільноти у боротьбі з чумою. Виготовлення теріаку стало частиною колективної пам'яті та культурної ідентичності міста, а його популярність у Венеції зробила цей засіб відомим далеко за її межами [13, с. 192].

Теріак також став предметом медичних суперечок і дискусій. Деякі лікарі ставили під сумнів його ефективність і наголошували на необхідності більш раціональних методів лікування, однак більшість медиків шістнадцятого століття продовжували використовувати цей препарат, вбачаючи в ньому не лише терапевтичний, а й профілактичний засіб. У той час, коли знання про інфекції були обмеженими, теріак слугував символом надії та наукового прогресу, що поєднував давні традиції з прагненням подолати епідемію.

Засіб, який протягом століть вважався універсальним ліками від чуми - теріак, - згодом став предметом серйозної критики серед медичних кіл. Зокрема, у 1570 році в Брешиї між трьома лікарями виникла гостра суперечка щодо доцільності використання теріаку як сильного очищувального засобу для лікування чумних хворих. Молодий лікар Вінченцо Кальцавелья оскаржив твердження Джузеппе Вальданьо, який вважав теріак відповідним і ефективним препаратом для боротьби з чумними лихоманками.

Ця дискусія викликала жваве зацікавлення медичної спільноти, особливо після того, як у ній втрутився Джироламо Донцелліні - відомий падуанський лікар, який обіймав посади папського та імператорського медиків. У двох своїх брошурах Донцелліні виступив на підтримку Вальданьо, активно критикуючи позицію Кальцавельї. У своїй аргументації він захищав теріак з позицій схоластичної медицини, стверджуючи, що цей препарат є ефективним для лікування чумних лихоманок [8, с. 6].

Однак, як свідчать подальші події, суперечка мала не лише науковий, а й соціальний вимір. Медичний коледж Брешиї вирішив виключити з міста двох більш відомих лікарів, через тиск з боку місцевих влад і медичної спільноти [8, с. 8; 119, с. 124]. Ця ситуація демонструє складність тогочасної медичної науки, коли конкуренція між лікарями могла впливати на їхню репутацію та професійний статус.

Подібні сумніви щодо традиційних методів лікування чуми висловлював і міланський хірург, який писав у 1577 році. Він розпочав свою працю з критики двох усталених підходів до лікування чуми, які залишалися популярними до XVIII століття. Йдеться про очищення організму пацієнта за допомогою сильних препаратів і призначення суворих дієт. Хірург ставив під сумнів ефективність цих методів, наголошуючи на необхідності пошуку більш практичних і дієвих засобів боротьби з епідемією [12].

Ці дискусії не лише висвітлюють наукові суперечки щодо ефективності теріаку та інших методів лікування, але й демонструють, як епідемія чуми змушувала лікарів переосмислювати традиційні підходи, відмовляючись від

застарілих практик і шукаючи нові способи боротьби з хворобою. Суперечливі думки щодо теріаку також відображають загальний перехідний характер медичної науки епохи Відродження, коли схоластичні теорії поступово програвали своє місце емпіричним дослідженням.

Дискусії щодо використання теріаку як основного засобу лікування чуми викликали значний інтерес у медичній спільноті XVI століття. Різні лікарі висловлювали свої, часто протилежні, погляди стосовно цього препарату. Наприклад, Андреа Гратіоло, відомий лікар того часу, вважав теріак ефективною протиотрутою. На його думку, теріак діяв подібно до вогню, «спалюючи» всі шкідливі гумори в тілі, очищаючи внутрішні органи та посилюючи природні захисні сили організму [13, с. 191]. Крім того, Гратіоло рекомендував ще один засіб із додаванням меліси (лимонного бальзаму), стверджуючи, що ця рослина має здатність виводити «отруту» (яку він пов'язував із чумою) з тіла хворого [13, с. 192].

Водночас у першій половині XVI століття з'явилися критичні погляди на популярну медичну практику кровопускання. Деякі лікарі дійшли висновку, що така процедура не лише не допомагає, але й значно послаблює організм хворого, роблячи його більш вразливим до інфекцій. Натомість лікарі почали рекомендувати застосовувати різні мазі та бальзами, які, на їхню думку, могли «вивести отруту» з тіла хворого [49, с. 58]. Наприклад, Гратіоло пропонував використовувати собачий жир та спеціальні олії, які начебто могли запобігти утворенню інфікованих ран і навіть захистити від черв'яків [13, с. 130].

Ще одним прикладом цікавих, але нетрадиційних методів лікування є рекомендації лікаря Алериса з П'ємонту (1568). Він радив виготовляти суміш із дрібно просіяної солі та яєчного жовтка, яку слід було наносити на пошкоджені ділянки шкіри. Алерис вважав, що ця суміш має властивість «витягувати отруту» з організму, сприяючи швидшому загоєнню ран [114, с. 76].

Попри те, що багато з цих методів виглядають досить ексцентрично з точки зору сучасної медицини, вони відображають тогочасне розуміння хвороб та їх лікування. Чимало з цих практик могли дійсно мати певний терапевтичний ефект, зокрема, завдяки своїм антибактеріальним чи загоювальним властивостям. Люди вірили в ефективність таких методів, бо вони базувалися не лише на тогочасних уявленнях про природу хвороб, але й на спостереженнях за їх результатами.

Ці приклади ілюструють складність тогочасної медицини та намагання лікарів знайти універсальні засоби для боротьби з чумою. Водночас вони демонструють широкий спектр підходів до лікування, які варіювалися від застосування натуральних засобів до використання хімічних і біологічних речовин, які сьогодні вважаються шкідливими або малоефективними. Усе це свідчить про інтенсивний пошук нових методів лікування та поступову трансформацію медичної науки в епоху Відродження.

Ще одна дискусія, яка виникла під час епідемії чуми у Венеції в 1575–1577 роках, стосувалася ролі повеней і забруднення води у поширенні захворювання. Астролог Аннібале Раймондо, автор трактату, опублікованого в Падуї в 1576 році, представив свої висновки венеціанському комітету охорони здоров'я в 1577 році. У своїй роботі Раймондо звернув увагу на стихійні лиха, зокрема на шторм, який стався 11 жовтня 1574 року і затопив Венецію. Він стверджував, що наслідки цього стихійного лиха, включно із забрудненням міських колодязів і фонтанів, стали ключовими факторами виникнення епідемії чуми.

Раймондо наголошував, що вода, яка використовувалася мешканцями Венеції, стала небезпечною через її забруднення відходами та проникненням солоної води. Бідні мешканці міста, які не мали альтернативних джерел води, особливо постраждали від цього фактора, оскільки їхній доступ до чистої води був обмеженим. Раймондо також звернув увагу на те, що низька якість харчування та антисанітарні умови життя ще більше погіршували ситуацію,

роблячи бідні верстви населення, зокрема жінок, більш вразливими до хвороби [19].

Важливість трактату Раймондо полягає в його прагненні знайти конкретні причини спалаху чуми, використовуючи спостереження та емпіричні докази. Він також підкреслював, що інші фактори, як-от антисанітарія, були не менш важливими у поширенні хвороби. Раймондо зазначав, що погане харчування, перенаселеність житлових приміщень та загальна бідність створювали умови, за яких чума поширювалася особливо швидко.

Його трактат став одним із перших, який спробував пояснити зв'язок між екологічними, соціальними та медичними факторами, що сприяли поширенню епідемії. Водночас він кидав виклик традиційним уявленням про походження чуми, зокрема теоріям про «зіпсоване повітря» або міазми. Хоча Раймондо визнавав можливість впливу міазмів, він наголошував на важливості факторів, пов'язаних із забрудненою водою, як ключовою причиною епідемії.

Цей підхід також демонстрував прагнення венеціанського суспільства до більш раціонального пояснення причин епідемії, а не лише релігійного чи астрологічного. Раймондо, як астролог, намагався поєднати традиційні знання з новими ідеями про роль навколишнього середовища у виникненні хвороб. Його висновки вплинули на подальші спроби венеціанської влади покращити систему водопостачання, а також на заходи, спрямовані на очищення каналів та боротьбу з антисанітарією.

Трактат Раймондо став важливим джерелом знань для подальших досліджень у сфері громадського здоров'я. Його ідеї також підкреслили зв'язок між соціальною нерівністю та сприйнятливістю до інфекційних хвороб, що зробило його роботи важливими для розуміння соціальних наслідків епідемій [19].

За словами Аннібале Раймондо, хвороба, яка почалася в 1575 році, спочатку не викликала значної кількості смертей серед бідного населення

Венеції. Проте вже у 1576 році вона повернулася з підвищеною інтенсивністю, завдаючи значно більшої шкоди. Найбільш уразливими виявилися ті, хто вживав забруднену воду протягом попередніх півтора року, адже забруднення міських колодязів сприяло поширенню інфекції. Особливо постраждало бідне населення, оскільки їхній доступ до чистої води був обмеженим, а економічна ситуація погіршилася через скорочення робочих місць. Торговці та купці уникали районів, які вважалися небезпечними, що позбавило бідноту основних джерел доходу, посилюючи соціальні наслідки епідемії [64, с. 188].

Раймондо також вважав, що хворобу можна було вилікувати до травня 1576 року, якщо вчасно застосувати лікування. У своїх висновках він зазначав, що вісім із десяти хворих одужували за умови належної медичної допомоги, тоді як дев'ять із десяти помирали у разі її відсутності [19, с. 140]. Його оцінки підкреслювали важливість вчасного втручання медичних працівників у боротьбі з епідемією.

Венеціанський уряд реагував на ситуацію, доручивши всім міським лікарям зібратися у Великій раді для обговорення характеру захворювання та його причин, а також для порівняння його з попередніми епідеміями. Це було частиною загальної стратегії з розробки та видання указів, які могли б ефективно зупинити поширення хвороби. Раймондо, у свою чергу, спростував кілька традиційних теорій про причини епідемій, таких як «зіпсоване повітря» чи зміна вологості. Він також відкинув припущення про те, що причинами чуми могли бути поганий урожай пшениці або поява мертвої риби в міських каналах. Натомість він наголошував, що головною причиною епідемії було змішування прісної та солоної води у венеціанських колодязях, що призвело до їхнього забруднення.

На тлі цих подій у Венеції посилювався страх серед населення, що спричинило численні заворушення. Містом ширилися чутки про те, що чума вже винищила населення Тренту, що лише поглиблювало кризу. За словами

Раймондо, цей страх досяг таких масштабів, що багато лікарів залишили місто, а великі міста фактично обезлюдніли [19, с. 57].

Трактат Раймондо відображає не лише його погляд на причини епідемії, але й ширшу картину соціальних, економічних і медичних викликів, з якими зіткнулася Венеція в роки чуми. Його робота показує, як поєднання природних, екологічних і соціальних факторів могло вплинути на масштаби епідемії та спонукало владу до розробки нових підходів у сфері охорони здоров'я та кризового управління.

Аннібале Раймондо у своїх теоріях намагався кинути виклик традиційним уявленням про причини чуми, таким як міазматичні та астрологічні пояснення, хоча й залишався прибічником уявлення про гниття повітря як ключового фактора поширення хвороби. Його основна теорія, яка стосувалася змішування прісної та солоної води, була винятковою для Венеції, де повені та штормові явища 1574 року суттєво вплинули на стан міських колодязів. Раймондо акцентував на тому, що такі події призвели до забруднення питної води, яка вважалася основним шляхом проникнення отруйних речовин в організм людини. Ця теорія, хоча й була суперечливою, відкрила новий спосіб осмислення епідемії, додаючи екологічний контекст до розуміння поширення чуми [19].

Соціальний аспект епідемії також був ключовим у теоріях Раймондо. Він підкреслював, що бідне населення страждало найбільше через неможливість уникнути споживання забрудненої води. Відсутність фінансових ресурсів не лише обмежувала доступ до якісного харчування, але й перешкоджала можливості переміститися у безпечніші райони міста або виїхати за його межі. Бідність, за його словами, ставала вирішальним фактором у визначенні ступеня вразливості до чуми. Він також вважав, що погане харчування, фізична виснаженість і антисанітарні умови життя сприяли підвищенню ризику зараження та тяжкості перебігу хвороби серед цього прошарку населення. У цьому контексті теорії Раймондо демонструють

раннє розуміння соціальних детермінант здоров'я, які сьогодні є невід'ємною частиною епідеміологічних досліджень [64, с. 188].

Антоніо Глісенті (1513–1576) пропонував інший погляд на причини виникнення чуми, акцентуючи на ролі забруднених товарів і одягу, які привозилися з заражених регіонів. Його переконання базувалося на спостереженнях за випадками захворювання, спричиненими прямим контактом із зараженими речами. Глісенті навів приклад шкіряної куртки, яка була передана від хворої особи та спричинила смерть 25 людей. Він стверджував, що гниючі трупи у Тренті стали джерелом отруйних випаровувань, які, разом із погодними умовами – спекотним літом, сухою осінню та теплою весною – значно погіршили ситуацію у Венеції. З його точки зору, погодні умови відігравали вирішальну роль у поширенні чуми, адже висока температура та вологість збільшували ризик зараження та підвищували смертність [12; 117, с. 140].

Глісенті також підтримав ідею Раймондо про змішування прісної та солоної води як додатковий фактор, що сприяв виникненню епідемії. Його спостереження були цінними, оскільки вони зосереджували увагу на значенні умов навколишнього середовища для поширення хвороби. До того ж він розширив розуміння причин епідемії, поєднуючи традиційні медичні уявлення про вплив клімату з новими спостереженнями про забруднення води [120, с. 27].

Лікар Фаустіно Бучеллені у своїх працях критикував Раймондо за брак порівняльного аналізу та акцент на локальних факторах, але також визнавав його внесок у розуміння соціальних причин чуми. Бучеллені вважав, що чума не була винятково венеційським явищем, адже вона поширилася і на інші міста, такі як Тренто, Верона, Мессіна та Падуя. Він також зазначав, що соціально-економічні фактори, такі як війни, голод та виснаження водних ресурсів, могли сприяти розвитку епідемії [64, с. 191].

Попри критику, багато лікарів визнали логіку Раймондо обґрунтованою. Його теорії, хоч і мали обмеження, пропонували новий

підхід до розуміння епідемії, включаючи роль екологічних факторів, таких як вода, у поширенні хвороб. Забруднення криниць після повені 1574 року могло сприяти поширенню захворювання серед бідного населення, але залишалося відкритим питання щодо механізму дії цього фактору. До 1575 року вода рідко розглядалася як можливий шлях передачі інфекції, а солону воду навіть вважали дезінфікуючим засобом. Рекомендації щодо чистоти води почали з'являтися лише в контексті епідемій, і навіть тоді їх значущість часто ігнорували [56, с. 58; 18, с. 137].

Ці дискусії між Раймондо, Глісенті, Бучеллені та іншими лікарями демонструють складність і багатогранність спроб тогочасної медицини пояснити причини та механізми поширення чуми. Вони підкреслюють значення соціальних, екологічних і медичних факторів у розумінні епідемій, закладаючи основи для подальших досліджень у галузі епідеміології та громадського здоров'я.

Церковна благодійність відіграла важливу роль під час епідемії чуми у Венеції 1575–1577 років, хоча її ефективність і наслідки викликали суперечливі оцінки. Церква не лише організовувала релігійні обряди та процесії, але й надавала моральну та матеріальну підтримку постраждалим. Однак реакція на ці зусилля була різною, і не всі їх вважали ефективними або корисними.

Наприклад, нотаріус Бенедетті критикував деякі духовні ініціативи, які, на його думку, мали більше шкоди, ніж користі. Він згадував, як на третю ніч після початку епідемії у Венеції з'явився невідомий чоловік, одягнений у звичайний братський одяг, із великим хрестом у руках. Ця людина співала молебні пісні жалібним голосом і збирала за собою натовпи людей з усіх кварталів міста. Процесія рухалася в напрямку церкви Сан-Рокко, наслідуючи традиційні релігійні заходи. Проте, як зазначає Бенедетті, такі дії лише сприяли ширшому розповсюдженню хвороби, оскільки великий натовп людей створював сприятливі умови для передачі інфекції. Він також звертав

увагу на те, що офіційні церковні процесії намагалися обмежуватися площею Сан-Марко, щоб уникнути подібних наслідків [86, с. 211].

Чума завдавала особливо сильного удару серед бідних, які мали обмежений доступ до медичної допомоги та часто жили в перенаселених умовах, що сприяло швидкому поширенню хвороби. Однак, як свідчить Бенедетті, з часом епідемія почала вражати також багатих і представників дворянства, що викликало великий страх серед правлячої еліти Венеції. Цей страх стимулював владу шукати нові способи боротьби з хворобою, включно з релігійними заходами.

Попри критичне ставлення до деяких аспектів церковної благодійності, Бенедетті позитивно оцінив ініціативу дожа, який пообіцяв побудувати нову церкву на честь Христа, витративши на це 10 000 дукатів. Дож також зобов'язався щороку організовувати урочисту процесію, під час якої жителі міста просили б прощення за свої гріхи. На думку Бенедетті, цей момент став переломним у боротьбі з епідемією, оскільки поєднував у собі як релігійні, так і соціальні ініціативи, які допомогли зміцнити колективну ідентичність міста та мобілізувати населення для подолання кризи [86, с. 211].

Наслідком вищезгаданих подій стало продовження карантинних заходів у Венеції. Особливу увагу приділяли релігійним ініціативам, які відігравали важливу роль у підтримці морального духу та об'єднанні населення. Офіційні церковні процесії, організовані під час епідемії, дотримувалися суворих заходів безпеки. Усі церковні діячі, які брали в них участь, були оснащені спеціальними профілактичними засобами. Зокрема, вони носили парфумовані рукавички, жменю рути на шиї, невеликі мішечки з ароматними травами, а також мали амулети з миш'яку, розміщені біля серця. Крім того, всі учасники церковних обрядів приймали теріак та інші очисні засоби, які на той час вважалися ефективними методами профілактики чуми [4, с. 9].

До 22 листопада епідемія поступово почала відступати, що дало можливість уряду розпочати реалізацію обіцяного проєкту - будівництво

церкви на острові Джудекка, присвяченої спасінню міста. 5 грудня 1576 року Венеція почала відчувати перші ознаки визволення від чуми. Вперше з 1575 року, 1 січня 1577 року, в місті не було зафіксовано жодного випадку смерті від епідемії. Ця подія стала символом перемоги над хворобою, і місто відзначило своє визволення урочистою процесією, у якій могли брати участь усі мешканці. Процесія, що проходила вулицями міста, супроводжувалася проявами радості, вдячності та надії на майбутнє.

Епідемія чуми у Венеції 1575–1577 років спричинила значні зрушення в наукових і медичних підходах, зокрема у ставленні до класичної медицини. Шістнадцяте століття засвідчило відродження інтересу до класичних медичних знань, особливо до праць Галена. Це не було раптовим явищем, але саме епідемія стала каталізатором для змін у мові й формах медичних трактатів. У період чуми 1575–1577 років спостерігалось значне зростання кількості текстів на народній мові, яка стала домінувати в 87% нових публікацій, тоді як латинська мова втратила своє превалююче становище. Повернення до спадщини Галена, яка передувала цим подіям, мало свої витоки ще століттям раніше, але саме епідемія значно посилила інтерес до його вчення, актуалізувавши його в контексті боротьби з чумою [119, с. 254-266; 11].

Таким чином, епідемія чуми у Венеції 1575–1577 років стала випробуванням не лише для міської влади, але й для окремих громадян, змінюючи соціальні практики та ідентичності. Вона продемонструвала вразливість традиційної медицини, розділивши лікарів на прихильників карантинних заходів і тих, хто їх заперечував. Помилкові рішення деяких медиків призвели до швидкого поширення хвороби та високої смертності, що викликало суспільний осуд і посилило недовіру до офіційної медицини. Водночас, епідемія активізувала пошуки альтернативних методів лікування. Серед населення поширювалися як традиційні, так і шарлатанські практики, що свідчить про відчай і нестачу ефективних засобів боротьби з хворобою. Однак на тлі кризи поступово формувалися нові підходи до охорони здоров'я: зросло

розуміння ролі санітарних заходів, ізоляції та системного підходу до управління епідеміями. Суспільні зміни також відобразилися у сприйнятті ролі лікарів, релігійних діячів та адміністрації. Деякі лікарі, як-от Джироламо Донцелліні, активно підтримували карантинні заходи, а їхній внесок у стримування чуми отримав визнання. Водночас неефективні дії окремих медиків та міської влади загострювали соціальні конфлікти, що ще більше ускладнювало боротьбу з хворобою. Криза також сприяла змінам у громадських та релігійних практиках. Процесії та благодійні ініціативи, хоча й мали символічний характер, відігравали важливу роль у підтримці морального духу населення. Влада Венеції усвідомила необхідність інтеграції медичних, соціальних та економічних підходів у боротьбі з епідеміями, що стало основою для подальшого розвитку системи громадського здоров'я. Епідемія вплинула на формування індивідуальних ідентичностей, підкреслюючи різницю між соціальними групами в доступі до допомоги та ресурсів. Бідні верстви населення були найбільш вразливими до наслідків чуми, що загострило соціальну нерівність та змінило ставлення до ролі влади і медицини. Венеціанський досвід боротьби з чумою став важливим уроком, який вплинув на подальші підходи до кризового управління та охорони здоров'я в Європі.

## ВИСНОВКИ

У дисертації проведено комплексне дослідження формування колективних та індивідуальних ідентичностей у Венеції під час Чуми Святого Карла (1575–1577 рр.) крізь призму історіографічного аналізу, вивчення джерел, інституційних структур, соціальних практик та культурних репрезентацій. Робота дозволила вийти на низку важливих наукових результатів.

### *Історіографія питання.*

Проведений історіографічний аналіз засвідчує, що проблема чуми в Італії ранньомодерного часу, зокрема у Венеції, належить до однієї з найбільш інтенсивно й міждисциплінарно опрацьованих тем сучасної історичної науки. Водночас лише відносно нещодавно ці дослідження почали системно осмислюватися крізь призму формування колективних та індивідуальних ідентичностей у кризових умовах, що відкриває нові аналітичні можливості для даної дисертації.

Систематизація літератури за проблемно-тематичним принципом дозволила виявити еволюцію наукових підходів - від описово-інституційних і медико-адміністративних моделей до соціокультурних, емоційних і ідентифікаційних інтерпретацій епідемічного досвіду. Класичні дослідження, присвячені розвитку системи громадського здоров'я, карантинів і лазаретів (Cacciavillani, Cipolla, Delogu, Vanji), заклали фундамент для розуміння того, як Венеція вибудовувала складну багаторівневу модель управління епідеміями. Вони показують, що санітарна політика була не лише технічним інструментом боротьби з хворобою, а формою політичного й морального впорядкування міського простору та населення.

Новітні праці (Crawshaw, Delogu, Alfani та ін.) переконливо демонструють, що карантин, ізоляція та контроль мобільності виконували подвійну функцію: з одного боку - епідеміологічну, з іншого - соціально-нормативну. Саме в цьому контексті простежується зв'язок між інституційними реакціями та формуванням колективної ідентичності, заснованої на спільному

досвіді дисципліни, очікування, страху й моральної відповідальності. Венеціанська модель постає як одна з перших спроб інституціоналізувати уявлення про «спільне благо» та колективну відповідальність за життя громади.

Значний внесок у розуміння індивідуальних вимірів епідемічного досвіду зробили мікроісторичні та соціально-демографічні дослідження (Del Panta, Carmichael, Alfani et al., Serra). Вони дозволяють простежити, як чума впливала на родинні стратегії, практики виживання, соціальні ролі та самоусвідомлення різних груп населення. Особливо важливим для даного дослідження є висновок про нерівномірність епідемічного досвіду: соціальний статус, доступ до ресурсів і включеність у мережі допомоги безпосередньо впливали на шанси виживання та способи інтерпретації кризи, що формувало різні моделі індивідуальної ідентичності.

Включення теоретичних підходів до вивчення ідентичності (Тейлор, Андерсон, Сміт, Еріксон, Брубейкер і Купер) та історії емоцій (Розенвайн, Редді, Плампер) дозволяє переосмислити чуму святого Карла не лише як демографічну чи медичну катастрофу, а як подію глибокої символічної та емоційної трансформації. Епідемія постає як «момент істини», у якому індивіди та спільноти були змушені заново визначати межі відповідальності, страху, надії, солідарності й належності.

Таким чином, аналіз історіографії засвідчує, що чума у Венеції 1575–1577 рр. є плідним полем для дослідження процесів формування колективних та індивідуальних ідентичностей. Поєднання інституційної історії, соціальної демографії, історії медицини, історії емоцій і теорій ідентичності дозволяє розглядати кризу не лише як руйнівний чинник, а як каталізатор нових форм соціальної взаємодії, саморозуміння та державної відповідальності. Саме в цьому міждисциплінарному перетині і полягає наукова доцільність та новизна обраного підходу в межах даного дисертаційного дослідження.

*Джерельна база дослідження.*

Проаналізована джерельна база засвідчує, що дослідження чуми святого Карла у Венеції 1575–1577 рр. спирається на надзвичайно різномірний і

багат шаровий корпус джерел, який дозволяє реконструювати кризу не лише як медико-демографічне явище, але й як складний соціокультурний процес, що безпосередньо впливав на формування колективних та індивідуальних ідентичностей. Поєднання нормативних, наративних, медичних, нотаріальних і візуальних джерел створює можливість багатовимірного аналізу епідемії як досвіду, пережитого різними соціальними групами Венеції.

Залучені трактати лікарів епохи Відродження (від Галена як авторитету античної традиції до Фракасторо, Донцелліні, Порту, Інграссі, Глісенті та Массі) демонструють еволюцію медичного знання в умовах повторюваних епідемічних криз. Вони дозволяють простежити напружене співіснування класичних теорій (міазматичних, гуморальних) з новими емпіричними спостереженнями, що поступово формували уявлення про контагіозність, ізоляцію та профілактику. У межах даного дослідження ці джерела є важливими не лише як свідчення медичної думки, але й як індикатори формування професійної ідентичності лікаря - між авторитетом традиції, моральним обов'язком і практичним досвідом щоденного зіткнення зі смертю.

Наративні джерела - хроніки Маттео Віллані, літературні описи Джованні Боккаччо, нотатки венеційського нотаріуса Бенедетті - дозволяють реконструювати емоційний та соціальний вимір епідемії. Вони фіксують страх, розпад і трансформацію соціальних зв'язків, зміну уявлень про обов'язок, милосердя та відповідальність. У контексті цієї дисертації ці тексти мають особливу цінність як джерела для аналізу індивідуального досвіду кризи та механізмів колективного осмислення катастрофи, що безпосередньо впливало на конструювання ідентичності - як особистої, так і суспільної.

Нормативно-правові та адміністративні джерела (трактат Гаспаро Контаріні, статути міст, документи магістратів, описи санітарних заходів у Венеції, Тоскані та Болоньї) дозволяють простежити процес інституціоналізації боротьби з епідеміями. Вони демонструють, що система охорони здоров'я у Венеціанській республіці формувалася як відповідь не лише на медичну загрозу, але й на потребу підтримання соціального порядку, дисципліни та

довіри до влади. У цьому сенсі джерела відображають, як через санітарну політику та карантинні практики держава конструювала власну ідентичність «морального тіла», відповідального за життя громади, а населення - свою колективну ідентичність через досвід підпорядкування, солідарності та спільного виживання.

Особливу цінність становлять візуальні джерела та ілюстровані медичні трактати, які фіксують образи чумних лікарів, цирульників, шарлатанів і лікувальних практик. Вони дозволяють простежити символічний вимір епідемії та формування впізнаваних соціальних ролей у кризових умовах. Образ чумного лікаря, його костюм і атрибути постають не лише як елемент медичної практики, а й як важливий маркер професійної та колективної ідентичності, що поєднував страх, надію й авторитет знання.

Загалом, залучена джерельна база, попри обмежений доступ до архівних матеріалів, є репрезентативною та методологічно виправданою для поставлених дослідницьких завдань. Вона дозволяє простежити взаємодію між знанням, владою та повсякденним досвідом у ситуації тривалої кризи. Саме через зіставлення різних типів джерел стає можливим реконструювати, яким чином епідемія чуми святого Карла стала чинником трансформації соціальних норм, професійних ролей, уявлень про відповідальність і солідарність, а отже - ключовим середовищем формування колективних та індивідуальних ідентичностей у Венеції другої половини XVI століття.

*Методико-термінологічна база дослідження.*

Запропонована в підрозділі методико-термінологічна база забезпечує концептуальну цілісність і внутрішню логіку дисертаційного дослідження, дозволяючи розглядати чуму святого Карла у Венеції 1575–1577 рр. не лише як медичну чи демографічну катастрофу, а як багатовимірний соціальний процес, у межах якого відбувалося переосмислення індивідуальних і колективних форм належності. Поєднання класичних історичних методів із міждисциплінарними підходами створює аналітичний інструментарій, відповідний до складності досліджуваного явища.

Послідовне застосування історико-проблематичного, джерелознавчого, порівняльного методів, а також аналізу й синтезу дозволяє простежити, як епідемія осмислювалася та фіксувалася на рівні інституцій, медичного знання й історичної пам'яті. Водночас індуктивно-дедуктивний підхід і історико-типологічний аналіз дають змогу перейти від окремих практик - карантину, лікування, ізоляції, ритуальної поведінки - до виявлення стійких моделей реагування на кризу, характерних для венеційського суспільства ранньомодерної доби.

Особливу цінність для дисертації має використання антропо-соціального, біографічного та історико-психологічного методів. Саме вони дозволяють вийти за межі нормативного й інституційного рівнів аналізу та реконструювати повсякденний досвід людей, які опинилися в умовах радикальної загрози життю. Через ці підходи чума постає як фактор, що безпосередньо втручався у тілесність, емоції, моральні вибори та життєві стратегії індивідів, сприяючи трансформації їхньої самоідентифікації та уявлень про соціальні ролі.

Чітке окреслення та операціоналізація ключових понять - індивідуальної ідентичності, колективної ідентичності та кризових явищ - є принципово важливими для подальшого аналізу. Запропоновані дефініції дозволяють уникнути редукції ідентичності до статичної характеристики та натомість розглядати її як динамічний, контекстуально зумовлений процес, що формується у взаємодії особистого досвіду, соціальних структур і символічних практик. Це особливо релевантно для вивчення епідемії, яка водночас руйнувала усталені соціальні порядки й продукувала нові форми солідарності, контролю та взаємної залежності.

Таким чином, методико-термінологічний каркас підрозділу створює теоретично виважену й аналітично гнучку основу для всієї дисертації. Він забезпечує можливість поєднання макрорівневого аналізу інституційних стратегій і міських практик із мікрорівнем індивідуальних переживань та біографічних траєкторій. Саме в межах такої методологічної перспективи стає

можливим аргументовано показати, яким чином чума святого Карла у Венеції 1575–1577 рр. виступила каталізатором глибоких змін у способах саморозуміння, колективної належності та соціальної взаємодії, що й становить центральний предмет даного дослідження.

*Концепції дослідження індивідуальної та колективної ідентичності.*

Розглянуті у підрозділі концепції формують цілісну теоретичну рамку, яка дозволяє дослідити ідентичність у кризових умовах як процес, а не як статичну «ознаку» чи готову категорію. Для випадку Венеції 1575–1577 рр. це принципово важливо: чума Святого Карла не лише порушувала демографічну рівновагу та міські практики, а й перезапускала механізми саморозуміння, належності та моральної орієнтації, примушуючи людей і групи заново визначати межі «свого» і «чужого», «нормального» і «небезпечного», «допустимого» і «гріховного».

Мікроісторія та історія повсякденності у поданій концептуалізації виступають ключем до реконструкції індивідуальних ідентичностей у момент кризи. Перехід від «prospect history» до «refuge history» (за Дж. Брюером) означає методологічне зміщення фокуса: не відмова від великих питань, а пояснення того, як великі процеси проживалися конкретними людьми. В умовах епідемії це дозволяє бачити не лише «політику санітарного контролю», а її щоденні наслідки - режим руху містом, практики самоізоляції, зміну контактів, ритуали очищення, страх і надію як соціально організовані стани. Підходи Леві («постійні переговори») і Гренді («виняткове як норма») дають змогу трактувати «аномальні» ситуації (відмови від карантину, конфлікти довкола лікування, нетипові форми благочестя, девіантні стратегії виживання) не як маргіналії, а як місця найбільшої видимості соціальних механізмів. Це методологічно легітимізує роботу з кейсами, які у традиційній макроісторії вважалися надто приватними або «випадковими».

Гінзбургівська логіка «закону рівнів» та постійного руху між мікро- і макрорівнями забезпечує для дисертації важливе запобіжне правило: індивідуальна історія не «доводить» автоматично загальне, але дозволяє

виявляти зв'язки, які інакше не піддаються спостереженню. Для дослідження ідентичностей у Венеції це означає, що біографічні та локальні матеріали (щоденний досвід, емоційні реакції, побутові рішення) можуть бути використані як аналітичне «вікно» до розуміння того, як працювали норми, страхи, авторитети та символи у міському суспільстві - без втрати історичної специфіки.

Інтеграція підходів «нової історії», зокрема історії тіла та гендерної історії, розширює рамку аналізу ідентичності, дозволяючи розглядати епідемію як подію, що робить тіло полем влади, моралі та знання. У контексті чуми тіло стає водночас об'єктом медичної інтерпретації, релігійної оцінки та адміністративної регуляції. Саме тому ідентичність у кризі постає не лише як «самосприйняття», а як соціально маркована тілесність: хто має доступ до лікування, хто підлягає ізоляції, кого вважають небезпечним або «нечистим», які ролі й очікування накладаються на жінок, бідних, ізольованих, мігрантів тощо. Це дозволяє показати, що ідентичності формувалися асиметрично - через нерівний розподіл ризику, ресурсів і соціального захисту.

Концепція Ч. Тейлора про «моральні джерела самості» задає продуктивний теоретичний горизонт для інтерпретації чуми як морально-екзистенційного виклику. Епідемія руйнує звичні пояснення порядку світу й примушує індивідів та спільноту відновлювати сенс через релігійні практики, обітниці, братства, покайні жести, наративи спасіння. У цьому ключі індивідуальна ідентичність трактується як наративна й етична: людина конструює себе через історію вибору, відповідальності, страху й надії, а спільнота - через колективні сценарії провини, очищення, милосердя та «випробування». Це дозволяє методологічно поєднати аналіз документів, ритуалів і приватних практик як різних форм одного процесу - морального самовизначення в кризі.

Концепції уявленої спільноти (Б. Андерсон) та етносимволізму (Е. Д. Сміт) працюють у дисертації як інструменти пояснення того, як колективність не лише «існує», а відтворюється через символи, пам'ять і ритуали, особливо у

ситуації масової смерті. Для Венеції це означає, що епідемія могла функціонувати як каталізатор міського «ми» через практики спільного оплакування, процесії, культу заступництва, інституційні наративи про порятунок міста та символічне оформлення втрат. Важливо, що такі механізми не заперечують конфліктів і розривів, а радше задають рамку, в межах якої місто прагнуло інтегрувати травму у прийнятний порядок пам'яті й легітимації.

Психосоціальний підхід Е. Еріксона та критика поняття «ідентичність» у Брубейкера й Купера виконують у підрозділі уточнювальну функцію: вони допомагають уникнути надмірної метафоричності та термінологічної інфляції. Еріксон дає мову для опису кризової дезорганізації (втрата неперервності досвіду, ризику «негативної ідентичності», зростання залежності від групових опор). Натомість Брубейкер і Купер дисциплінують аналіз, пропонуючи розрізняти спільність, пов'язаність і групність замість універсального слова «ідентичність». Для дослідження Венеції це особливо цінно: воно дозволяє точніше описувати, коли йдеться про реальну соціальну солідарність, коли - про адміністративно нав'язані категорії, а коли - про дискурсивні уявлення, що не обов'язково ведуть до спільної дії.

Нарешті, концепції історії емоцій (емоційні спільноти, «трафік емоцій», «герменевтика мовчання») додають важливий вимір до аналізу формування ідентичностей, адже криза насамперед переживається емоційно - страхом, соромом, жалобою, гнівом, надією. Венеційський випадок дозволяє показати, як інституції (проповіді, розпорядження, публічні ритуали) не лише реагували на епідемію, а й керували емоційними режимами, пропонуючи нормативні способи відчувати й висловлювати. Це відкриває можливість дослідити ідентичність як емоційно структурований досвід: «хто ми є» в кризі часто визначається тим, що ми маємо право/обов'язок відчувати і як ці почуття оформлюються соціально.

Отже, сукупність концепцій, викладених у підрозділі, забезпечує для дисертації багаторівневу оптику: мікроісторія й повсякденність дають доступ до індивідуального досвіду; «нова історія» (тіло, гендер) показує соціальну

асиметрію кризового буття; Тейлор надає морально-нарративний каркас; Андерсон і Сміт пояснюють механізми символічної консолідації; Еріксон, Брубейкер і Купер дисциплінують понятійний апарат; історія емоцій дозволяє реконструювати внутрішню тканину переживання кризи. У результаті чума Святого Карла постає як історична ситуація, де індивідуальні біографії та колективні практики не протистоять одна одній, а утворюють єдине поле формування ідентичностей - через щоденні рішення, символічні ресурси, моральні вибори та емоційні режими, що структурували життя венеційців у 1575–1577 роках.

*Соціальні структури міста у період епідемії (в контексті чуми 1575–1577 рр.).*

Сучасний перегляд природи чуми змінює погляд соціального аналізу. Перехід від «класичної» моделі *Yersinia pestis* із домінуванням щурів/блїх до гіпотез, що підкреслюють можливість значущої передачі від людини до людини, робить соціальне середовище не тлом, а одним із ключових чинників епідемічної динаміки. У такій рамці саме структура домогосподарства, типи співжиття, щільність контактів, мобільність і просторові режими (квартали/сестієрі, вузли торгівлі, місця спільного перебування) стають критичними для пояснення, чому інфекція поширювалася нерівномірно й чому ризику були соціально диференційованими.

Епідемія оголює та переформатовує соціальну ієрархію міста. Чума не просто «вражає населення», а перерозподіляє вразливість: бідні, мешканці щільних житлових осередків, ті, хто не може дозволити собі втечу з міста, і ті, хто залучений до догляду/обслуговування (персонал лазаретів, перевізники, могильники, низові службовці) опиняються в зоні підвищеного ризику. Водночас заможні групи мають більше можливостей уникнення контактів (евакуація, просторове дистанціювання, доступ до ресурсів), що посилює соціальну нерівність і робить епідемію фактором структурної поляризації.

Санітарна адміністрація постає як «вузол» соціального порядку і контролю. Венеційський досвід показує, що *Magistrato/Provveditori alla Sanita*

діє не лише як медична інституція, а як механізм управління містом у надзвичайному стані: контроль мобільності, нагляд за домогосподарствами, інвентаризація майна, регламентація поведження з тілами померлих, стандартизація ролей лікарів/аптекарів/хірургів. Це означає, що в період чуми соціальна структура міста «перепрошивається» через адміністративні практики: з'являються нові підпорядкування, дисциплінарні режими та межі допустимої поведінки.

Лазарети стають соціально-просторовими інститутами сегрегації та «моральної географії» міста. Вони відокремлюють «небезпечних» від «нормальних», формуючи не лише фізичний кордон, а й символічний: хто підлягає ізоляції, кого примусово перевозять, кого лікують/контролюють, а хто контролює інших. У практиках ізоляції та дезінфекції матеріального світу (товари, будинки, речі) читається важливий соціальний зміст: епідемія породжує новий порядок речей, у якому майно стає об'єктом підозри, а приватний простір - предметом втручання держави.

Торгівля і мореплавство в умовах чуми стають полем конфлікту інтересів та джерелом соціальної напруги. Венеція не могла «вимкнути» міжнародні зв'язки без удару по власній економічній основі. Відтак карантин і санітарний контроль працювали як компроміс між суспільним благом і комерційною необхідністю. Спроби обходу обмежень, спротив торговців, приховування хвороби частиною населення демонструють, що соціальна структура міста в кризі визначається не тільки «правилами», а й стратегіями адаптації та ухилення, які формуються відповідно до статусу, ресурсів і страхів.

Епідемія продукує нові форми колективності та «структури солідарності», але й підсилює механізми виключення. Карантинні режими, страх перед лазаретом, загроза втрати майна, а також контроль моралі (через суміжні магістратури порядку) сприяють конструюванню меж «свого/чужого»: підозрюваний, контактний, прибулий з «небезпечного» місця, бідняк, той, хто «порушує». Одночасно виникають практики взаємодопомоги (родинні,

парафіяльні, братські), що формують горизонт солідарності - але нерідко локальний і вибірковий.

Отримані спостереження безпосередньо підводять до аналізу ідентичностей. Якщо припустити значущість міжособистісної передачі, тоді соціальні структури (домогосподарство, професійні мережі, квартальна спільнота, інституції контролю) стають не лише «контейнерами» населення, а механізмами, через які формуються уявлення про відповідальність, небезпеку, провину/невинність, належність і дисципліну. У такому сенсі чума 1575–1577 рр. виступає каталізатором: вона одночасно зміцнює інституційну ідентичність влади (через практики нагляду й управління) та трансформує повсякденні ідентичності городян (через досвід ізоляції, втрат, зміну соціальних ролей і кордонів спільного життя).

Підсумовуючи, підрозділ показує, що соціальна структура Венеції в роки чуми - це динамічна система взаємодії демографічних втрат, міського простору, домогосподарств, економічних мереж і адміністративного контролю. Саме в цій системі - на перетині контактів і заборон, торгівлі й ізоляції, солідарності й виключення - епідемія набуває соціального змісту та створює умови для формування колективних і індивідуальних ідентичностей, які будуть розкриті в наступних підрозділах.

*Практики виживання та адаптації до епідемії (Венеція 1575–1577 рр.).*

Адаптація до чуми виявляється багаторівневим процесом: від «великої політики» до щоденних тілесних звичок. Матеріали підрозділу показують, що виживання у Венеції 1575–1577 рр. не зводилося до ізоляції хворих чи роботи лазаретів. Це був комплекс нормативних, адміністративних і повсякденних практик, у якому перетиналися державний примус, економічні інтереси, релігійні уявлення та індивідуальні стратегії мінімізації ризику. Власне тому «практики виживання» слід трактувати як систему - із правилами, ієрархіями, каналами комунікації та санкціями.

Робота Норберта Еліаса дозволяє інтерпретувати чуму як момент «загострення» довготривалого процесу дисциплінування поведінки. Епідемія не

створює з нуля стриманість, сором, відразу чи контроль тілесності - але різко підвищує їхній суспільний поріг і робить ці механізми предметом публічної регуляції. Самоконтроль і контроль «інших» набувають практичного сенсу виживання: обмеження контактів, регламентація руху, нормування гігієнічних і поховальних процедур, заборони на «небезпечні» форми співжиття. У цьому сенсі чума працює як «прискорювач» цивілізаційного процесу: те, що в мирний час просувається повільно, у кризі стає негайною соціальною вимогою.

Лазарети у Венеції виконували роль не лише медичних, а й соціально-організаційних інструментів виживання. Розгортання Lazzaretto Vecchio та Lazzaretto Nuovo сформувало інфраструктуру, яка дозволила місту підтримувати мінімальну життєздатність без повного руйнування економічного «серця» Венеції - торгівлі та морських зв'язків. Водночас лазарети стали інструментом просторового відмежування та управління ризиком: ізоляція людей, сортування за ступенем небезпеки, карантин товарів, процедури очищення. Це породжувало нові соціальні ролі (медичний і обслуговуючий персонал, наглядові агенти, «переписувачі», варта), які формували специфічну «епідемічну» професійну ідентичність.

Ключовою практикою виживання була інформація та комунікаційна мобілізація населення. Показово, що венеційська модель включала не лише інституційні рішення, а й вбудоване залучення громадян до нагляду: обов'язок повідомляти, циркуляцію вказівок, публікацію приписів. Так виникала мережа соціальної взаємозалежності, де контроль над епідемією спирався на здатність міста перетворювати інформацію на дію. Це важливо для теми дисертації, бо тут видно, як «ми»-спільнота оформлюється через практику: бути членом міста означає брати участь у дисципліні та повідомленні, а не лише «жити в місті».

Нормативні тексти й «вуличні» публікації (*bandi/manifesti/gride* тощо) стали механізмом стандартизації повсякденності. Масовість та деталізованість регуляцій у 1575–1577 рр. демонструє: адаптація відбувалася через юридичну та моральну кодифікацію щоденної поведінки. Вона включала контроль руху, правила очищення домів, утилізації сміття, поховань, карантин

домогосподарств, відповідальність за документи, санкції за порушення. У цій нормативній щільності - еліасівська логіка «другої природи»: повторювана практика (припис - контроль - покарання/схвалення) формує звичку, а звичка - стійкі моделі поведінки.

«Векселі здоров'я» і сертифікація кораблів - приклад інституціоналізації довіри у кризі. В умовах, коли безпосередня перевірка «здоров'я» неможлива, місто створює документарні режими: папір заміщує тіло, а печатка - особисту репутацію. Це була адаптація, що поєднувала медичний ризик та економічну необхідність. Водночас вона породжувала «сіру зону» - фальсифікації, знищення документів, корупційні практики. Отже, виживання було не лише дисципліною, а й постійним конфліктом інтересів, де норма і порушення співіснували як дві сторони одного міського механізму.

Практики дезінфекції (наприклад, використання солоної води) свідчать про прагматичне «переплетення» знання, страху і повсякденного досвіду. Те, що медичний комітет давав конкретні інструкції, а влада прагнула їх масово поширювати, показує - адаптація включала вироблення «робочих» технологій безпеки. Вони були водночас матеріальними (очищення речей, товарів), комунікативними (публікація приписів) і символічними (відмежування «чистого» від «нечистого»), формуючи нові межі у сприйнятті тіла, речей і простору.

Епідемія конструює колективність через дисципліну, але одночасно продукує недовіру й моральне маркування. Виживання передбачало солідарність (спільні правила, повідомлення, благочестиві практики), однак ті самі механізми стимулювали соціальне напруження: пошук винних, підозра до «прибулих», до бідних, до тих, хто порушує. У межах еліасівської рамки це читається як посилення суспільних порогів відрази й сорому та перенесення їх на соціальну площину: «неправильна поведінка» стає не просто ризиком, а порушенням морального порядку.

Головний висновок для теми дисертації: практики виживання є механізмами виробництва ідентичностей. У Венеції 1575–1577 рр. адаптація до

чуми формувала: інституційну ідентичність влади (легітимація через здатність регулювати життя і смерть, рух і торгівлю); колективну міську ідентичність (належність як участь у режимі дисципліни, інформації та ритуалізованої безпеки);

індивідуальні ідентичності (саморозуміння через моральні вибори, тілесні практики, покору/опір нормам, досвід карантину, втрат і страху).

Отже, підрозділ демонструє, що венеційські практики виживання були не лише реакцією на загрозу, а формою соціальної трансформації, де дисципліна, документи, лазарети, ритуали, знання й економічні компроміси спільно виробляли нову конфігурацію повсякденності. Саме в цій «перебудові щоденного» чума проявляється як подія, що активує механізми самоконтролю та взаємозалежності й тим самим стає середовищем формування колективних та індивідуальних ідентичностей у кризових умовах.

*Репрезентації чуми: уявлення, символи, наративи (Венеція 1575–1577 рр.).*

Чума в ранньомодерній Італії постає не лише як медичний факт, а як «привілейована загроза», що формує порядок видимості й пріоритети політики. Як показує сучасна демографічна та медико-історіографічна література, державні й медичні інституції концентрували увагу саме на чумі, тоді як інші масові хвороби (малярія, тиф, віспа) залишалися на периферії офіційного інтересу. Така вибірковість означає, що репрезентації чуми (мовні формули, юридичні категорії, публічні оголошення, символічні реакції) були не просто відображенням «реальності», а інструментом, який структурував управлінські рішення і суспільні очікування. Іншими словами, «чума» функціонувала як знак максимальної небезпеки, що легітимував надзвичайні механізми контролю.

Кризова репрезентація «справжньої чуми» демонструє, що називання хвороби є політичним актом. Дискусія між Управлінням охорони здоров'я та частиною медичної спільноти (включно з Меркуріале) навколо питання, чи є хвороба «справжньою чумою», виявляє ключовий механізм: діагноз виконував функцію соціальної класифікації, яка безпосередньо визначала допустимі форми поведінки (карантин/скасування обмежень), економічні режими

(торгівля/блокада) та моральні інтерпретації (кара/випробування/«звичайна» недуга). Отже, конфлікт навколо терміну - це конфлікт навколо права встановлювати норму і керувати кризою.

Антагонізм населення до карантину показує розрив між інституційним і повсякденним «сенсом» чуми. Для влади карантин - раціональний механізм управління ризиком; для значної частини городян - досвід втрати свободи, загроза майну і ремеслу, руйнування звичного порядку. Відтак репрезентації чуми розгортаються у двох площинах:

державній (порядок, контроль, економічна безпека, обороноздатність),  
соціальної (страх, гнів, недовіра, прагнення відновити нормальність).

Цей розрив важливий для дисертації, бо в ньому видно, як ідентичність міської спільноти не є однорідною: вона конструюється через конфлікт інтересів і різні режими пояснення.

Епідемія продукує «моральні наративи» - історії про занепад норм і відновлення порядку, які стають частиною колективного саморозуміння. Теза про руйнування моральних норм під час епідемії та подальше «відродження» міста після 1577 р. є типовою кризовою схемою осмислення: катастрофа пояснюється як момент морального випробування, а відновлення - як повернення або переозначення спільної цілісності. Такі наративи виконують інтегративну функцію: вони перекладають хаос смертності у впорядковану історію (гріх - кара/випробування - очищення - оновлення). У цьому сенсі «відродження Венеції» після чуми - не лише демографічний чи економічний факт, а й символічний ресурс колективної ідентичності.

Демографічні наслідки впливають на репрезентації чуми через мову «оновлення» та «перезаселення», але водночас загострюють соціальні відмінності. Після епідемії місто відновлюється значною мірою за рахунок міграцій, а зміни віково-статевої структури й домогосподарств створюють нові соціальні конфігурації. Це означає, що «чума» у наративах могла позначати не тільки смерть, а й перелаштування соціального тіла міста: нові шлюби, перерозподіл праці, зміни в службі, посилення ролі мобільних груп. Саме тут

важливо підкреслити: навіть за зовнішньої «універсальності» катастрофи, її переживання та наслідки були диференційовані за віком, статтю, професією, станом здоров'я.

Листування та приватні свідчення демонструють багатоканальність репрезентацій: чума одночасно мислилася через страх, прагматизм і релігійну мову спасіння. На матеріалах приватних листів видно, що повсякденне осмислення чуми не було одновимірним: практики уникнення контакту з речами співіснували з молитвами й апеляцією до надприродного захисту. Це принципово для аналізу ідентичності: індивід і родина конструюють себе як дієздатні саме через комбінацію раціонального та сакрального. На рівні міста цей синтез проявляється у співіснуванні процесій, культів заступників і механізмів громадського здоров'я - тобто у взаємодії релігійної та адміністративної «мов» кризового реагування.

Репрезентації чуми майже неминуче породжують соціальне маркування «небезпечних груп», і це є частиною механізму колективної самооборони. У кризових описах слуги, робітники, моряки, портові групи часто опиняються у зоні підозри: мобільність і близькість до торгівлі/контактів робить їх уявними переносниками загрози. Водночас ці самі групи нерідко є жертвами епідемії та політики карантину. Таким чином, у репрезентаціях чуми формуються межі «ми» і «вони», де епідемія стає мовою соціального розрізнення, а інколи - виправданням нерівності.

Концепція В. Редді про «емоційний режим» дозволяє пояснити, як репрезентації чуми керували не лише поведінкою, а й почуттями - і тим самим формували ідентичності. У кризі емоції стають предметом публічної регуляції: страх, надія, обурення, покаяння можуть бути дозволеними або небажаними, «правильними» або небезпечними. Через проповіді, ритуали, офіційні оголошення та практики контролю влада й громада встановлюють рамки того, як слід переживати катастрофу. Це важливо для дисертації, бо емоційні практики (у реддівському сенсі) не просто описують стан - вони конструюють

суб'єкта: хто я в кризі (покірний / відповідальний / грішний / обраний / постраждалий) і ким є «наше» місто.

У підсумку репрезентації чуми - це інфраструктура сенсу, що перетворює біологічну катастрофу на соціальний досвід ідентифікації. У Венеції 1575–1577 рр. уявлення про «справжню чуму», суперечки лікарів, страх і ненависть до карантину, ритуали благочестя, приватні практики обережності, демографічні наративи «оновлення», а також емоційні коди солідарності й підозри - усе це разом створює наративно-символічне поле, в якому формуються ідентичність. У нашій роботі показано, що чума як подія стає зрозумілою для сучасників лише тоді, коли вона включена у систему символів і наративів; а саме ця система - через мову, емоції, ритуали та соціальні класифікації - і виступає одним із головних механізмів формування колективних та індивідуальних ідентичностей у кризових умовах.

*Інституційні реакції: магістрат, патриціат, управлінські стратегії (Венеція 1575–1577 рр.).*

Венеційська відповідь на чуму спиралася на вже сформовану до епідемії «державу санітарного контролю» - багаторівневу інституційну архітектуру, що поєднувала прикордонні бар'єри, контроль мобільності та міську ізоляційну інфраструктуру. Наявність розвиненої системи охорони здоров'я, типологічно характерної для Італії до XVII ст., означає, що реакція 1575–1577 рр. була не імпровізацією, а активацією і посиленням наявних інструментів. Саме це пояснює відносно «керованість» катастрофи в адміністративному вимірі: у Венеції існувала не лише практика карантину, а й органи, здатні його забезпечувати, фінансувати, легітимувати та примушувати до виконання.

Кризове управління показує функціональний поділ венеційської державності: «порядок і мораль» - сфера загальних магістратів, «життя і ризик» - компетенція спеціалізованої санітарної влади. Signori di Notte та Esecutori contro la bestemmia інституційно вбудовували контроль над повсякденністю (безпека, норми, «моральна дисципліна») у звичний режим міста. Однак у момент епідемічної загрози відбувається перемикання структур: провідну роль

перебирають *Provveditori/Magistrato alla Sanita* як надзвичайний центр управління життям, простором і мобільністю. Важливо, що це перемикання не скасовувало «моральні» магістрати, а переплітало їх із санітарною владою: епідемія в ранньомодерній політичній культурі мислилася водночас як загроза здоров'ю і як випробування порядку.

Санітарна політика у Венеції була не лише медичною, а й політико-економічною технологією збереження республіки. Карантин, лазарети, санітарні посвідки та сертифікація кораблів - це інструменти, що регулювали торгівлю, податкові надходження та безпеку держави не меншою мірою, ніж поширення інфекції. У цьому полягає ключ до «венеційської раціональності»: держава намагалася не припинити рух, а зробити рух контрольованим. Відтак санітарний контроль стає формою управління економічним життям і водночас механізмом підтримки міжнародної конкурентоспроможності портового міста.

Інституційна реакція формувала колективну ідентичність через дисципліну часу та простору: карантин як «спільна часова дисципліна» перетворював приватний страх на публічно організоване очікування. Переконливою є теза (у дусі *Crawshaw*), що карантин у Венеції функціонував не тільки як бар'єр інфекції, а як морально-організаційний режим, що виробляв нову форму міської солідарності: спільне переживання затримки, обмеження, надії, покаяння. Таким чином, інституції не лише «керували» населенням, але й пропонували рамку сенсу, у якій громадянин міг інтерпретувати власне терпіння як внесок у спільне благо.

Патриціат і магістрат у кризі виступають не просто адміністраторами, а виробниками державного самоопису: республіка конструює себе як «моральне тіло», відповідальне за життя підданих. У цьому сенсі розбудова й застосування санітарної інфраструктури (*Provveditori alla Sanita*, мережа лазаретів) є актом політичної самоідентифікації: держава заявляє, що її легітимність включає опіку над тілесним виживанням громади, а не лише управління правом і війною. Це зміщення акценту важливе для дисертації про ідентичності: інституційна турбота стає частиною колективного образу Венеції як

«організованої» та «відповідальної» спільноти, навіть якщо на практиці вона супроводжувалася примусом, нерівністю та конфліктами.

Епідемія оголює соціальну нерівність як структурну умову керованості: здатність виконувати приписи залежала від ресурсів, житлових умов і доступу до безпечної ізоляції. Порівняльні спостереження (на кшталт Brown & Ravallion) допомагають інтерпретувати венеційський матеріал: патриціат та заможні мали ширші можливості уникати контактів, евакуюватися, забезпечувати харчування й догляд; натомість нижчі стани частіше опинялися в ситуації «вимушеної мобільності» й ризику. Отже, інституційні стратегії, які декларували універсальність, фактично реалізовувалися в умовах нерівного старту, що впливало на довіру до влади та на те, як різні групи включалися в колективну ідентичність міста.

Ключове для теми ідентичності: інституційні практики одночасно консолідували й сегментували суспільство. З одного боку, карантинні режими, санітарні посвідки, публічні приписи, мережі нагляду й інформування створювали відчуття спільної взаємозалежності («безпека міста залежить від поведінки кожного»). З іншого боку, ті самі механізми виробляли категорії підозри, винятку й маргіналізації (хворі, «контактні», бідні, мобільні працівники, новоприбулі), тобто проводили межі всередині міського «ми». Венеційська колективність у кризі не була однією: вона була зібрана через адміністративні класифікації та нерівні режими контролю.

Порівняльний вимір (Карманайола 1630, інші пандемії) підсилює висновок про сталість управлінських моделей, але не скасовує специфіки Венеції як торгового, морського та ритуально-політичного центру. Так, карантин, обмеження мобільності та контроль простору мають «довгу тривалість» як інструменти влади. Проте саме у Венеції ці інструменти були особливо тісно з'єднані з морською торгівлею, дипломатією, інформаційними мережами та символічною політикою республіки. Це робить венеційську реакцію 1575–1577 рр. показовим кейсом ранньомодерної біополітики - в умовах, коли поняття ще не існувало, але практики вже діяли.

Отже, підрозділ 3.1 дозволяє зробити принциповий висновок: інституційні реакції Венеції на чуму були не лише набором санітарних заходів, а механізмом виробництва порядку, моралі й колективної належності. Магістрат і патриціат у кризі конструювали республіку як спільноту дисципліни й «спільного блага», водночас відтворюючи соціальну ієрархію та нерівність можливостей виживання. Саме в цій напрузі - між солідарністю й сегментацією, турботою й примусом, економікою й безпекою - найвиразніше проступає формування колективних та індивідуальних ідентичностей у Венеції 1575–1577 рр.

*Медичні підходи та роль лікарів у кризовий час (Венеція 1575–1577 рр.).*

Медичне поле Венеції в умовах чуми було багатошаровим і конкурентним, а «лікар» не означав єдиної професійної ідентичності. Поряд із університетськими лікарями діяли хірурги-цирульники, аптекарі, акушерки й жінки-цілительки, а також шарлатани. Така множинність практик у кризу робила медицину не тільки сферою лікування, а й ринком довіри, де легітимність визначалася не дипломом, а поєднанням ціни, доступності, ритуалу й здатності зняти страх. У результаті формувалася «медична поліфонія» міста: різні групи пропонували різні мови пояснення хвороби (міазми, «зіпсуге повітря», отруєння, Божа кара, «заражені речі») і різні сценарії порятунку.

Кризова ситуація оголює ієрархію медичних професій, але водночас частково її переформатовує. Формально верхівку займали університетські лікарі, проте саме хірурги-цирульники та обслуговчий персонал часто залишалися «на передовій» щоденної взаємодії з тілом: розтини, перев'язки, кровопускання, маніпуляції з бубонами та карбункулами. У часи епідемії зростала потреба в практичних процедурах - і тим самим підвищувалася символічна та функціональна вагомість нижчих ланок, хоча їхній соціальний статус не завжди змінювався пропорційно. Це створювало напруження між «теоретичним» і «ремісничим» знанням, яке напряду впливало на відчуття справедливості та визнання в міській спільноті.

Співпраця медиків із магістратом переводила медицину з приватної сфери у публічно-державну та робила лікаря агентом управління, а не лише лікування. Лікарі й аптекарі не тільки призначали засоби, а й формулювали рекомендації щодо очищення простору, дезінфекції, контролю майна, покарань за крадіжки «заражених речей», організації шпиталів і лазаретів. У такій конфігурації медичний експерт стає частиною інституційної машини безпеки, а його професійна ідентичність включає дисциплінарну функцію: описати ризик, класифікувати випадок, запропонувати режим поведінки для всього населення. Це важливо для теми дисертації: колективна ідентичність формувалася не лише через віру й ритуал, а й через медично-адміністративні приписи, які задавали нові норми «правильного» громадянина під час чуми.

Конфлікт навколо діагнозу («vera peste» чи інша хвороба) показує межі ранньомодерної науки та політичну ціну медичної експертизи. Історія з Меркуріале (та пов'язаними з ним рішеннями щодо пом'якшення карантину) демонструє, що медична думка могла бути не лише помилковою, а й структурно вмонтованою в економічні та політичні інтереси міста. Фактично йшлося про боротьбу за те, хто має право визначати «реальність» епідемії - медична колегія, санітарний магістрат чи політичне керівництво. У підсумку формується важливий для ідентичності механізм: провина й відповідальність у кризі розподіляються між лікарями та владою, а репутація лікаря стає елементом міської пам'яті про катастрофу.

Популярна медицина і профілактика (аромати, оцет, часник, фумігації, амулети, теріак) виконували подвійну функцію - практично-емпіричну та психологічно-ритуальну. Значна частина засобів була слабоефективною або плацебо, але саме вона забезпечувала відчуття контролю в ситуації невизначеності. Тут виникає ключова теза: в умовах чуми «лікування» означало не тільки біологічний ефект, а й управління страхом, відновлення морального порядку й підтримку соціальної керованості. Через ці практики формувався «звичний» кризовий габітус: носити пахоці, очищати житло, уникати

контактів, вірити в захисні властивості речовин - тобто жити в режимі постійної настороженості.

Гендерний вимір медичної допомоги оголює механізми включення/виключення: жінки були незамінними в догляді, але вразливими в політиці підозри. Акушерки та жінки-цілительки забезпечували практики, без яких повсякденність не могла функціонувати навіть у кризу (пологи, догляд за немовлятами, домашнє лікування). Водночас тонка межа між «цілителькою» і «відьмою» робила їхній статус нестабільним: суспільство одночасно потребувало їх і боялося їх. Це породжувало особливу форму індивідуальної ідентичності - ідентичності ризику: бути корисною означало бути потенційно підозрілою.

Шарлатани та «театральна медицина» були не маргіналією, а структурним продуктом кризи знань і нерівного доступу до професійної допомоги. Їхній успіх пояснюється тим, що вони пропонували прості, емоційно переконливі наративи й доступні «засоби», часто у формі публічного перформансу. У соціальному сенсі шарлатан - це індикатор дефіциту довіри до офіційної медицини, але також і дзеркало масових очікувань: людям потрібен був не лише лікар, а той, хто переконливо зіграє роль рятівника. Відтак професійні лікарі змушені були конкурувати не тільки знанням, а й символічним капіталом.

Образ чумного лікаря та еволюція костюму фіксують момент професіоналізації ризику: захисний одяг стає знаком нової медичної ідентичності. Перехід від статусного вбрання до «захисного» (у XVII ст. - маска з дзьобом, рукавички, довгий плащ) відображає зсув: лікар уже не просто представник вищого стану знання, а працівник небезпеки, людина, чия професійність вимірюється здатністю вижити, працюючи в зараженому просторі. Сам костюм стає репрезентацією медичного порядку й водночас - візуалізацією теорії міазмів. Тобто символ і практика тут збігаються: бачити лікаря - означає бачити ідею «зараженого повітря» і спробу його нейтралізації.

У підсумку медики в епідемію діяли як виробники знання, дисципліни та сенсу - і саме це робило їх ключовими агентами формування колективних та індивідуальних ідентичностей. Для міста лікарі були водночас необхідними і небезпечними, авторитетними і оскаржуваними; для індивідів - джерелом надії, страху, витрат і моральних рішень. Епідемія перетворила медицину на арену, де вирішувалося: кому довіряти, як поводитися, що вважати «правильною» турботою про себе й громаду. Саме через ці вибори - між втечею й лікуванням, між офіційним приписом і народним засобом, між вірою та експертизою - кристалізувалися нові моделі поведінки, а з ними й нові форми самоідентифікації венеційців у кризі.

Отже, підрозділ 3.2 демонструє, що роль лікарів у Венеції 1575–1577 рр. не зводиться до «медичної допомоги». Вона включає політичну відповідальність, символічне представництво порядку, конкуренцію за довіру та участь у дисциплінуванні міського тіла. Медичні підходи, їхні суперечки й практики - від лазаретів до теріаку й ароматів - виступають механізмами, через які суспільство одночасно намагалося вижити фізично й зберегти уявлення про себе як про впорядковану спільноту.

*Торгово-економічні стратегії та поведінка купців, торговців, моряків (Венеція 1575–1577 рр.).*

Епідемія оголила структурну суперечність Венеції як «торгової держави»: мобільність була джерелом багатства і водночас головним каналом ризику. Морська торгівля, портова логістика, щільні мережі контактів купців і моряків забезпечували життєздатність республіки, але під час чуми ці самі практики ставали фактором загрози. Тому кризове управління не могло означати повної зупинки обігу: воно набувало форми селективного стримування - контроль, фільтрація, затримка, дезінфекція, документообіг і карантин як «економіка очікування».

Професійна експозиція до ризику була нерівномірною, і ця нерівність мала чіткий соціальний вимір. Найбільше наражалися на небезпеку ті групи, чия праця вимагала щоденного фізичного контакту з людьми й вантажами:

портові робітники, носії, моряки, прибиральники, могильники, дрібні торговці. Для них «залишатися в роботі» означало залишатися в зоні зараження, тоді як заможніші верстви могли купити дистанцію: виїхати, ізолюватися, делегувати роботу, перенести ризики на найманих людей. У межах теми дисертації це важливо як механізм формування ідентичності: соціальний статус визначав не лише ресурси, а й тілесний досвід епідемії (хто хворіє, хто доглядає, хто поховає, хто порушує правила «з необхідності»).

Карантинні інститути (векселі здоров'я, огляд суден, журнали маршрутів, лазарети) були не тільки медичними, а й економічно-правовими технологіями, що змінювали торгову поведінку. Венеційська модель створила режим «санітарної паспортизації» товарів і людей: доступ до міста й ринку залежав від паперу, свідчень і процедур. Це сприяло бюрократизації торгівлі, але також породжувало тіньові практики - фальсифікації, знищення документів, хабарі, контрабандні вивантаження, тобто адаптації, які є логічними в умовах, коли затримка вантажу дорівнювала втратам. У результаті формується ключовий соціальний конфлікт епідемії: санітарний порядок проти комерційного часу.

Купецьке середовище стало одним із головних майданчиків «експертної конкуренції» у кризі - боротьби за право пропонувати рішення та інтерпретації. Приклад фламандського купця, який обіцяв «вилікувати місто» за вісім днів, показує, як у ситуації страху межа між економічною ініціативою, релігійно-магічним мисленням і псевдомедичною пропозицією стиралася. Це не випадкова екзотика, а симптом: коли офіційна медицина й адміністрація не гарантують результату, право говорити про порятунок стає доступним різним акторам, у т.ч. торговцям - носіям мобільності та інформації. Отже, торговий клас у кризі виконував не лише функцію обігу товарів, а й функцію обігу «рецептів», чуток і моделей поведінки.

Державні фінансові рішення перетворили епідемію на кризу перерозподілу, що загострила соціальну напругу і вплинула на практики виживання. Додаткові податки (зокрема на орендні платежі) вдарили насамперед по середньому міському прошарку й уразливих групах (вдови,

сироти), підштовхуючи до розпродажу майна й збіднення. Тим самим епідемія створювала «другу хвилю» наслідків: економічне виснаження сприяло і зростанню криміналізації, і готовності ризикувати заради заробітку. Для колективних ідентичностей це означало розщеплення досвіду міста: «Венеція як єдине тіло» співіснувала з повсякденним відчуттям несправедливості й нерівної ціни виживання.

Просторові обмеження (поділ міста, бар'єри, охорона мостів) показують, як санітарні заходи переналаштовували міську економіку та комунікацію. Навіть коли держава організовувала постачання, режим бар'єрів руйнував звичні торгові траєкторії, дробив ринки, ускладнював ремесла й сервісну економіку. Невдача просторового поділу підкреслює: управління епідемією в торговому місті не зводилося до «закрити/відкрити» - це була боротьба з багатьма мікромережами контактів, які живили економіку і не піддавалися повному контролю.

Практики очищення майна померлих (пісок, солоня вода, мило, парфуми) стали точкою конфлікту між «санітарною раціональністю» та економікою виживання низів. Постійні сварки, крадіжки й суперечки між прибиральниками та могильниками демонструють, що епідемія створювала специфічний «ринок смерті»: речі загиблих ставали ресурсом, а правила очищення - перешкодою для швидкого привласнення. Це не лише кримінальна історія, а історія соціальної моралі: у кризі відбувається перезбір норм власності, чесності й легітимності насильства/присвоєння, що напряду пов'язано з формуванням індивідуальних ідентичностей («я виживаю як можу») і колективних уявлень про порядок.

Поводження купців і моряків у кризі краще описується як «адаптивний прагматизм», а не як проста непокора. Хабарі, обхід карантину, фальсифікації - це одночасно форма опору обмеженням і форма захисту економічного існування. Вони свідчать про те, що торговий стан і портові професії мислили епідемію у категоріях ризик/втрата/шанс, а не лише «гріх/покаяння» або «хвороба/лікування». У цьому полягає важливий для дисертації момент: різні

соціальні групи продукували різні раціональності виживання, і ці раціональності впливали на їхню самоідентифікацію та взаємні стереотипи.

У підсумку торгово-економічна поведінка в умовах чуми стала механізмом конструювання колективної ідентичності Венеції як держави, що «не має права зупинитися», але змушена дисциплінувати мобільність. Жителі міста переживали епідемію не лише як медичну катастрофу, а як кризу, що перевіряла фундамент міста - торгівлю. Санітарні інституції, податки, просторові бар'єри, лазарети й документообіг формували образ республіки як адміністративного «морально-економічного тіла», яке намагається одночасно зберегти життя й економічну конкурентоспроможність. А на рівні індивідів (купців, моряків, портових робітників) ця криза виробляла ідентичності ризику: тих, хто «тримає місто в русі», але платить за це найбільшу ціну.

У роботі показано, що економічні стратегії у Венеції 1575–1577 рр. були не фоном епідемії, а її ключовим полем. Чума перетворила торгівлю на простір конфлікту між санітарною безпекою та комерційною необхідністю; загострила соціальну нерівність через різну експозицію до ризику; спричинила тіньові практики обходу контролю; і водночас - підштовхнула до інституційних інновацій, які дисциплінували мобільність. Саме через ці процеси формувалися нові уявлення про відповідальність, солідарність і поведінку торгового міста в умовах кризи.

*Релігійні об'єднання: солідарність, благочестя, братства (Венеція 1575–1577 рр.).*

Релігійні інститути діяли як «каркас» колективної ідентичності в умовах радикальної невизначеності. У термінах Ентоні Д. Сміта організована релігія забезпечувала канал відтворення міфів, символів і цінностей, що дозволяли венеційцям інтерпретувати кризу не як хаос, а як подію зі зрозумілою моральною мовою: гріх–покаяння–обітниця–спасіння/відновлення. Саме ця нарративна структура стабілізувала відчуття належності до спільноти тоді, коли щоденна соціальна ситуація (контакти, праця, звичні ринки й комунікації) руйнувалася.

Братства й релігійні об'єднання стали механізмами «практичної солідарності», тобто перетворювали віру на організовану дію. Їхня роль не зводилася до молитви: братства (зокрема навколо культів св. Роха та інших «античумих» святих) структурували допомогу, збір коштів, догляд і супровід ритуалів. У кризі це означало появу мереж взаємодопомоги, які частково компенсували обмежені можливості держави і водночас дисциплінували громаду через правила, обітниці, публічні форми благочестя.

Релігійні ритуали виконували подвійну функцію: вони одночасно могли погіршувати епідемічну ситуацію і підтримувати соціальну єдність. Процесії та багатолюдні молитовні практики, з погляду санітарної логіки, збільшували ризики. Але з погляду соціальної антропології кризи вони були «технологією колективного переживання»: спільна хода, молитва, піст і символічні жести створювали відчуття керованості, надії та моральної мобілізації. Тобто це не «ірраціональність» як така, а соціальна відповідь на страх, що відновлювала зв'язки між людьми.

Обітниця дожа та будівництво Il Redentore перетворили релігійний акт на довготривалий «меморіальний інститут» колективної ідентичності. Церква стала матеріалізованою пам'яттю про подолання чуми й символом того, що місто має здатність відновлюватися. Важливо, що це не лише «знак вдячності», а й політико-ритуальний механізм: держава і громада закріплювали спільну версію події (чума як випробування, подолане через покаєння, дисципліну і Божу милість), а отже - закріплювали образ Венеції як «морального тіла», здатного діяти спільно.

Кризова релігійність не була однорідною: вона розщеплювалася за соціальними можливостями та режимами поведінки. Практика «втечі» патриціату і заможних родин до вілл або ізольованих просторів співіснувала з релігійними практиками низів, які частіше були прив'язані до парафій, братств, локальних культів і міського простору. Відтак братства водночас об'єднували (через спільні ритуали) і віддзеркалювали нерівність (через різний доступ до безпеки, ресурсів і форм «правильної» побожності).

Мікроісторичний вимір (Гінзбург і Меноккіо) дозволяє побачити, як колективна релігійна мова «перекладається» на рівень повсякденного мислення - і як у цьому перекладі народжується індивідуальне «я». «Матеріалізована віра» Меноккіо показує, що релігійність ранньомодерної людини часто мислилася через тілесне, побутове, професійне. Це важливо для Венеції 1575–1577 рр.: у міському середовищі сакральне теж «приземлялося» в практиках - оберегах, ароматах, домашніх молитвах, обітницях, дрібних ритуалах. Тобто індивідуальна ідентичність формувалася не лише під тиском держави чи страху смерті, а й через особисті способи «привласнення» сакрального. Водночас приклад Меноккіо показує межу дозволеного: інституційна Церква могла толерувати побожність, але не автономну інтерпретацію. Це підкреслює структурну напругу між колективною ортодоксією і приватним сенсотворенням.

Релігійні об'єднання працювали як емоційні регулятори: вони нормували страх і трансформували його в соціально прийнятні форми дії. У кризі братства і церковні практики задавали «правильні емоції (покора, надія, співчуття, покаєння) і «неправильні» (паніка, агресія, відчай) - через проповіді, публічні ритуали, практики милосердя. Це робило солідарність не лише моральним ідеалом, а й поведінковою дисципліною, яка зменшувала ризик повного розпаду соціального порядку.

У підсумку релігійні братства та форми благочестя були одним із ключових механізмів конструювання колективної ідентичності Венеції під час чуми. Вони забезпечили: символічну інтеграцію (спільні наративи, міфи, культові фігури, пам'ять про подолання чуми); соціальну інтеграцію (мережі допомоги, практики взаємозалежності, ритуали спільного переживання); емоційну інтеграцію (перетворення страху на моральну мобілізацію).

Отже, релігійні об'єднання у Венеції 1575–1577 рр. діяли не як «альтернатива» адміністративним і медичним заходам, а як паралельний (і часто взаємодоповнювальний) режим управління кризою - режим смислів, емоцій і солідарності. Саме в цій зоні - між обрядом і благодійністю, між

публічною процесією і приватною побожністю, між ортодоксією і повсякденним «перекладом» віри - формувалися нові моделі індивідуальної й колективної ідентичності венеційців.

*Формування індивідуальних ідентичностей у Венеції чумних років (1575–1577 рр.): персональні історії, казуси, приклади.*

Чума стала «ситуацією примусу до самовизначення»: індивідуальна ідентичність формувалася як відповідь на радикальну невизначеність. Епідемія зруйнувала звичні рамки повсякденності (ритм праці, мобільність, комунікації, довіру до інститутів) і змусила людей - від патриціїв до міських низів - заново «збирати» себе через практики виживання. Ідентичність перестала бути лише соціальним статусом і стала позицією в кризі: «залишаюся/тікаю», «підкоряюся/обходжу правила», «довіряю лікарю/довіряю обітниці та ритуалу», «служу місту/рятую родину».

Ризик смерті й досвід чуми були соціально диференційованими - а отже, й індивідуальні ідентичності конструювалися нерівномірно.

Висновки Mamelund & Dimka про залежність індивідуального ризику від житлових умов, ресурсів і статусу особливо продуктивні для Венеції: епідемія діяла як «соціальний рентген», оголюючи, що шанс вижити визначався не лише тілом, а й місцем людини в міській ієрархії. Для бідних ідентичність часто редукувалася до базових ролей («годувальник», «вдова», «сирота», «наймит», «мешканець перенаселеного дому»), тоді як для заможних - до керування ризиками (ізоляція, втеча, мережі опіки, доступ до лікарів і ліків).

Психоемоційний вимір чуми теж був соціально нерівним: страх, тривога і стигма формували різні типи «я».

Логіка Zalla про більший психологічний тиск на групи нижчого соціально-економічного статусу добре «працює» на матеріалі Венеції: для вразливих прошарків карантин означав не «пауза», а загрозу голоду та втрати життєвого сенсу. Це підсилювало поведінкові стратегії - від відчаю і агресії до релігійного екстазу чи пошуку «чудесних» ліків - і створювало індивідуальні

самоописання, де домінували страх зараження, самотність, сором/стигма або, навпаки, демонстративна побожність і надія.

Криза легітимності знання (особливо медичного) стала ключовим фактором формування персональних ідентичностей.

Кейс Меркуріале й Каподіваки демонструє, як помилка авторитету руйнувала довіру і змінювала соціальну оптику: «вчений лікар» міг перетворитися на фігуру суспільного осуду. Натомість Донцелліні (попри конфлікт із інквізицією) постає як приклад професійної ідентичності, де на першому плані - етика відповідальності, карантинна дисципліна і емпіричний аргумент. Отже, індивідуальна ідентичність у цьому розділі читається як боротьба за право тлумачити небезпеку: хто має моральний і професійний мандат говорити «це чума» і визначати поведінку міста.

Поширення шарлатанства і «народної медицини» - не маргіналія, а соціальна мова кризи й спосіб самозбереження «я». Епізоди з «лікарами» на основі сечі/екскрементів або з трагічною історією Горолдіні показують: у ситуації дефіциту ефективної допомоги люди «конструювали» надію через доступні й зрозумілі практики. Це формувало ідентичності типу «рятувальник», «носій таємного знання», «самолікар», «паломник/доброволець». Важливо: ці практики були не лише про лікування, а про відновлення контролю над тілом і повернення сенсу в хаосі.

Тіло стало центральним носієм ідентичності: досвід хвороби й вразливості «переписував» біографії. Біоархеологічна перспектива (DeWitte) додає пояснювальної сили: хронічні стани, виснаження, маркери стресу, недоїдання створювали різні «режими переживання» чуми. Ідентичність формувалася не лише через статус, а й через тілесний досвід - біль, слабкість, страх торкання, режим самоізоляції, очікування симптомів. У такому контексті навіть виживання ставало частиною «нового я»: людина «після чуми» - інша соціально, фізично й морально.

Гендерні уявлення і дискурси тілесності задавали рамки того, як чоловіки й жінки «мали» переживати кризу - і як їх оцінювали. Залучення Лакера

дозволяє показати, що тілесні моделі (активність/пасивність, вразливість, моральність) впливали на те, як індивіди будували стратегії захисту й як суспільство інтерпретувало їхню поведінку. В умовах епідемії жінки частіше опинялися в ролях догляду, втрати (вдови), бідності й залежності - ідентичностях, які посилювалися інституційно (через податки, конфіскації, карантинні режими) й культурно (через моральні очікування та релігійні моделі благочестя).

Криміналізація, покарання і публічні страти формували «негативні ідентичності» та моральні кордони спільноти. Історія грабунків майна померлих і публічної кари (зокрема жіночий образ «невинної» перед натовпом) показує, як у кризі суспільство виробляє типи «винних» і «праведних». Тут добре читається еріксонівська логіка «негативної ідентичності»: маргінали, злодії, порушники карантину стають дзеркалом страхів міста; через їхнє покарання громада відновлює уявлення про порядок - і кожен індивід «підтягує» самоопис до цих кордонів.

Індивідуальні ідентичності у Венеції 1575–1577 рр. формувалися на перетині трьох режимів: державного, релігійного і повсякденного - і постійно між собою конфліктували. Держава вимагала дисципліни (ізоляція, контроль, лазарети), релігія - сенсу і моральної рамки (обітниця, покаєння, святі заступники), повсякденність - виживання (харч, робота, доступ до води, уникнення конфіскацій). Персональні історії у матеріалі демонструють, що «я» конструювалося як компроміс між цими вимогами - або як вибір на користь одного режиму ціною конфлікту з іншим.

Підсумковий: чума не «знищила» ідентичності, а радикально їх переконфігурувала, роблячи видимими механізми самоопису та соціальної належності. Епідемія виступила каталізатором, який: загострив нерівність і зробив її персонально пережитою; перетворив знання (медичне, релігійне, «народне») на поле боротьби за довіру; переписав біографії через тілесний досвід і травму; створив моральні кордони між «служінням/порятунком» і «порушенням/користю»;

змусив індивіда вписувати себе в колективні міфи Венеції (стійкість, дисципліна, благочестя), але робити це по-різному залежно від класу, професії, статі, доступу до ресурсів та психологічної вразливості.

*Узагальнюючи результати дисертації:* можна стверджувати, що чума Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр. постає не лише як медико-демографічна катастрофа, а як багатовимірний соціальний процес, у межах якого переформатовувалися норми співжиття, механізми влади, уявлення про тіло й небезпеку, а разом із цим - колективні та індивідуальні ідентичності. Дослідження, спираючись на поєднання історіографічного аналізу, систематизації джерельного корпусу та реконструкції інституційних/повсякденних практик, показує: у кризі ідентичність не «зберігається» пасивно, а виробляється через конкретні режими виживання - дисципліну, документи, ізоляцію, ритуали, комунікацію, економічні компроміси. Саме тому ключовим підсумком роботи є теза: практики виживання виступили механізмами виробництва ідентичностей на всіх рівнях - від державного до особистого.

Виконання поставлених завдань дозволило виявити цілісну картину трансформацій. По-перше, історіографія та джерельна база засвідчили зміщення дослідницького фокусу від «історії події» до історії соціальних взаємодій, культурних смислів і мікрорівня досвіду, що відкриває шлях до прочитання чуми як лабораторії соціального порядку й належності. По-друге, реконструкція структур, практик і репрезентацій продемонструвала, як місто - залежне від торгівлі й мобільності - вимушено вибудовувало режим «керованої небезпеки», де адміністративні рішення, медичні дебати та релігійні пояснення взаємно підсилювали одне одного.

По-третє, аналіз ролі магістрату й патриціату показав, що інституційна ідентичність влади легітимувалася через здатність регулювати рух, контакт, торгівлю та доступ до допомоги, а також через розбудову інфраструктури контролю (карантин, лазарети, нагляд і покарання). По-четверте, діяльність лікарів, купців, торговців і моряків виявила конфлікт між знанням, інтересами

та страхом: медичні суперечки, торгові обмеження і мобілізація інформаційних мереж формували нові групові самоописання (професійна честь/провина, «корисність» для міста, моральна відповідальність). По-п'яте, релігійні братства й церковні практики діяли як канал солідарності та «мови сенсу», який збирав громаду, але водночас міг загострювати ризики й моральне маркування «правильних/неправильних» форм поведінки.

Нарешті, простежено, що колективні ідентичності у Венеції чумних років формувалися на перетині дисципліни та недовіри: солідарність підтримувалася спільними правилами й ритуалізованою безпекою, але ті самі механізми провокували пошук винних, стигматизацію та напруження між групами. На рівні індивіда криза загострювала моральні вибори, тілесні практики й досвід втрат, а «персональні історії» висвітлюють, як саморозуміння людини вбудовувалося у міські наративи про порядок, гріх/покаяння, обов'язок і виживання. У підсумку чума змінила і міський простір (інфраструктура ізоляції та пам'яті), і зовнішній образ Венеції: у європейському контексті закріплювалася репутація республіки як міста дисципліни, мобілізації й здатності до відновлення - тобто як спільноти, що конструює себе через пережиту катастрофу.

Таким чином, дисертація доводить: у 1575–1577 рр. венеційська криза стала точкою, де політика, медицина, економіка, релігія та повсякденність спільно виробили нові режими належності - і саме через них відбулися найпомітніші зміни у колективних та індивідуальних ідентичностях міста.

## СПИСОК ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

### ДЖЕРЕЛА

1. Боккаччо Дж. Декамерон. Харків : Фоліо, 2005. 671 с.
2. An itinerant medicine vendor performing on stage with a snake in an attempt to sell his wares. Etching by G.M. Mitelli. Iconographic Collections Keywords: Giuseppe Maria Mitelli. URL: <https://wellcomeimages.org/indexplus/image/V0016163.html> (дата звернення: 12.02.2025)
3. Bartholini T. Historiarum anatomicarum [et] medicarum rariorum centuria V. [et] VI. Accessit Joannis Rhodii Mantissa anatomica. Typis Henrici Gödliani, 1661. 386 p.
4. Benedetti R. Ragguaglio delle allegrezze, solennità, e feste fatte in Venetia per la felice vittoria. Presso Gratoso Perchaccino, 1571. 16 p.
5. Carabellese F. La peste del 1348, e le condizioni della sanità pubblica in Toscana / Rocca S. Casciano, Cappelli, 1897. 153 p.
6. Contarini Gasparo Republic of Venice: De Magistratibus et Republica Venetorum. A. Murphy et al. University of Toronto Press, 2022.
7. D'Amato C. Prattica nuoua, et vtilissima di tutto quello, ch'al diligente barbiero s'appartiene, cioè di cauar sangue, medicar ferite, & balsamar corpi humani: con altri mirabili secreti, e figure. Apresso Gio. Battista Brigna, 1669. 88 p.
8. Donzellini G. De Natura, Causis, et Legitima Curatione Febris pestilentis. Camillum & Ruttilium Borgominerios, 1570. 36 p.
9. Donzellini G. Discorso Nobilissimo e Dottissimo Preservativo Et Curativo della Peste. Dei Gobi da Salò, H., 1577. 20 p.
10. Fracastoro G. De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione: Libri III. New York : G.P. Putnam's Sons, 1930. 356 p.
11. Galen Method of Medicine. Ian Johnston. Volume I, Books 1-4. London: Harvard University Press, 2011. 461 p.

12. Glisenti A. Il summario delle cause che più dispongono i corpi de gli huomini a patire la corrottione pestilente del presente anno 1576. Venezia, 1576. 24 p.
13. Gratiolo A. Avisi a precipi del modo c'hanno a tenere per iscacciare la peste. Preto P. Peste e societa a Venezia nel 1576. Vicenza, 1978. P. 191-194.
14. Ingrassia G. Trattato assai bello et utile dei doi mostri nati in Palermo. G.M. Mayda for G.F. Carara, 1560. 48 p.
15. Liber Statutorum Civitatis Castelli. Impressum in Ciuitate Castelli per Antonium de Mazochis & Nicolaum & Bartolameum fratres de Guccij de Cortona, 1538. 83 f
16. Massa N. Ragionamento sopra le infermità, che vengono dall'aere pestilentielle del presente anno. Venetia, All'insegna della Stella, 1556. 31 p.
17. Mercurio G. De gli errori popolari d'Italia. Verona, 1645. 592 p.
18. Porti A. De peste libri tres, quibus accedit quartus de variolis / Petrum Dehuchinum, 1580. 159 p.
19. Raimondo A. Apologia. Appresso Marco Ginammi, 1634. 158 p.
20. Raimondo A. Discorso / Padoa, 1576. 18 p.
21. Righi A. Historia contagiosi morbi, qui Florentiam populatus fuit anno 1630 / Francisci Honufrij, 1633. 236 p.
22. Secreti di medicina mirabiliss. del poco ecte e tutto ignor. M. Agresto de'Bruschi, detto il dottor bragheton ... Con vna visita di esso medico, a vn'infermo suogliato. Li er. del Cochi, 1635. URL: [https://books.google.com.ua/books?id=Jd9mAAAACAAJ&hl=ru&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.com.ua/books?id=Jd9mAAAACAAJ&hl=ru&source=gbs_navlinks_s) (останнє звернення: 11.02.2025).
23. Villani M. Cronica: Con la continuazione di Filippo Villani (Biblioteca di scrittori italiani). U. Guanda, 1995.
24. Zanardi Z. Bononia Manifesta. Supplemento al Catalogo dei bandi, editti, costituzioni e provvedimenti diversi, stampati nel XVI secolo per Bologna e il suo territorio / Casa Editrice Leo S. Olschki, 2014. 197 p.

## ЛІТЕРАТУРА

25. Італійська книга епохи Відродження у фондах Наукової бібліотеки Одеського національного університету імені І.І. Мечникова. упоряд. Є. Савельєва, відп. ред. В. Сминтина; наук. ред., вступ. ст. та пер. О. Радзиховська. Одеса: Астропринт, 2001. 88+30 с.
26. Кушнір В. Чума як чинник формування венеційської політичної та соціальної ідентичності (1575-1577). Вчені записки. Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського. 2026. Том 37 (76) № 1 С.208-214.
27. Лобачова Т. Екологічна складова у венеціанській політиці боротьби з чумою. Одіссос. Актуальні проблеми всесвітньої історії : матеріали VII Всеукр. наук. конф. «Одеські читання – 2020». Одеса : Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2020. С. 76–84.
28. Лобачова Т. Ідентичність у кризовому суспільстві: індивідуальні та колективні виміри в часи чуми у Венеції (1575–1577 рр.). Вісник гуманітарних наук. 2025. № 12. С. 13–18.
29. Лобачова Т. О. Колективні ідентичності венеціанців в умовах Чуми Святого Карла 1575-1577 рр. Актуальні питання у сучасній науці. Серія «Історія та археологія». Випуск № 11(29) 2024 Київ. С. 1259-1268
30. Лобачова Т. О. Населення Тоскани XV століття у висвітленні Девіда Герлігі. *Libra*: збірка наукових праць Центру антикознавства та медієвістики ОНУ імені І.І. Мечникова / під ред. О.М. Лугового та В.В. Чепіженка. Випуск VI: до 40-річчя науково-педагогічної діяльності І.В. Немченко. Одеса: ОНУ імені І.І. Мечникова, 2022. С.124-132
31. Лобачова Т.О. Формування індивідуальних ідентичностей у Венеції чумних років (1575–1577 рр.). Персональні історії, казуси, приклади. Актуальні питання гуманітарних наук. Вип. 77, том 3, 2024. С. 4-11.
32. Лобачова Т. Формування карантинних заходів на прикладі Венеції XV ст. Феномен Європи: проблеми державотворення. Збірник матеріалів наукової конференції молодих вчених з міжнародною участю у

Львівському національному університеті імені Івана Франка (15-17 листопада 2018 р.) упорядник Р.Б. Тарановський, В.М. Мельник. Львів: Видання наукового журналу «Аннали юридичної історії», 2018. С. 13 – 15.

33. Лобачова Т.О. Чума Святого Карла у Венеції 1575–1577 рр.: структури, практики, репрезентації. Науковий журнал «Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Історичні науки». Том 35 (74). № 2, 2024. С. 115-119.

34. Сминтина О. Колективне “ми” Венеції в часи чуми Святого Карла (1575–1577 рр.): між солідарністю та соціальною диференціацією. Актуальні питання у сучасній науці. 2026. № 4(46). С. 1655-1664

35. Сорочан С.Б. История культуры Европы. Средние века: Курс лекций. Харьков: Майдан, 2017. 396 с.

36. Abrate M. Popolazione e peste del 1630 a Carmagnola [Population and Plague in 1630 Carmagnola]. Torino : Centro Studi Piemontesi, 1972. 142 p.

37. Achtman M., Morelli G., Zhu P., et al. Microevolution and history of the plague bacillus, *Yersinia pestis*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2004. Vol. 101, № 51. P. 17837–17842. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.0408026101>

38. Achtman M., Zurth K., Morelli G., et al. *Yersinia pestis*, the cause of plague, is a recently emerged clone of *Yersinia pseudotuberculosis*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 1999. Vol. 96, № 24. P. 14043–14048. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.96.24.14043>

39. Alfani G., Bonetti M., Fochesato M. Pandemics and socio-economic status. Evidence from the plague of 1630 in northern Italy. Population Studies, vol. 78, no. 1, 2024, pp. 21–42.

40. Alfani, G., Cohn, S. Households and Plague in Early Modern Italy. Journal of Interdisciplinary History, 38(2), 2007. 177–205.

41. Alfani G. Plague in seventeenth-century Europe and the decline of Italy: an epidemiological hypothesis. European Review of Economic History, Volume 14, Issue 4, November 2013. P. 408 – 430.

42. Anderson B. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. London, New York : Verso, 1991. 224 p.
43. Appleby A. B. Epidemics and famine in the Little Ice Age. *Journal of Interdisciplinary History*. 1980. Vol. 10, № 4. P. 643–663.
44. Bacci M. L. *Population and nutrition: An essay on European demographic history*. Cambridge [England] : Cambridge University Press, 1990. 149 p.
45. Baldwin M. Toads and Plague: Amulet Therapy in Seventeenth-Century Medicine. *Bulletin of the History of Medicine*. 1993. №2. P. 227–247.
46. Bamji A. Medical care in early modern Venice. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/19902132.pdf> (останнє звернення: 14.05.2024).
47. Bengtsson T., Dribe M., Eriksson B. Social class and excess mortality in Sweden during the 1918 influenza pandemic. *American Journal of Epidemiology*. 2018. Vol. 187, № 12. P. 2568–2576.
48. Bos K. I., Schuenemann V. J., Golding G. B., et al. A draft genome of *Yersinia pestis* from victims of the Black Death. *Nature*. 2011. Vol. 478, № 7370. P. 506–510. DOI: <https://doi.org/10.1038/nature10549>
49. Braudel F. *The Mediterranean and the Mediterranean world in the age of Philip II*. Berkeley, California : University of California Press, 1995. 1375 p.
50. Brewer J. Microhistory and the histories of everyday life. *Cultural and Social History*. 2010. Vol. 7, № 1. P. 87–109.
51. Brites D., Gagneux S. Co-evolution of *Mycobacterium tuberculosis* and *Homo sapiens*. *Immunological Reviews*. 2015. Vol. 264, № 1. P. 6–24.
52. Brown C., Ravallion M. Inequality and the coronavirus: Socioeconomic covariates of behavioral responses and viral outcomes across US counties. NBER Working Paper. 2020. № 27549. DOI: <https://doi.org/10.3386/w27549>
53. Brubaker R., Cooper F. Beyond “Identity”. *Theory and Society*. 2000. Vol. 29, № 1. P. 1–47.

54. Burke P. Overture: The New History: Its Past and Its Future // *New Perspectives on Historical Writing* / ed. by P. Burke. Cambridge : Polity Press, 2001. P. 1–42.
55. Burke P. *Popular Culture in Early Modern Europe*. Farnham, Burlington : Ashgate, 2009. 466 p.
56. Byrne J. *Daily life during the black death*. Connecticut, London.: Greenwood press Westport, 2006. 327 p.
57. Cacciavillani I. *La sanità pubblica nell'ordinamento veneziano*. presentazione Mariano Carraro. ARPAV, 2010. 164 p.
58. Carmichael A.G. *Plague and the poor in Renaissance Florence*. Cambridge University Press, 1986. 180 p.
59. Casalini F. *Girolamo Donzellini, il medico che fu condannato a morte mediante affogamento* 2017. URL: <https://viaggiatoricheignorano.blogspot.com/2017/12/girolamo-donzellini-il-medico-che-fu.html> (дата звернення: 20.05.2024).
60. Cipolla C. M. *Fighting the Plague in Seventeenth-Century Italy*. Madison : University of Wisconsin Press, 1981. 124 p.
61. Cipolla C. *Miasmas and Disease* trans. Elizabeth Potter. New Haven: Yale University Press, 1992. 101 p.
62. Cipolla C. *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*. New York: Cambridge University Press, 1976. 136 p.
63. Clark G. *A Farewell to Alms: A Brief Economic History of the World*. Princeton : Princeton University Press, 2007. 420 p.
64. Cohn S. K. Jr. *Cultures of Plague: Medical Thinking at the End of the Renaissance*. Oxford University Press, 2010. 342 p.
65. *Collective Identity*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition). URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780080970868104039> (дата звернення: 13.01.2025).

66. Craig M. Histories of medieval plague in Renaissance Italy. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 2023. Vol. XX. P. 1–18.
67. Craig M. Recovering from the Plague. Did Girolamo Mercuriale misdiagnose a plague in sixteenth-century Venice? URL: <https://www.laphamsquarterly.org/roundtable/recovering-plague#:~:text=Venice's%20plague%20of%201575%E2%80%9377,winter%2C%20when%20the%20deaths%20subsided>. (дата звернення: 12.02.2025).
68. Craig M. *Renaissance Meteorology: Pomponazzi to Descartes*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2011. 272 p.
69. Craig M.. *Subverting Aristotle: Religion, History and Philosophy in Early Modern Science*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 2014. 296 p.
70. Crawshaw J. S. A sense of time: experiencing plague and quarantine in early modern Italy. // *Renaissance Studies*. 2021. Oxford Brookes University. P. 1-36.
71. Crawshaw J. S. *Plague Hospitals: Public Health for the City in Early Modern Venice*. Farnham : Ashgate, 2012. 278 p.
72. Cui Y. et al. Historical variations in mutation rate in an epidemic pathogen, *Yersinia pestis*. *Nature Genetics*. 2013. Vol. 45, № 5. P. 579–582.
73. Cummins N., Kelly M., O Grada C. Living standards and plague in London, 1560–1665. *The Economic History Review*. 2016. Vol. 69, № 1. P. 3–34.
74. Davis N. Z. *The Return of Martin Guerre*. Cambridge : Harvard University Press, 1983. 162 p.
75. Delogu, G. *Inventing Public Health in the Early Modern Age: Venice and the Northern Adriatic*. Como-Pavia: Ibis Edizioni, 2022. 107 p.
76. Delogu G. *Northern Adriatic Port Cities and the Development of Public Health in the Early Modern Age / Le città porto alto adriatiche e lo sviluppo della sanità pubblica in età moderna*. Como, Pavia : Ibis, 2022. 256 p.
77. Del Panta, L. Plague, malaria and demographics in past Italy: recent acquisitions and open problems // *Popolazione e Storia*. 2021. № 1. P. 9-27

78. DeWitte S. N. The anthropology of plague: Insights from bioarcheological analyses of epidemic cemeteries // *Pandemic Disease in the Medieval World: Rethinking the Black Death* / ed. by M. Green. Kalamazoo : Arc Medieval Press, 2015. P. 97–123.
79. DeWitte S. N. The effect of sex on risk of mortality during the Black Death in London, A.D. 1349–1350. *American Journal of Physical Anthropology*. 2009. Vol. 139, № 2. P. 222–234.
80. DeWitte S. N., Wood J. W. Selectivity of Black Death mortality with respect to preexisting health. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2008. Vol. 105, № 5. P. 1436–1441.
81. Devignat R. Varietes de l'espece *Pasteurella pestis*. *Bulletin of the World Health Organization*. 1951. Vol. 4, № 2. P. 247–263.
82. Duncan C., Scott S. *Biology of Plagues: Evidence from Historical Populations*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 420 p.
83. Elias N. *The Civilizing Process*. Oxford : Blackwell, 1994. 553 p.
84. *Encyclopedia of plague and pestilence : from ancient times to the present* / George Childs Kohn, editor. 3rd ed. New York: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2007. 3rd P. 529 p.
85. Erikson E. H. *Identity, Youth, and Crisis*. London : Norton, 1968. 336 p.
86. Fenlon I. *The Ceremonial City*. Cambridge, 2008. 464 p.
87. Fochesato M. Origins of Europe's north-south divide: Population changes, real wages and the 'little divergence' in early modern Europe. *Explorations in Economic History*. 2018. Vol. 70. P. 91–131.
88. Geertz C. *The Interpretation of Cultures*. New York : Basic Books, 1973. 470 p.
89. Gensini G. F. The concept of quarantine in history: from plague to SARS. *Journal of Infection*. 2004. No. 49. P. 257–261.
90. Gentilcore D. All That Pertains to Medicine: Protomedici and Protomedicati in Early Modern Italy. *Medical History*. 1994. No. 38. P. 121-142.

91. Gentilcore D. *Healers and healing in early modern Italy*. Manchester and New York: University Press, 1998. 240 p.
92. Giraldo-Grueso M., Echeverri D., Conde R. The doctor of the plague. *Rev. Colomb. Cardiol.* 2017. No. 24 (6). P. 23-26.
93. Ginzburg C. *Microhistory: Two or Three Things That I Know about It*. *Critical Inquiry*. 1993. Vol. 20, № 1. P. 10–34.
94. Ginzburg C. *The Cheese and the Worms: The Cosmos of a Sixteenth-Century Miller*. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1980. 224 p.
95. Green M. Taking “Pandemic” Seriously: Making the Black Death Global. *The Medieval Globe*. 2014. Vol. 1. P. 27–61.
96. Grendi E. *Micro-analisi e storia sociale. Quaderni storici*. 1977. № 35. P. 506–520.
97. Guenter B. *Risse Seventeenth-century Pest Houses or Lazarettos: Rome 1656*. URL: [https://www.researchgate.net/publication/301202484\\_Seventeenth-century\\_Pest\\_Houses\\_or\\_Lazarettos\\_Rome\\_1656](https://www.researchgate.net/publication/301202484_Seventeenth-century_Pest_Houses_or_Lazarettos_Rome_1656) (останнє звернення: 14.05.2024).
98. Harper K. *The Fate of Rome: Climate, Disease, and the End of an Empire*. Princeton : Princeton University Press, 2017. 417 p.
99. Henderson J. *Florence Under Siege: Surviving Plague in an Early Modern City*. New Haven, London : Yale University Press, 2019. 352 p.
100. Henderson J. *The Black Death in Florence. Death in towns: urban responses to the dying and the dead*. Edited by Steven Bassett. Leicester University Press, 1992. pp. 136-150.
101. Henderson J. *The invisible enemy: Fighting the plague in early modern Italy*. *Centaurus*. 2020. Vol. 62, № 2. P. 263–274.
102. Jarcho S. *Italian Broadsides Concerning Public Health*. Futura Pub Co. 1st edition, 1986. 421 p.
103. Jedwab R., Johnson N. D., Koyama M. *The economic impact of the Black Death*. *Journal of Economic Literature*. 2022. Vol. 60, № 1. P. 132–178.

104. Karlsson M., Nilsson T., Pichler S. The impact of the 1918 Spanish flu epidemic on economic performance in Sweden: An investigation into the consequences of an extraordinary mortality shock. *Journal of Health Economics*. 2014. Vol. 36. P. 1–19.
105. Laqueur T. *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, London : Harvard University Press, 1992. 313 p.
106. Ladurie Le Roy E. *Montaillou: Cathars and Catholics in a French Village, 1294–1324*. Harmondsworth : Penguin, 1980. 381 p.
107. Laughran M. A. The body, public health and social control in sixteenth-century Venice. Ph.D. dissertation. University of Connecticut, 1998. URL: [https://www.academia.edu/39396365/The\\_Body\\_Public\\_Health\\_and\\_Social\\_Control\\_in\\_Sixteenth\\_Century\\_Venice](https://www.academia.edu/39396365/The_Body_Public_Health_and_Social_Control_in_Sixteenth_Century_Venice) (дата звернення: 20.05.2024).
108. Levi G. *On microhistory // New Perspectives on Historical Writing / ed. by P. Burke*. Cambridge : Polity Press, 2001. P. 97–120.
109. Little, L. (2011). Plague Historians in Lab Coats. *Past & Present*, 213(1), 267–290.
110. Ludtke A. (ed.). *The History of Everyday Life: Reconstructing Historical Experiences and Ways of Life*. Princeton : Princeton University Press, 1995. 320 p.
111. Mamelund S.-E., Dimka J. Not the great equalizers: Covid-19, 1918–20 influenza, and the need for a paradigm shift in pandemic preparedness. *Population Studies*. 2021. Vol. 75, Suppl. 1. P. 179–199. DOI: <https://doi.org/10.1080/00324728.2021.1959630>
112. Medick H. ‘Missionaries in the Row Boat’? Ethnological Ways of Knowing as a Challenge to Social History. *Comparative Studies in Society and History*. 1987. Vol. 29, № 1. P. 76–98.
113. Mocca C. *Discorsi preservativi e curativi della peste*. Cambridge University Press, Vol. 67. No. 3 2014. pp. 982-984
114. Mullett C. *The Bubonic Plague and England: An Essay in the History of Preventive Medicine*. Lexington: University of Kentucky Press, 1956. 401 p.

115. Murphy, N. Plague hospitals and poor relief in late medieval and early modern France // *Social History*. 2022. Vol. 47, No. 4. P. 349-371.
116. O'Connor J.J., Robertson E.F. Girolamo Cardano. URL: <http://www-history.mcs.st-andrews.ac.uk/Biographies/Cardan.html?fbclid=IwAR29dWJ3TslaGbILaaHHpalxzD-I51hW7XKdj8YwPZvlmsAC-S27iaa4o0E> (останнє звернення: 19.05.2020)
117. Palazzotto D. *The Black Death and Medicine: A report and analysis of the tractates written between 1348 and 1350*: Ph.D. dissertation. University of Kansas, 1973. 328 p.
118. Palmer R. *Girolamo Mercuriale and the plague of Venice. Girolamo Mercuriale: Medicina e Cultura nell'Europa del Cinquecento*, ed. Alessandro Arcangeli and Vivian Nutton. Florence: Leo S. Olschki, 2008. pp. 51-65
119. Palmer R. *The control of plague in Venice and northern Italy 1348-1600*, University of Kent, 1978. 766 p.
120. Park K. *Healing the Poor: Hospitals and Medical Assistance in Renaissance Florence*. Barry J., Jones C. *Medicine and Charity before the Welfare State*. London and New York: Routledge, 1991. P. 26 – 41.
121. Personal Identity. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. URL: <https://plato.stanford.edu/entries/identity-personal/> (дата звернення: 13.01.2025).
122. Poni C. *Writing the history of consumption // Consumption and the World of Goods* / ed. by J. Brewer, R. Porter. London : Routledge, 1993. P. 7–27.
123. Porter R. *History of the body reconsidered // New Perspectives on Historical Writing* / ed. by P. Burke. Cambridge : Polity Press, 2001. P. 233–260.
124. Preto P. *Peste e società a Venezia nel 1576*. Neri Pozza, 1984. 230 p.
125. Pullan B. *Rich and Poor in Renaissance Venice: The Social Institutions of a Catholic State, to 1620* / Harvard University Press, 1971. 699 p.
126. Reddy W. M. *The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotions*. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 380 p.

127. Rosenwein B. H., Eustace N., Plamper J. et al. AHR Conversation: The Historical Study of Emotions // *American Historical Review*. 2012. Vol. 117, №5.
128. Sallares R. *Malaria and Rome: A History of Malaria in Ancient Italy*. Oxford : Oxford University Press, 2002. 341 p.
129. Scott J. *Women's history // New Perspectives on Historical Writing* / ed. by P. Burke. Cambridge : Polity Press, 2001. P. 43–96.
130. Serra Eleonora. 'Giudicho essere più guadagno lo spendere qui che 'l guadagnare chostì' The Plague in the Buonarroti Correspondence among Anxieties, Professional Dilemmas and Medical Beliefs. URL: [https://www.academia.edu/105967563/Giudicho\\_essere\\_pi%C3%B9\\_guadagno\\_lo\\_spendere\\_qui\\_che\\_l\\_guadagnare\\_chost%C3%AC\\_The\\_plague\\_in\\_the\\_Buonarroti\\_correspondence\\_among\\_anxieties\\_professional\\_dilemmas\\_and\\_medical\\_beliefs](https://www.academia.edu/105967563/Giudicho_essere_pi%C3%B9_guadagno_lo_spendere_qui_che_l_guadagnare_chost%C3%AC_The_plague_in_the_Buonarroti_correspondence_among_anxieties_professional_dilemmas_and_medical_beliefs) (дата звернення: 12.02.2025).
131. Simon Z. B. *Microhistory: In General*. *Journal of Social History*. 2015. Vol. 48, № 4. P. 859–877.
132. Slack P. *The Impact of Plague in Tudor and Stuart England*. London : Routledge, 1985. 462 p.
133. Smith A. D. *National Identity*. Reno : University of Nevada Press, 1991. 226 p.
134. Stuard S. M. *A state of Deference: Ragusa // Dubrovnik in the Medieval Centuries*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1992. 288 p.
135. Stuard S. M. *Considering Medieval Women and Gender*. London : Routledge, 2010. 318 p.
136. Taylor C. *Sources of the Self: The Making of the Modern Identity*. Cambridge : Harvard University Press, 1989. 601 p.
137. The impact of crisis phenomena on economic security in the automotive industry and the quality of life of employees. *Transportation Research Procedia*. URL:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352146523005872> (дата звернення: 12.02.2025).

138. Tsiamis C. The Venetian Lazarettos of Candia and the Great Plague (1592-1595). URL:

[https://www.researchgate.net/publication/260996529\\_The\\_Venetian\\_Lazarettos\\_of\\_Candia\\_and\\_the\\_Great\\_Plague\\_1592-1595](https://www.researchgate.net/publication/260996529_The_Venetian_Lazarettos_of_Candia_and_the_Great_Plague_1592-1595) (останнє звернення: 14.05.2024)

139. Twigg G. The Black Death: A Biological Reappraisal. New York : Schocken Books, 1985. 254 p.

140. Venice and the mediterranean lazarettos / by Nelli-Elena Vanzan Marchini. Venice: Biblioteca Nazionale Marciana: Edizioni Della Laguna, 2004. 71 p.

141. Whittles L. K., Didelot X. Epidemiological analysis of the Eyam plague outbreak of 1665–1666. Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences. 2016. Vol. 283.

142. Williamson E. J., Walker A. J., Bhaskaran K., Bacon S., Bates C., Morton C. E., Curtis H. J., et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. Nature. 2020. Vol. 584. P. 430–436. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>

143. Zalla L. C., Martin C. L., Edwards J. K., Gartner D. R., Noppert G. A. Geography of risk: Structural racism and COVID-19 mortality in the United States. American Journal of Epidemiology. 2021.



COL NOME D'IDDIO.  
 MODI, ET ORDINI CHE S'HANNO  
 DA TENER IN SBORAR OGNI SORTA DI  
 ROBBE INFETTE, ET SVSPETTE FACILMENTE, ET SICVRAMENTE.



M. D. LXXVI. IX. NOVEMBRE.



**V**OLENDO i Clarissimi SS. Sopraprone  
 ditari, & Proriditori alla Sanità dar facile,  
 et sicura strada à ciascuna persona di poter net  
 tar ogni sorte di robbe che per occasion del pre  
 sente Contagio fossero infette, ò sospette, manife  
 stano con l'autorità del Senato, à commune  
 utilità, gli infra scritti modi, ricordati senza  
 alcun premio amovendo mente da M. Marc' Antonio Lancia Qua

mescolandole con bastoni, & lasciano che l'acqua habbia le  
 nato quattro belliti almeno, poi da persone nette siano canate, & g  
 tate in acqua fredda, poi si stremeno, & asciugano, & restano netti.

Modo di nettare le robbe d'importanza col salbison.

**S**al caperto sopra terreno che sia fresco, vicino a pozzo, ouero in un  
 gazzoni freschi, facido in detti luoghi un suolo di sabbion asciutto, & a  
 teser data, & sopra da persone infette si stende un lenzuolo mondo, &

Додаток Б. Венеціанська постанова: Методи очищення будь-якого зараженого товару. Кон С. «Культури чуми» [64, с. 204].



Додаток В. Образ лікаря у XVI ст. Агресто де Бруччі «Секрети медицини» [22, с.1].



Додаток Г. Шарлатан. Джузеппе Маріі Мітеллі [2].



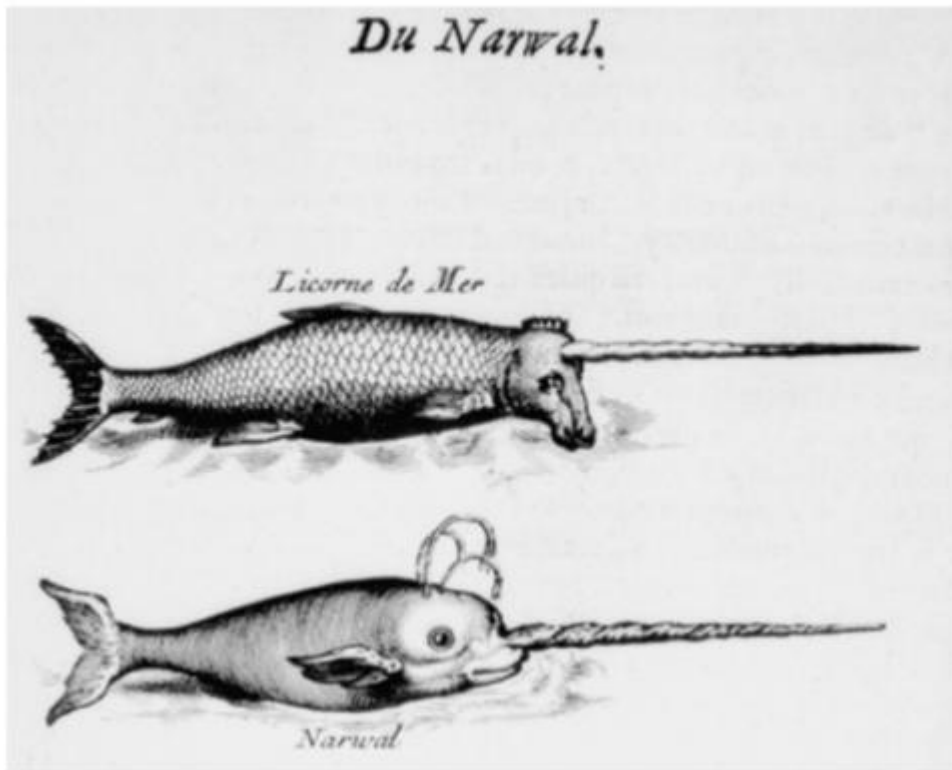
Додаток Г. Хірурги-цирульники робить кровопускання. Чинтіно д'Амато «Нова та найкорисніша практика усього, що стосується старанного цирульника» [7, с. 28].



Додаток Д. Жінка допомагає робити кровопускання. Чинтіно д'Амато «Нова та найкорисніша практика усього, що стосується старанного цирульника» [7, с. 24].



Додаток Е. Чумний лікар Томазо Бартоліні «Про анатомічні та медичні диковини» [3, с. 143].



Додаток Є. Гравюри двох нарвів - морських єдинорогів. Дж. Бирн «Щоденне життя під час Чорної смерті» [56, с. 61].