

## ЭФФЕКТЫ МЕДИКАЛИЗАЦИИ И АПОЛОГИЯ ПАТОСА

Виталий Лехциер

Боль является одним из тех ключей, которые не только подходят к наиболее сокровенным замкам, но и открывают доступ к самому миру... Скажи мне, как ты относишься к боли, и я скажу тебе, кто ты!

Эрнст Юнгер

Начну с одной дискуссии, прошедшей в 1992 г. в Институте философии РАН и посвященной фигуре Мамардашвили, его комментариям к текстам Декарта, Пруста, Канта и т. д. Меня в данном случае интересует доклад Валерия Подороги, который касался мамардашвилевских *Лекций о Прусте*. В докладе говорилось, что так называемая «встреча» Мамардашвили и Пруста не состоялась. И не состоялась она потому, что Мамардашвили, интерпретируя Пруста, полностью обошел вниманием тот факт, что эпопея *В поисках утраченного времени* писалась в состоянии тяжелого астматического заболевания, которое в процессе письма Пруст отказывался лечить и которое как бы изживал своим письмом. Подорога отмечает, что Мамардашвили использует прустовское понятие «перебои сердца», но применяет его для прояснения чистой ситуации мысли, которая все время возвращается к началу как к своему трансцендентальному условию, условию точности, то есть для прояснения своеобразной точечной и идеальной топологии прустовского мышления. В то время как «перебои» эти, с точки зрения автора доклада, весьма заметные в самом тексте, в стилистике, в развитии мысли, вызваны непосредственно астмой. Первые шестьдесят страниц суть «разные вариации описания астматического криза», и далее Пруст «научается использовать болезнь для формирования структур начала, для становления самой формы письма»<sup>1</sup>. В частности, вводится запрет на дыхание и, как следствие, запрет на речь, на речевой характер произведения — все переходит в письмо, которое совершается в атмосфере, где невозможно дышать. И Подорога делает вывод, что «Пруст обладал астматическим переживанием мира»<sup>2</sup>, что астма его онтологична, и вообще любая «приватизированная» болезнь получает онтологические характеристики. И дальше идет такая фраза: «Ведь Пруст пишет болезнь, и каждый из нас пишет свои болезни, свои граничности, и только через это может осуществиться выход (выход из болезни к какой-то норме). Напряжение только в этой точке может сохраниться, и мы должны рассматривать болезнь, патологию, поскольку она формирует обстоятельства усилия мысли...»<sup>3</sup>. Итак, в мысль всегда включены «обстоятельства усилия», то есть некоторый телесный контекст, который нельзя

ДОПРЕДИКАТИВНЫЙ ОПЫТ И ТРАНСЦЕНДЕНЦИЯ

эвакуировать из мысли. Разумеется, началась дискуссия, упреки в натуралистическом редукционизме. Подорога, отвечая, подчеркивал, что речь идет о «дополнительных источниках мысли», «параллельных измерениях», и на замечание Ахутина о том, что есть болезнь как частное дело, а есть ее общезначимый, сообщаемый смысл, он ответил, что имеет в виду не вульгарную натурализацию, а прустовскую болезнь именно как «общезначимое событие», сообщаемое и читателю.

Я полагаю, что эта дискуссия вызвана не просто неким казусом интерпретации<sup>4</sup>, случайным и совершенно произвольным. И позиция Подороги, и те замечания, которые высказывались после его доклада, отсылают нас к серьезной проблеме, имеющей вовсе не случайный характер. Ее можно было бы сформулировать так (достаточно просто): *каково место боли и болезни в человеческой жизни? Является ли болезнь онтологической возможностью экзистенции, своеобразным способом или способностью быть?* В чем эта способность заключается? Здесь необходима определенная герменевтика этой способности.

Но прежде чем подойти непосредственно к ее осуществлению, необходимо полностью отдать себе отчет в том, почему собственно следует об этом спрашивать. Что сегодня *заставляет* поставить вопрос об экзистенциальной природе патологической боли, откуда идут уколы? Уже само прояснение нынешней исторической ситуации вопрошания о болезни введет нас в курс дела и расставит некоторые предварительные акценты в ее будущей герменевтике.

Я бы выделил три решающих обстоятельства, процесса, неизбежными участниками которых мы так или иначе являемся. Это, во-первых, медицинализация жизни как процесс производства пациентского самосознания, вообще патоса. Во-вторых, это анестезия социального поля и производство тела-без-боли — процесс, вызывающий обратную реакцию «жажды боли». И, наконец, это некоторые сдвиги в самой медицинской практике, все чаще сталкивающейся с необходимостью выхода за пределы чистого натурализма в трактовке боли и болезни и обращения к их экзистенциальному уровню. Остановлюсь подробнее на этих трех факторах.

Медикализация — это процесс, в результате которого человеческая жизнь начинает рассматриваться преимущественно как медицинская проблема, то есть как проблема соотношения здоровья и болезни. Человек начинает априори смотреть на себя как на пациента, а человеческое тело и сознание от рождения до смерти становятся объектом пристального медицинского контроля и регулирования. Можно сказать, что медицинализация — это процесс патологизации общества, производства пациентского самосознания. Сегодня говорят о медицинализации населения, повседневности, детства<sup>6</sup>, сексуальности, наркотизации, медиадискурса, климакса (вообще женское тело от начала менструации до менопаузы — привилегированный объект медицинализации), нормы (Рэй Мойнихам), страдания и т. д.

Тема медицинализации была поднята французами Филиппом Арьесом и Мишелем Фуко. Арьес увидел «триумф медицинализации» в том факте, что с середины XX в., благодаря прогрессу медтехники, стационарного лечения, успехам в реанимации, обезболивании, диагностике, а также в

силу определенной государственной политики в области здравоохранения, человеческая смерть стала объектом тотального регулирования, своеобразного «менеджмента» больниц, врачей, что привело к изменению отношения к смерти, стилю умирания в современную эпоху.<sup>7</sup> Мишель Фуко в лекциях 1974–1975 гг. говорил о медиализации внутрисемейных отношений, которая началась в европейских странах с середины XVIII в. в связи с борьбой с мастурбацией детей.<sup>8</sup> В *Заботе о себе* он отмечает процесс медиализации практики «заботы о себе» в эллинистическую эпоху. Тогда была осознана внутренняя связь медицины и философии, поскольку и та и другая, как писал Плутарх, исходят из понятия *патоса*, равно приложимого к физической болезни и страсти как душевной болезни: «в обоих случаях оно относится к состоянию пассивности, которое в теле принимает форму заболевания... в душе — форму движения, способного увлечь ее вопреки ей самой»<sup>9</sup>. Забота о душе описывается целым рядом медицинских метафор. Эпиктет называл «школу философа» «лечебницей», «диспансером души» и требовал от учеников осознания себя больными (морально и интеллектуально): «Работа над собой требует, чтобы в собственных глазах человек выглядел не просто несовершенным, невежественным, нуждающимся в исправлении, обучении и наставлении существом, но индивидуумом, страдающим определенным недугом, и подлежащим лечению — своими силами либо с помощью кого-то более компетентного»<sup>10</sup>. Здесь уместно вспомнить понятие, которое Фуко вводит в уже упоминавшихся лекциях, — понятие «автопатологизации». Однако является ли медиализация эллинистической «культуры себя» исторической правдой или нет, совершает ли Фуко простой перенос из настоящего, «ретроспективную гипотезу» — это отдельный вопрос. Метафора философии, других областей культуры и знания как терапии души стала жить с тех пор собственной жизнью. Ее можно найти у разных философов и в разные времена (например, у Ницше). Однако нам важно, что только в современности мы действительно видим тотальную медиализацию повседневного существования человека, выраженную во множестве практик и институтов.

Медиализация осуществляется, конечно, в целях победы над болью, в целях всеобщего оздоровления. Медицина однозначно отвергла все стратегии оправдания патологической боли, существовавшие в прежние эпохи.<sup>11</sup> *Альгодия* более невозможна: ни теология, ни метафизика, ни политика уже не могут оправдать человеческие страдания, вызванные болезнями. Священники предпочитают лечить свои недуги в медицинских учреждениях. Боль, болезнь — абсолютный враг медицины, цель ее — здоровье, понимаемое как отсутствие патологии. Но уловка медиализации состоит в том, что путь к телу-без-боли, к жизни без патологии прочерчен через автопатологизацию, через пациентское самосознание, повышенную озабоченность собственным здоровьем и, как следствие, зависимость от медицинского знания. Только пациент может быть абсолютно здоров. Хочешь быть здоровым — найди у себя болезнь и обратись в аптеку. Патос, таким образом, кардинально трансформируется. Внутри него уже действует априори здоровья, в пределе безболезненного и бессмертного существования — априори медицинской симптоматики и необ-

ходимости обращения к врачу.<sup>12</sup> Строго говоря, сама фигура пациента — это и есть результат медиализации патоса, его перехваченности идеей здоровья как нормы, устанавливаемой медицинским знанием. Подорога в этой связи говорит: «Может быть, мы не имеем никакой другой судьбы, кроме как стать пациентами»<sup>13</sup>. В противовес фигуре медиализованного пациента мы могли бы (в рабочем порядке) ввести понятие подлинного, или *экзистенциального, пациента*<sup>14</sup>, для которого опыт патоса имеет безотносительный, собственный смысл, является определенной способностью быть. Для него патос значим, «патология» выступает совершенно особым неотчуждаемым опытом мира и самого себя. Понятие экзистенциального пациента — это попытка выстроить новую альгодия, но уже на путях экзистенциальной аналитики.

Медиализация является метонимией второго, еще более глобального фактора современной жизни. Речь идет о притуплении сострадания, соболезнования, которое стало пустой формальностью, притуплении всякой чувственной реакции на мир, симуляции или «исчезновении реального» (Бодрийяр), то есть о том, что можно назвать *анэстетикой*. Реальные переживание и сопереживание перехватываются или вымываются мощными потоками информации, перепроизводством означающих, отчуждаются средствами экранной культуры (экранируются). То, что этот процесс каким-то образом связан с медиализацией, говорит хотя бы тот факт, что он все чаще сегодня осмысливается в терминах анестезии. Валерий Савчук, в частности, вводит понятие «анестезии социального поля», а Валерий Подорога пишет о стратегиях «тотальной анестезии», реализующихся в современных западных обществах. Действительно, именно в рамках медицины, на операционном столе, жизнь превратилась исключительно в оптический феномен, в то, что фиксируют и показывают специальные приборы. «Живое тело, органы которого искусственным образом иммобилизованы, это та реальность, с которой столкнулась современная хирургия после применения мышечных релаксантов... Это тело начинало постепенно выглядеть как машина, часть функций которой — из числа самых значительных — могут быть вынесены вовне и, следовательно, технически объективированы. Тело нечувствительно к боли, работа сердца и легких обеспечивается механически, нервная система не реагирует на внешнее раздражение. Где же Жизнь? Она ускользает от клинического восприятия и взвешивается на изощренном языке абстрактных биометрических показаний. В момент хирургической операции Жизнь в теле — это некий итог конвенционального соглашения. Не будь его, о жизнедеятельности тела можно не догадаться».<sup>15</sup>

Таким образом, процесс медиализации, с одной стороны, участвующий в постепенном вытеснении смерти и ее означающих в европейской культуре, о котором писали Арьес и Бодрийяр, приводит, с другой стороны и как ни парадоксально — к ускользанию жизни. *Анальгезия*, то есть нечувствительность к боли, достигается средствами местной анестезии, то есть локальным притуплением чувственности вообще и полным наркотическим бесчувствием. Фактически место классической эстетики как науки о чувственности занимает *анэстетика* как наука о чувствах, которые перестали чувствовать, наука о бесчувствии; в ее

задачу должна входить аналитика форм, зон и способов нечувствительности. Парадокс анестетики состоит в том, что она оказывается возможной только при наличии последнего оставшегося в живых чувства — чувства собственного бесчувствия. В этом смысле анестетика есть *эстетика* бесчувствия, невозможности и отсутствия чувства.<sup>16</sup>

Савчук видит причину анестетики в стерильности цивилизации, в торжестве техносферы и хитрости мирового *techné*, в его спаянности с *bios*'ом<sup>17</sup>, в информационном опустошении жизни<sup>18</sup> и угнетении телесной топологичности переживания. Подорога, в свою очередь, выделяет процесс экранирования переживания, которое может сегодня разворачиваться во многих экранных проекциях: «Время Великой Боли подошло к концу... Боль теперь в значительной степени стала чисто *оптическим* (зрительным) феноменом, тем, что мы видим, а не тем, что мы чувствуем и переживаем своим телом и своей душой. Одним из источников тотальной анестезии является *экран*, именно он превращает индивидуально переживаемое событие боли в безымянный зрительный субстрат... Подчиняясь тотальной стратегии анестезии, повседневные пространства жизни оснащаются экранами, компенсирующими недостаток чувствительности и создающими настоящие, подчас глубокие фантазмы «сильных переживаний»»<sup>19</sup>.

Указанные процессы, наличие которых вряд ли можно отрицать, поскольку инъекции различных анальгетиков и анестетиков впрыснуты и в наше существование, весьма заметны также и по тем обратным эффектам, которые они порождают. Хабермас, например, полагает, что за такими контрмодернистскими направлениями мысли, как постмодернизм, постистория, постпросвещение, стоит консерватизм в разных изводах, и в частности младоконсерватизм, апеллирующий к *архаическому опыту*. Представители младоконсерватизма, к которым Хабермас относит целый ряд прежде всего французских философов от Батая до Деррида, ряд, восходящий к Ницше, видят ценностную альтернативу модернизму в далеких архаических временах и «по-манихейски противопоставляют инструментальному разуму доступный разве что заклинаниям принцип, будь то воля к власти или суверенитет, бытие или дионисийская сила поэтического начала»<sup>20</sup>. Действительно, что может быть *после* современности, если не то, что было *до* нее? — так иногда интерпретируют постмодернизм.<sup>21</sup> Можно ли сопоставлять постмодернизм и неорархаику — это отдельный вопрос. Но бесспорным является то наблюдение, согласно которому анальгезия и анестезия социального поля порождают в качестве обратного эффекта ностальгию по опыту архаическому, включающему полноценное болевое ощущение и интенсивность страдания, ностальгию, выраженную сегодня во многих течениях искусства, молодежных субкультурах, текстах, практиках и т. п. Например, в западном и американском акционном искусстве довольно часто практикуется аутодеструкция и саморанение. Возрастает спрос на различные практики, сопровождающиеся болевыми ощущениями, такие как пирсинг и скарт.

Можно привести и такой пример — два романа на один сюжет. Один написан англичанином Эндрю Миллером в 1997 г. и называется *Жаж*

*да боли*, другой — норвежским писателем Николаем Фробениусом в 1996 г. — *Каталог Латура, или Записки лакея Маркиза де Сада*. В обоих романах главные герои лишены способности чувствовать боль, они чувствуют, что их тело «закупорено», а вместе с ним закупорена и душа, они не могут сострадать, любить, получать удовольствие, они чувствуют, что не вполне люди, поэтому, движимые жаждой боли, становятся хирургами, а Латур еще и хирургом-убийцей, чтобы отыскать боль в другом, заместить себя другим. Или пример уже с нашей почвы: в Питере в 1990-е гг. создается общество философов и художников «Новая архаика». Один из его организаторов, философ и куратор В. Савчук, развивает метафизику раны, идею «стрекожущего тела» и жертвы как подноготной культуры, апологию архаической родовой чувственности, которая может и должна быть пробуждена в современном теле. Здесь можно вспомнить Дикаря из романа Олдоса Хаксли *О, дивный новый мир*, в котором Дикарь отстаивал перед Главноуправителем государства право счастливых, вечно молодых и не страдающих тел, созданных прогрессом генной инженерии, на старость, уродство, бессилие, сифилис и рак, право на страх перед завтрашним днем и «право мучиться всевозможными лютыми болями»<sup>22</sup>.

Наконец, третий фактор, провоцирующий нас на вопрошание об экзистенциальном смысле патологической боли, болезни вообще. В рамках медицины, в особенности паллиативной медицины, медицины хронических болезней, в рамках клинической психологии назрела необходимость в обращении к субъективным смыслам патологического, к их учитыванию в лечебном процессе, в практике управления болью. Безусловно, культурные конструкты болезни и здоровья влияют на наши болевые ощущения, которые мы, находясь в «естественной установке», принимаем за природную данность. На этом основано, в частности, «ритуальное лечение», о котором много писал Леви-Строс, или плацебо-эффект. Медиализация страдания также влияет на его субъективное протекание, на характер жалоб и т. п. «Многие болезни, никак не проявлявшие себя, после установления диагноза начинают обрести чувственную ткань»<sup>23</sup>. Культурно-исторический патоморфоз симптомов свидетельствует о том, что, как правило, доминируют те жалобы, которые соответствуют господствующим медицинским знаниям. Однако в субъективной сфере эти значения превращаются в самобытную мифологию страдания, которая нередко им противостоит<sup>24</sup>. Поэтому пишут о необходимости соответствия мифа врача и мифа больного: «Можно и нужно изучать, вычитывать и расшифровывать скрытые мифы, корректируя вредные и создавая необходимые мифологии»<sup>25</sup>. Классический пример такого разрыва между значимостью события болезни, которую она приобретает в переживании больного, и медицинской интерпретацией этого события мы находим в рассказе Льва Толстого *Смерть Ивана Ильича*. Когда после ушиба у Ивана Ильича возникла сильная и не проходящая боль в боку (т. е. «патологическая боль») и он стал лечиться у врачей, то осознал одну вещь. Для него «был важен только один вопрос: опасно ли его положение или нет? Но доктор игнорировал этот неуместный вопрос. С точки зрения доктора, вопрос этот был праздный и не подлежал обсуждению; существовало только

взвешивание вероятностей — блуждающей почки, хронического катара и болезни слепой кишки. Не было вопроса о жизни Ивана Ильича, а был спор между блуждающей почкой и слепой кишкой»<sup>26</sup>. Иван Ильич все время пытался перевести «запутанные и неясные научные слова» на свой язык, для прояснения собственного переживания. Он пробовал осмыслить то, что с ним случилось, в терминах господствующей в XIX веке «медицины страдающих органов»<sup>27</sup>, пока вдруг ему не стало отчетливо ясно, что «не в слепой кишке, не в почке дело, а в жизни и... смерти»<sup>28</sup>.

Сегодня многие медики, особенно те, кто имеет дело с тяжелыми больными, онкологическими и тем более терминальными больными, понимают, что боль и болезнь есть определенное экзистенциальное событие, по отношению к которому пациент вырабатывает свое отношение. Это может быть для него катастрофа, наказание, угроза, освобождение и т. п. Он может полностью «уйти в болезнь» и зафиксироваться на своих ощущениях, может принять «роль больного», извлекая из нее так называемую «вторичную выгоду»<sup>29</sup>, манипулируя окружающими. Все эти конкретные смыслы и субъективные контексты находятся в компетенции психологов и психотерапевтов.<sup>30</sup> Однако и медики, и психологи в данном случае говорят о необходимости философского осмысления места болезни и боли в человеческом существовании.

Итак, мы стоим перед непростой задачей — отыскания экзистенциального смысла болезни. По сути, это задача построения экзистенциальной альгодицеи, которая сегодня остается единственно приемлемой в ряду разнообразных стратегий оправдания боли. Экзистенциальная альгодицея неизбежно становится апологией боли — постольку, поскольку выявляет ее положительное значение, причем не снимаемое историческими изменениями, так как апеллирует к онтологическим структурам экзистенции.

О положительном смысле боли в рамках исторических исследований писали и пишут<sup>31</sup>. Например, большую роль в различных культурах играли ритуалы подражания «страдающему богу» (*mimêsis pathus*). «Патетический строй души эллинов» создал «культ героев», культ патетического бога Диониса и «патетической природы всех божеств вообще»<sup>32</sup>, создал трагедию. Затем — христианство с его «культом мучеников» и «страстями Христовыми». Как выразился Девид Моррис: «Боль в Средние века была своего рода внутренним распятием»<sup>33</sup>. До сих пор, кстати, на Филиппинах флагелланты практикуют ежегодные ритуалы распятия. Моррис же приводит интересные рассуждения об использовании боли в профессиональном спорте, танце, искусстве. Хемингуэй в письме Фицджеральду писал: «Когда боль накачивает, используй ее» — имея в виду, что она является способом достижения личного и художественного триумфа. Болезнь, опыт патоса были неотъемлемой частью образа романтического художника начиная с XVIII в., которому художник пытался соответствовать, существуя по способу *саморанения*<sup>34</sup>. Кундера в романе *Бессмертие* пишет о страдании (физическом и душевном) как «великой школе эгоцентризма» и «гипертрофии души»<sup>35</sup>, особенно свойственной некоторым национальным культурам, в частности русской культуре, во многом строящейся вокруг альгодицеи. И т. д., и т. п. — все

это исторические, культурологические аспекты «смысла» боли. Наша же задача — выявить ее экзистенциально-онтологический аспект. Но это, разумеется, грандиозная задача, выполнение которой открывает большую перспективу для коллективных усилий. Здесь же я ограничусь формулированием, на мой взгляд, основных дескриптивных идей экзистенциальной аналитики болезни (патологической боли).

Боль повергает человека в состояние вопроса. Она не просто побуждает к вопрошанию, но настоятельно требует его. От всего остального можно отмахнуться, пройти мимо, не заметить, но от патологической боли не отмахнешься. Прежде всего, она порождает вопрос «почему?», она взыскует причин случившегося. В определенном смысле вопрос «что случилось?» (вопрос врача и пациента) боль редуцирует к поиску причин. И здесь ничего не изменилось со времен Иова до научной этиологии болезней и теорий патогенеза. Более того, боль есть то, что требует прояснения причин не только самой себя, но и всего остального, поскольку невозможно объяснить причины боли, не выясняя причины всего остального. Опыт боли, таким образом, лежит в основании и главного философского вопроса: «Почему есть нечто, а не ничто». Удивление и сомнение, о которых обычно в этой связи упоминают, сами по себе не предполагают *настоятельности* и *необходимости* вопрошания. Делёз назвал «конкретным и ответственным мышление», рождающееся из «насилия знака», которое вырывает мысль «из естественного оцепенения, из только абстрактных возможностей»<sup>36</sup>. Если мышление не содержит в себе необходимости, если оно целиком произвольно, добровольно, методично — оно может привести только к абстрактным, безосновным и конвенциональным истинам. Чтобы истина получила основание в том, что требует осмысления, необходима реальная встреча с тем, что причиняет страдание и вынуждает искать правду. «Необходимо, чтобы разум подвергался принуждению, чтобы он испытал некое давление, не оставляющее ему выбора».<sup>37</sup> Удивление, хоть и содержащее в себе момент реальной встречи, все же случайно и нетребовательно, сомнение же вообще необъяснимо само из себя, неправдоподобно. Оно становится похожим на правду только как следствие болевого шока. Ницше по этому поводу писал, что только «великое страдание есть последний освободитель духа, как наставник в великом подозрении, которое из всякого Y делает X...», из болевого опыта «выходишь другим человеком, с большим количеством вопросятельных знаков, прежде всего с волей спрашивать впредь больше, глубже, строже, тверже, злее, тише, чем спрашивали до сих пор. Доверие к жизни исчезло; сама жизнь стала проблемой»<sup>38</sup>.

Доверие к жизни исчезло, потому что в опыте болезни показала себя смерть. Но конечность человеческого существования как онтологическое условие вопрошающего способа бытия является таковым именно потому, что загнана в сердце как подспудно ноющая рана. *Не боль проясняется смертью, а смерть проясняется болью*. Обычно полагают так: *нам больно, потому что мы конечны*. Я бы сказал иначе: *мы конечны, потому что нам больно*. Иван Ильич умом знал, что «Кай — человек, люди смертны, потому Кай смертен», но то «был Кай-человек, вообще человек, и это было совершенно справедливо; но он был не Кай

и не вообще человек, а он всегда был совсем, совсем особенное от всех других существо...»<sup>39</sup>. Значимость собственной конечности вошла в опыт Ивана Ильича только вместе с патосом, до этого события он был бессмертным, а сейчас стал смертным. И наоборот, бегство от смерти, совершаемое в повседневности (как и бегство от тревоги) объяснимо только бегством от страданий, которые вызывает мысль о ней. Боль также делает возможным время как сущность человеческого бытия. Хронические боли и болезни — это не то, что думают об этом медики. Если боль есть то, что делает конечность значимой постольку, поскольку вызывает страдания, в которые мы упираемся как в последний и исходный грунт, побуждающий нас мыслить, а конечность, в свою очередь, учреждает время, стало быть, боль есть то, что делает возможным временение. Время поэтому возникает, исходя из боли. Поэтому не хронический патос, а патологический хронос.

Боль побуждает спрашивать о ее причинах. Тут завязывается узел антиномий, обнаруживающих амбивалентную структуру опыта боли. Спрашивание о причинах является продолжением самого переживания боли как переживания своей нераздельности с тем, что ее причиняет. Боль растворяет нас в нерасчлененной сплошности жизни, как бы вымывает на просторы Океаноса, о котором возвестил Волфганг Гигерич<sup>40</sup>. Левинас говорит, по сути, о том же самом, но в терминах «загнанности в жизнь, в бытие»<sup>41</sup>. Безусловно, в опыте боли мы теряем себя, ускользаем от себя в бездну, готовую нас поглотить. Крайней точкой такого опыта является *болевого шок* — полная отключка субъекта и его возвращение к состоянию чистой неразличимости. На другом полюсе опыта боли — *стиснутые зубы*: сопротивляясь боли, претерпевая ее, мы обнаруживаем пропасть, разрыв, отделяющий нас от всего остального. Вот как об этом говорит Сиоран: «Страдать означает быть от начала и до конца собой, находиться в состоянии неслиянности с миром, ибо страдание — *генератор дистанций*; и когда оно терзает нас, мы ни с чем не идентифицируем себя, даже с ним; а это значит, что, сознавая собственное сознание, мы неустанно наблюдаем за собственным бодрствованием»<sup>42</sup>. Развитие этой логики приводит к выводу: «Пока человек здоров, он и не существует. Точнее сказать, он не знает, что существует. А больной, благодаря своей болезни, знает, но воспринимает ее как непричастность к бытию: он отчаивается, осознавая, что перед ним весь мир, в то время как он не в состоянии стать его частью»<sup>43</sup>. История Ивана Ильича — тому подтверждение. Показательно, что оба противоположенных вектора переживания боли мы находим в многочисленных нарративах и самоописаниях, создаваемых пациентами и изучаемых в нарративной психологии и медицине.

Амбивалентность боли можно описать и с помощью оппозиции чужое / собственное. С одной стороны, опыт боли есть опыт чужого, сразу в двух из тех смыслов, которые закрепляет за этим понятием Вальденфельс: это смысл обладания и чужеродности, «то, что принадлежит другим ... в противоположность собственному», и «нечто иного рода, в противоположность хорошо знакомому, нечто чужеродное, неудобное, странное»<sup>44</sup>. Нечто во мне (телесное или психическое) перестает быть уп-

равляемым, перестает меня слушаться. Действительно, болезнь заводится в нас и переживается в качестве того, что пришло откуда-то извне, что не в нашей власти, что стремится подчинить нас, что начинает жить в нас собственной жизнью, напоминая живое существо. Мы перестаем быть хозяевами в собственном доме. Такое восприятие боли есть также практически во всех автонарративах пациентов. Например, Ницше пишет: «Я дал своей боли имя и зову ее "собакой" — она столь же верна, столь же назойлива и бесстыдна, столь же занимательна, столь же умна, как и всякая другая собака, — и я могу прикрикнуть на нее и выместить на ней свое дурное настроение, как это делают другие со своими собаками, слугами и женами»<sup>45</sup>. Неслучайно представление о том, что все болезни сваливаются на нас извне, восходит к глубокой архаике.<sup>46</sup> Правда, и сегодня след этих представлений просматривается (особенно после открытий в молекулярной биологии) в тенденции редуцировать все заболевания к инфекционным возбудителям, экологии и засорению организма шлаками и т. п. С другой стороны, опыт боли как само-чувствие открывает мне меня самого: открывает мою плоть и мое существование в целом. Это моя боль. Она не переносима ни на кого другого. Ортега пишет: «Если у нас начинает что-то болеть, то тем самым оно как бы становится нашим. Да и может ли быть иначе, если боль — это всегда моя боль»<sup>47</sup>. Отсюда, как замечает Ортега, проистекает феномен привязанности человека к своим болячкам. Боль наименее символизируемый опыт. Боль «действует наперекор языку. Она возникает на фундаментальном уровне телесного опыта, который язык встречает и безуспешно пытается выразить, заключить в свои объятия. Возможно, более чем другие соматические переживания, боль сопротивляется символизации. Язык и категории могут переработать, переформировать боль, но они не могут ее устранить и сделать тем, чего можно было бы избежать. Тем не менее, как только боль появляется как непосредственный и достоверный факт, в следующий момент она кажется произведенной диалектическим взаимодействием биологических и социальных процессов»<sup>48</sup>. Именно поэтому, несмотря на то что существует «болевое поведение», боль как «языковая игра», о чем любят говорить представители аналитической традиции (например, Витгенштейн, Райл), опыт боли остается последним форпостом подлинного, в силу чего оказывается востребованным современным акционным искусством, ориентированным на критику симуляций и поиск островков реального, аутентичного контакта с миром и самим собой. Боль устраняет возможность забыться, она будит нас в нашем существовании, нарушая забытие «естественной установки» и отбрасывая к истокам конститутивных механизмов субъективности. Вальденфельс сказал бы, что самость возникает как ответ на патос. А Сиоран написал: «Без боли, как хорошо заметил автор *Записок из подполья*, не было бы сознания»<sup>49</sup>.

Итак, два противоположных вектора переживания боли, ее неснимаемая амбивалентность делают опыт боли опытом *переходности*, опытом чистого «*пере*», и, соответственно, экзистенциальная значимость опыта боли состоит в экзистенциальном значении «*пере*», или жизни в модусе «*пере*», которая требует уже специального рассмотрения в рамках экзистенциальной аналитики переходности.

Примечания

- 1 *Конгенитальность мысли. О философе Мерабе Мамардашвили.* М., 1999. С. 135, 136.
- 2 Там же. С. 142.
- 3 Там же. С. 143.
- 4 Подобный казус вовсе не единичен. Подорога здесь движется в фарватере, проложенном Ницше: «...не болезнь ли была *тем*, что инспирировало философа... За высочайшими суждениями ценности, которыми доньше была ведома история мысли, таятся недоразумения телесного сложения как со стороны отдельных лиц, так и со стороны сословий и целых рас... Мы не какие-нибудь мыслящие лягушки, не объективирующие и регистрирующие аппараты с холодно установленными потрохами, мы должны непрестанно рожать наши мысли из нашей боли и по-матерински придавать им все, что в нас есть...». См.: Ницше Ф. *Соч. в 2 тт.* Т. 1. М., 1990. С. 492–493.
- 5 Понятия *боли* и *болезни* в этой статье я использую как синонимы. Строго говоря, *болезнь* и *боль* — не одно и то же. Не всякая *боль* является патологией, и не всякая *болезнь* сопровождается *болью*. Более того, большинство тяжелых заболеваний протекают без *боли*, иногда даже вплоть до летального исхода. Различию *боли* и *болезни* посвящено немало литературы. В том числе в рамках феноменологии его провел Ж.-П. Сартр в *Бытии и Ничто*, где он разводит «чистую», невыразимую *боль* (*douleur*), *которой* в данный момент фактически и случайно существует тело и которую *я не знаю*, и *Боль* как психический, рефлексивный объект, или «психическое тело» (*mal*). В рефлексии *боли* я принимаю точку зрения Другого, перевожу *боль* к *Болезни*, так что Другой становится ответственным за *мою болезнь*. См.: Сартр Ж.-П. *Бытие и Ничто: Опыт феноменологической онтологии.* М., 2002. С. 351–357, 373–374. Однако синонимичное употребление понятий *боли* и *болезни* вызвано следующими соображениями. Во-первых, существует понятие *патологической боли*, или *боли-болезни*, введенное Рене Леришем. Патологическая *боль* — это *боль*, не прекращающаяся после того, как она выполнила сигнальную функцию в качестве «сторожевого пса здоровья», как говорили в Древней Греции. См.: Лериш Р. *Основы физиологической хирургии.* Л., 1961. Но поскольку сигнальная функция выполняется мгновенно, трудно провести границу между *болью* нормальной, «здоровой», и *патологической*. Сегодня эта граница все больше и больше сдвигается (медицинским знанием) в сторону патологизации *боли*. Во-вторых, любая *болезнь*, в том случае если она переживается как *болезнь*, а не только диагностирована медиками, то есть если она дана феноменологически, сопровождается либо физической, либо душевной *болью*. Наконец, опыт *боли* может служить наиболее выразительной экземплярной основой для проявления феномена *болезни*. «И как средневековая инквизиция, освященная церковью, сегодняшнее насилие над детьми освящается медицинской наукой — этой новой религией, приводящей человека в состояние хронического пациента» (Черепанин, Чилова).
- 6 Арьес Ф. *Человек перед лицом смерти.* М., 1992. Прекрасной смертью стала «смерть в неведении», смерть, «которая наименее заметна» (С. 482, 483). Смерть изгоняется, исключается, прячется от общественного внимания и личного переживания.
- 7 Фуко М. *Ненормальные: курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974–1975 учебном году.* СПб, 2004. С. 300–305.
- 8 Фуко М. *Забота о себе. История сексуальности.* III. Киев, М., 1998. С. 2.
- 9 Там же. С. 66.
- 10 Некоторые виды естественных *болей* все чаще смещаются в область патологического. Например, родовая *боль*. Родовая *боль* во многих культурах была составной частью родильного ритуала, женской инициации, ее смысл был в том, чтобы дать женщине состояться как женщине (Белоусова Е. А. *Родовая боль в антропологической перспективе* // <http://www.ruthenia.ru/folklor/belousova1.htm>).
- 12 Здесь необходимо уточнение. Естественно, всякое переживание *болевого* ощущения опосредовано наличной культурой, теми конструктами тела и *болезни*, которые в ней присутствуют. Важно, что сегодня это именно конструкты медицинского знания с присущими именно ему «мифами» *болезни* и *здоровья*.

- 13 Подорога В. *Эпоха Corpus' a?* // В кн.: Нанси Жан-Люк. М., 1999. С. 201.
- 14 По аналогии, например, с «экзистенциальной коммуникацией» К. Ясперса.
- 15 Михель Д. *Воплощенный человек. Западная культура, медицинский контроль и тело.* Саратов, 2000. С. 144–145.
- 16 В истории психологии есть и иные тематизации анестетики. В. Джеймс приводит примеры так называемого «анестетического откровения», ссылаясь на книгу Томаса Блюда *Анестетическое откровение и сущность философии* (В. Р. Blood. Амстердам, 1874). Анестетика здесь приобретает положительный смысл. «Отключение» чувств возвращает сознание к самому себе, в своем тождестве с бытием, к чистой непрерывности и чистой пассивности. См.: Джеймс В. *Многообразие религиозного опыта.* СПб., 1992. С. 310–314. В некотором отношении подобное «отключение» напоминает феноменологическую редукцию, «выключение естественной установки», в результате чего сознание получает доступ к чистым, трансцендентальным истокам. «Человек неожиданно обнаружил *ieshne* в своем сердце, в структуре желаний, в истоках мотивов». См.: Савчук В. *Конверсия искусства.* СПб., 2001. С. 29.
- 15 «В идеале каждому блоку (информации. — В. А.) необходима своя интонация, однако пафос скорости, родивший *клинированный режим* предъявления информации, купирует способность эмоционального реагирования. Интонация выравнивается. *Сообщение* окончательно утрачивает первоначальный смысл, отсылающий к глубине *сопереживания*, симпатического чувства и сакрального сожжения. Оно подменяется информацией. Становится дорогим товаром, который подается в яркой и удобной упаковке. Тотальная связанность актуального информационного пространства посредством кодов, удерживая *архивную*, разрушает память *архаическую*, опирающуюся на опыт *боли*, отчаяния, радости, встречи с сакральным» (курсив автора. — В. А.) (там же. С. 13).
- 19 Подорога В. Указ. соч. С. 200–202. Думаю, что экранирование *боли*, о котором пишет Подорога, надо воспринимать только как тенденцию современной медицины, может быть, действительно реализующую всецело в недалеком будущем. Пока же, как отмечают специалисты-медики, «на современном уровне развития медицинской науки и знаний о *боли* основой для интерпретации *боли* остаются субъективные факторы. Пока не удастся измерить (объективировать) *боль*, поэтому субъективность в ее интерпретации остается неизбежной». См.: Лохвицкий С. В., Махамбетчин М. М. *Степень болевого восприятия и интерпретация боли. Перспективы дальнейшего изучения* // <http://www.painstudy.ru/conf2002/lohvitski.htm>
- 20 Хабермас Ю. *Модерн — незавершенный проект* // Вопросы философии. 1992. № 4. С. 51.
- 21 Чучин-Русов А. Е. *Новый культурный ландшафт: постмодернизм или неопарханизм?* // Вопросы философии. 1999. № 4.
- 22 Хаксли О. О. *дивный новый мир* // <http://lib.ru/INOFANT/HAKSLI/mir.txt>
- 23 Тхвостов А. Ш. *Боль как семиотическая система* // Вестник Московского Университета. Сер. 14. Психология. 1993. № 1. С. 6.
- 24 Ярким образчиком такого противостояния могут послужить рассуждения А. Ф. Лосева как пациента: «Говорят, что насморк получается от простуды. Не знаю. Может быть, так. Но что сама простуда получается от плохого настроения, от какой-нибудь неприятности или несчастья — это я испытывал много раз. Обычно, когда начинают прогонять со службы, тут же и простужаешься. Бывает, что одновременно тут же вытнут кошелек в трамвае или начнет нарывать уколотый палец. Больше всего повредила в оценке этих восприятий наша традиционно абстрактно-метафизическая психология. Говорят, что психическое не занимает места, что оно непротяженно. Ну, как же это может быть? Я, да и всякий другой, совершенно отчетливо различаю *тупую* *боль* от *острой, режущую от колющей, ломоты от укола* и т. д., и т. д. Головная *боль* начинается в одном месте и ползет в другое. Она начинается, например, в затылке, потом поднимается к темени, переходит на лоб и затихает где-то в глубине глазных впадин. Скажут: надо отличать *ощущение* *боли* от соответствующего *физиологического* процесса. Ползет не ощущение, а соответствующий физиологический процесс. Хорошо, но что же болит у меня — *ощущение* *боли*, *раздражение* *боли* или еще что-нибудь? Конечно, не ощущение болит и не

- раздражение болит, а болит просто голова. И идет по голове не что иное, как *сама боль*» (курсив автора. — В. Л.) (Лосев А. Ф. *Мифология. Культура*. М., 1991. С. 80).
- 25 Тхвостов А. Ш. Указ. соч. С. 15.
- 26 Толстой А. Н. *Собр. соч. в 20 тт.* Т. 12. М., 1964. С. 82–83.
- 27 Фуко М. *Рождение клиники*. М., 1998. С. 287.
- 28 Толстой А. Н. Указ. соч. С. 90.
- 29 Morris, Devid B. *The Culture of Pain*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, London. 1993. P. 193.
- 30 См. материалы четырех российско–французских семинаров по психологическим аспектам помощи детям с заболеваниями с возможным летальным исходом (Российская детская клиническая больница 1999–2001) // <http://www.deti.msk.ru/seminar.htm>.
- 31 См., например: Rey, Roseline. *The History of Pain*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London. 1995.
- 32 Иванов В. *Дионис и прадионисийство*. СПб., 1994. С. 197–198. О склонности греков к страданиям и страданиях Диониса как исключительной теме греческой трагедии писал Ф. Ницше (см.: Ницше Ф. Указ. соч. С. 67, 93).
- 33 Morris, Devid. Op. cit. P. 51.
- 34 Ibid. P. 194–195.
- 35 Кундера М. *Бессмертие*. СПб., 2004. С. 230–231.
- 36 Делёз Ж. *Марсель Пруст и знаки*. СПб, 1999. С. 125.
- 37 Там же. С. 100.
- 38 Ницше Ф. Указ. соч. С. 495–496.
- 39 Толстой А. Указ. соч. С. 92.
- 40 См. об Океаносе: Гигерич В. *Выход из потока событий* // Митин журнал. 1992. № 43. С. 103–114. Суть концепции состоит в том, что «человек кровообращения» несет в себе консервативную, глубинную память тела, восходящую к тем мифическим временам, когда земля и человечество омывались и защищались первопотоком Океаносом. Появление организмов на суше привело к тому, что внешнее стало внутренним, в конечном итоге кровью, циркулирующей в организмах. «Интерриоризированное во внутрь течение Океаноса породило мысль о том, что каждый человек сам себе Океан, равноправный наследник его всеохватывающе-сцепляющей силы». См.: Савчук В. *Оковы Океаноса – граница рефлексии* // <http://anthropology.ru/ru/texts/savchuk/oceanos.html>.
- 41 Левинас Э. *Время и Другой. Гуманизм другого человека*. СПб., 1998. С. 68.
- 42 Сиоран. *Искушение существованием*. М., 2003. С. 386.
- 43 Там же. С. 384. Эту логику продолжает американский феноменолог Д. Ледер. С его точки зрения феноменологически невозможно прояснить здоровье как опыт изначальный. Здоровье понятно только вторично, на основе опыта боли, недомогания и т. п. — как избавления от болезни. Даже если учесть, что Мерло-Понти говорил о «Я могу» как об исходном опыте здоровья, то не становится ли нам очевидным опыт «Я могу» только на основе реального или возможного «Я не могу», немоготы? То, что мы и так можем, мы в повседневности не замечаем, но как только наши возможности ограничиваются, и мы чувствуем, что что-то не можем, тогда мы начинаем по-настоящему осознавать «Я могу». См. об этом: Юдин Б. Г. *Здоровье человека как проблема гуманитарного знания* // *Философия здоровья*. М., 2001. С. 70.
- 44 Вальденфельс Б. *Феномен чужого и его следы в классической греческой философии* // *Топос*. 2002. № 2 (7). С. 4–5.
- 45 Ницше Ф. Указ. соч. С. 643–644. Сартр называет этот феномен «анимизмом боли»: «Она дается как живое бытие, которое имеет свою форму, свою собственную длительность, свои привычки» (Сартр Ж.-П. Указ. соч. С. 355).
- 46 Тхвостов А. Ш. Указ. соч. С. 8–12.
- 47 Ортега-и-Гассет Х. *Человек и люди* /// [http://iwolga.narod.ru/ortega/ort\\_6.htm](http://iwolga.narod.ru/ortega/ort_6.htm) Человек и люди.
- 48 *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. University of California Press. Berkeley and Los Angeles, London. 1994. P. 7–8.
- 49 Сиоран. Указ. соч. С. 385.