

ВИТАЛИЙ ЛЕХЦИЕР

# Феноменологические основания медицинской антропологии<sup>1</sup>

**Поворот к опыту. Illness и Disease. Непроизвольное эпохе**

Современная медицинская антропология, рожденная на стыке философского, социологического, психиатрического и биоэтического дискурсов, в методологическом отношении далеко не однородна<sup>2</sup>. Вместе с тем ее феноменологические основания несомненны. Они не всегда эксплицитны, хотя концептуальные ссылки на Мерло-Понти, Хайдеггера, Шюца и даже на Гуссерля в работах Байрона Гуда, Артура Клеймана, Дэвида Морриса, Риты Шарон, Паула Бродвина, Линды Гарро, Мери-Джодель Веччио Гуд и других известных представителей данного трансдисциплинарного направления современной науки, в основном американской и европейской, всегда присутствуют. Но дело даже не в этих ссылках. Совершенно очевидно, что основной пафос медицинской антропологии, заключающийся в преодолении господствующего в последние столетия научного объективизма при трактовке болезни и организации новаторских исследований ее как фундаментального субъективного опыта, как сферы субъективных смыслов, наконец, как переживания, интегрированного в жизненный мир человека, в интерсубъективные связи,

<sup>1</sup> Статья подготовлена в рамках исследования, получившего грантовую поддержку (Президентский грант МД-333.2009.6).

<sup>2</sup> Концептуальный обзор методологического разнообразия медицинской антропологии и ее эволюции в XX веке см.: Good B.J. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective.* — New York: Cambridge University Press, 1994. — 242 p. Основными методологическими полюсами в обзоре Гуда выступают позитивизм и «интерпретативная эпистемология», между которыми располагаются различные подходы: «критический», «когнитивный», «семиотический», «смысло-центрированный», «этнографический», «кросс-культурные исследования болезни, здоровья и медицинского знания», компаративистика и т. д.

есть прошедшее довольно большую цепочку опосредований влияние гуссерлевской критики объективизма и феноменологического возвращения к трансцендентальной субъективности как конститутивному источнику смыслов.

Разумеется, все онтологические и эпистемологические контексты феноменологического возвращения к субъекту, к его переживанию в медицинской антропологии заменены или трансформированы в *антропологические*. В особенности язык трансцендентализма оказался для нее как науки эмпирической нерелевантен. «Трансцендентальный мотив», подвергшийся здесь психологизации, прямо соответствующей научно-практическому полю молодой науки, все же звучит в ее исследованиях — постольку, поскольку они основаны на методологической и аксиологической реабилитации субъективного опыта, структур сознания, жизненного мира. Кроме того, будем помнить весьма продуктивную для социальных наук методологическую позицию Щюца, позволившую ему применить гуссерлевские экспликации структур трансцендентального сознания к анализу повседневной жизни людей. Шюц не устал повторять, что «эмпирические социальные науки найдут свое подлинное основание не в трансцендентальной феноменологии, но в конститутивной феноменологии естественной установки», а тот факт, что гуссерлевский анализ «осуществлялся в феноменологически редуцированной сфере... не уменьшает достоверности их результатов в сфере естественной установки»<sup>3</sup>.

Исследовательский поворот к болезни как *опыту* закрепился в принципиальных терминологических различениях. Например, французская исследовательница Розалина Рэй в своем масштабном труде, посвященном истории представлений о боли различает *sufferre* и *doleo*. Первый обозначает личное переживание, само претерпевание, в процессе которого боль наделяется различными значениями, второй — может быть использован в конструкции с безличным субъектом, употребляться в безличной форме и обозначает определенный психофизиологический механизм, где психическое заранее истолковано как часть физического<sup>4</sup>.

Наиболее последовательно и систематично различие между болезнью как объективным явлением природы и болезнью как феноменом человеческой жизни, то есть реальным опытом болезни проводит американский медицинский антрополог Артур Клейнман в своей абсолютно новаторской книге «Нарративы болезни: страдание, лечение и человеческое состояние». Клейнман различает болезнь как *illness* и как *disease*<sup>5</sup>. Illness — это сфера субъективных (или даже коллективных, если иметь

<sup>3</sup> Щюц, А. Избранное: Мир, светящийся смыслом. — М., 2004. — С. 159–160.

<sup>4</sup> Rey, R. The History of Pain. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London. 1995. — P. 2.

<sup>5</sup> Kleinman, A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. — NY: Basic Books, 1988. — P. 14.

в виду семью больного, его окружение) реакций на появившиеся «симптомы», сфера их оценок, переживаний, эта сама жизнь больного в условиях нарушения функций и ограничения возможностей. Illness — это именно опыт болезни, опыт, включающий классификацию и объяснение страданий самими заболевшими, их опасения и надежды, самолечение, коррекцию поведения, в том числе и решение об обращении к врачу. Болезнь как illness предполагает личные проблемы, связанные с функционированием в обществе, утратой возможностей, неутешительными перспективами. Именно с жалобами на illness как на появившуюся жизненную проблему мы приходим к врачу и описываем illness на принятом в данной культуре языке. Однако у врача своя задача — перевести illness на язык disease, то есть на язык «патологии», теоретического обоснования возникших функциональных нарушений

Таким образом, врач сужает проблему, он отвлекается от всего экзистенциального и социального, что присутствует в illness и «истолковывает проблемы со здоровьем в соответствии с детальной номенклатурой и таксономией, медицинской нозологией, тем самым учреждая новую диагностическую единицу — саму патологию»<sup>6</sup>. Клейнман подчеркивает, что простой перевод illness в disease создает в процессе лечения потенциальную, а зачастую реальную конфликтную ситуацию. Клейнман настаивает на данной мысли, имея хронических больных, которые вынуждены продолжать жить со своими заболеваниями. Поскольку субъективный фактор, важнейший для опыта течения хронических заболеваний, частоты и продолжительности периодов обострений и ремиссий, полностью игнорируется в обычной медицинской практике, лечение становится неэффективным.

А. Клейнман говорит о том, что с точки зрения антропологии и клинической медицины, у болезни много значений и выделяет четыре контекста, которым они релевантны: болезнь как симптом (семиотика диагноза); культурный смысл болезни (взаимное отражение болезни и культуры); болезнь в жизненном мире человека; смыслы болезни, которые извлекают клиницисты из самоописаний пациентов. Особенно Клейнман останавливается именно на Lebenswelt, поскольку хроническая болезнь срастается с биографией, структурирует интересубъективные связи, превращает жизнь хроника в перманентную жизнь-в-интерпретации собственных состояний, осуществляемую посредством личного нарратива<sup>7</sup>.

Следует отметить тот факт, что у самих классиков феноменологической мысли нет самостоятельной темы феноменологии болезни. Более того, в своих дескрипциях они во многом исходили из опыта здорового человека, универсализируя именно его структуры. Так Гуссерль, в «Картезианских медитациях» обосновывая интересубъективность апелляцией

<sup>6</sup> Kleinman A. P. 5.

<sup>7</sup> Ibid. P. 30–55.

к опыту апперцепции Другого как чужой телесной плоти, как плоти alter ego, ссылается на «кинестетические ощущения», на кинестетическую сущность вариации, в результате которой достигается обратимость перспектив Здесь и Там (моей первичной сферы и первичной сферы Другого). Он пишет: «Я, благодаря свободному изменению своих двигательных ощущений, в особенности при ходьбе, могу так менять свое положение, что способен превратить любое Там в некоторое Здесь, т. е. могу телесно занять любое место в пространстве»<sup>8</sup>. Вот это «свободное изменение двигательных ощущений» — негласная кинестетическая предпосылка всей гуссерлевской конструкции опыта аппрезентации. Разумеется, это сильное утверждение, которое требует отдельного обоснования. Но ясно, что если изменение двигательных ощущений у человека не столь свободно или вообще невозможно, то подобные кинестетические неспособности (особенно врожденные), могут запереть человека в его Здесь, нарушить или сделать невозможной обратимость перспектив Здесь и Там и, стало быть, мы получим другую судьбу интерсубъективности, очевидно, не столь благополучную, как у здорового человека.

Те же самые вопросы можно отнести и к Шюцу, который синтезируя гуссерлевскую философию с учениями Вебера и Мида, полагал, что ядро реальности в переживании индивида составляет *мир в его досягаемости*. Это не только мидовская «зона манипулирования», но и вещи, доступные зрению и слуху. Наряду с миром, находящимся для индивида в актуальной досягаемости (*hic*), существует мир, как писал Шюц, в досягаемости потенциальной (*illic*). Две зоны потенциальности, коренящиеся в прошлом и будущем, Шюц вслед за Гуссерлем основывал на ретенции и протенции, а организованы они соответственно идеализацией «я могу сделать это снова» («мир в пределах восстановленной досягаемости») и идеализацией «и т. д. и т. п.» («мир в пределах достижимой досягаемости»)<sup>9</sup>. Однако, спрашивается: если мир больше никогда не может быть возвращен в прошлую зону досягаемости, если структура «я могу сделать это снова» больше не работает, причем необратимо не работает, если достижимое становится недостижимым, если априорный опыт «я могу» с самого начала оказывается вторичным по сравнению с априорным опытом «я не могу», если структура «и т. д. и т. п.» просто не всплывает в сознании человека, который знает, что никакого «и т. д.» у него нет и никогда не было, тот же ли это самый мир, общий мир, который мы все делим друг с другом?

Среди философов-феноменологов лишь Мерло-Понти уделял много внимания опыту болезни. В «Феноменологии восприятия» он разбирает довольно большое количество всякого рода психических и физиологических расстройств, включает психологические и медицинские данные о них

<sup>8</sup> Гуссерль Э. Собрание сочинений. Т. 4. Картезианские медитации. — М.: Дом интеллектуальной книги, 20017 — С. 104.

<sup>9</sup> Шюц А. Указ. соч. — С. 419.

в свою философию. Например, он детально останавливается на специфических двигательных нарушениях пациента Шнайдера (случай, описанный гештальтпсихологами и неврологами Гольдштейном и Гельбом), у которого возникали большие трудности с т. н. «абстрактным движением» (например, неспособность двигать по команде руками и ногами), при том, что конкретные действия, диктуемые той или иной житейской ситуацией, он выполнял совершенно нормально. Но Мерло-Понти привлекает данный материал исключительно для демонстрации своей генеральной идеи — обоснования того тезиса, что сознание «в своем истоке — это не „я мыслю“, а „я могу“»<sup>10</sup>, что «двигательная интенциональность» (или «двигательный проект», *Bewegungsentwurf*) первичней представления, что она снимает альтернативу сознание / тело, что телесная схема основана на теле феноменальном, а не объективном и т. д. Патологическое нарушение ряда телесных функций для Мерло-Понти есть та феноменологическая ситуация, в которой тело очевидным образом показывает себя как практическое бытие в мире, в конечном итоге как существование. Как пишет А. Савин: «Кинестетический опыт, выступающий предельным условием возможности конституирования, может быть дан взгляду только в результате задержки течения, неудачи в его ходе»<sup>11</sup>. Можно заметить, что Мерло-Понти в методологическом отношении поступает совершенно аналогично Хайдеггеру, для которого экзистенциал подручности обнаруживает себя лишь в момент пропажи какой-либо подручной вещи.

Подобная методологическая привилегированность негативных ситуаций (пропажа вещей, сбой двигательных функций и т. д.) отмечается некоторыми феноменологически ориентированными философами, занимающимися проблемами здоровья, телесности, болезни. Американский философ и специалист по биоэтике Дрю Ледер делает даже вывод о том, что феноменологически невозможно прояснить здоровье как опыт изначальный, здоровье понятно только на основе опыта боли, недомогания, всякое «я могу» становится видным только в ситуации «я не могу». То, что мы и так можем, мы в повседневности не замечаем, но как только наши возможности ограничиваются и мы чувствуем какую-либо *немоготу*, тогда мы начинаем по-настоящему осознавать «я могу»<sup>12</sup>. Здесь не место, конечно, втягиваться в спор о том, что первичней — «я могу» или «я не могу» — совершенно ясно, что ситуация «я не могу», как всякая ситуация, которая прерывает естественное течение жизни, выполняет роль *непроизвольного эпюхе*, делая видимыми конститутивные процессы.

Конечно, обращение к опыту больных у Мерло-Понти имеет не только методологический смысл, но и содержит ряд важных дескрипций пато-

<sup>10</sup> Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. — Спб., 1999. — С. 185.

<sup>11</sup> Савин А. Э. Трансцендентализм и историчность в феноменологии Гуссерля. — Ханты-Манскийск, 2008. — С. 89.

<sup>12</sup> Leder D. *The Absent Body*. — Chicago and London: University of Chicago Press, 2009. — p. 89.

логического опыта, которые должны учитываться в современных исследованиях. Несмотря на то, что феноменологи в своих дескрипциях опыта исходили из тех структур, которые адекватны здоровому человеку, они создали методологические рамки и стратегии, благодаря которым опыт болезни также становится доступным. Поэтому различные медицинские и социальные науки, имеющие дело с опытом в его патологическом модусе, находят в феноменологии свое обоснование. Пример тому — почтенная традиция феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа, возникшая благодаря психиатрической рецепции феноменологии<sup>13</sup>. Однако отличие современных исследований по медицинской антропологии, о которых идет речь в данной статье, от феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа, заключается в том, что последние проблематизировали опыт именно психически больного человека и окружающий его мир. Медицинская антропология в основном занята другой, соматической патологией и уже на этой экземплиаристской основе, аналитическими дескрипциями патологического опыта. Поэтому сопоставление конкретных результатов этих наук, например, выводов Эжена Минковского относительно пространственно-временной трансформации мира психопатологии и тезисов Байрона Гуда касательно трансформации жизненного мира пациента, страдающего мучительной хронической болью — дело отдельного исследования.

У медицинской антропологии были свои побудительные мотивы для возникновения. Ее прямым оппонентом (и провоцирующим поводом для поисков альтернативных подходов) является классическая биомедицина, по-прежнему объективирующая и натурализирующая соматическую болезнь, рассматривающая ее исключительно на основе принципов традиционных таксономий, тотально колонизирующая опыт страдания, в силу чего в биомедицине сегодня возникает целый пласт кризисных и тупиковых проблем, решению которых и призвана способствовать медицинская антропология.

### **Феноменология хронической боли**

Одной из таких ключевых антропологических проблем является проблема *хронической боли*. Хроническая боль, как считает американский ученый Дэвид Моррис, есть «скрытая эпидемия» нашей жизни, эпидемия, остающаяся в тени<sup>14</sup>. Проблема хронической боли, поставленная медиками в 70–80-х годах XX века, нашла соответствующее институциональное закрепление в созданных специализированных исследовательских центрах, отделениях и клиниках боли, появлении специалистов-альгологов.

<sup>13</sup> Власова О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы. — М.: Территория будущего, 2010. — 640 с.

<sup>14</sup> Morris D. B. *The Culture of Pain*. — Berkeley and Los Angeles; London: University of California Press, 1993. — P. 57.

К боли стали относиться не только как к симптому, но и как к *диагнозу*: «Боль уже нельзя представить в виде спутника, который вращается вокруг болезни, боль сама выдвигается в центр. Сама болезнь, подобно спутнику, начинает вращаться вокруг боли»<sup>15</sup>. Однако хроническая боль, которая в отличие от острой, может длиться месяцы и даже годы, будучи самым типичным заболеванием нашего времени, все же остается на полулегальном положении в самой медицине и общественном сознании: «Пациентов, страдающих от хронической боли, можно сравнить с душами умерших в поэзии Гомера, подобно им, они находятся в промежуточном состоянии: притом, что они чувствуют себя плохо, их не считают больными, в силу неочевидных проявлений их болезни»<sup>16</sup>. О том же пишет коллектив авторов известного сборника по медицинской антропологии «Боль как человеческое переживание», выпущенного по материалам ряда американских исследовательских программ: у хронической боли нет четкого медицинского статуса, определения, чаще всего говорится о «психогенной боли». Поэтому хроническая боль только частично узаконена в качестве болезни. У нее нет определенных диагностических критериев, определенного физиологического течения или результата. Именно поэтому стали важны социальные и психологические детерминанты хронической боли. Особенно подчеркивается влияние межличностных отношений (внутри коллектива на работе, внутрисемейных) на характер этой патологии. И именно поэтому данная тема признана учеными в качестве привилегированной для медицинской антропологии<sup>17</sup>.

Ее значимость возрастает также в связи с тем обстоятельством, что в междисциплинарных исследованиях боли и болезни, как и в философии медицины в целом, происходит пересмотр так называемой «парадигмы лечебного случая» — с идеала *«restitutio ad integrum»* (возвращения организма к состоянию до заболевания), характерного для легкого заболевания (например, зубной боли или простуды), к случаю *хронической* болезни, где такой возврат невозможен<sup>18</sup>. А также в связи с эвристичным и глобальным осмыслением современной эпохи как «общества ремиссии» (*remission society*). Этот термин ввел в науку Артур Франк, американский социолог и медантрополог, сам перенесший тяжелый недуг. Термин означает, что современное общество с точки зрения эволюции патологии достигло такого состояния, когда благодаря прогрессу медицины границы между болезнью и здоровьем фактически разрушены, так что обычная дихотомическая формулировка здоровья как нормы и болезни как отклонения от нормы поставлена под вопрос<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> Morris, D... — P. 75

<sup>16</sup> Ibid. — P. 67.

<sup>17</sup> Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. — Berkeley and Los Angeles; London: University of California Press, 1994. — P. 6–7.

<sup>18</sup> Дернер К. Хороший врач. — М., 2006. — С. 162–186.

<sup>19</sup> Frank A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. — Chicago: University Of Chicago Press, 1997. — P. 8. Лиза Дитрих, комментируя книгу Франка, пишет: «Раньше паци-

Эпидемия хронической боли носит скрытый характер, потому что, как отмечает Моррис, это заболевание не смертельно, слишком банально, оно воспринимается человеком гораздо менее драматично, к нему не приковано внимание СМИ, по нему почти не публикуют статистических данных. Людей, страдающих от данного заболевания, часто подозревают в симуляции. Человек вынужден примиряться с существованием хронической боли, в силу чего она еще трудней поддается лечению. Она часто не выполняет никакую биологическую функцию, но, появившись, превращает жизнь человека в настоящий ад.

Отличие между острой болью и хронической не только количественное, и это не только вопрос медицинских таксономий, хотя и крайне важный, поскольку предполагает переворот в отношении к боли. Это отличие *экзистенциальное*. Именно хроническая боль как невыносимая *патология* вызывает серьезные экзистенциальные мутации: «Испытывая острую боль, которая менее загадочна для нас, мы не погружаемся в мрачные мысли. Мы знаем, что нас ждет, и когда боль постепенно ослабевает, мы, на самом деле, убеждаемся, что наши ожидания оправдались. Хроническая же боль разрушает все наши сложившиеся представления о мире. Она буквально мертвой хваткой вцепляется в нас и постоянно обманывает все наши надежды на постепенное улучшение. В конечном счете, мы попадаем в мир полный тревог, где, как отметила Эмили Диккенсон, время будто остановилось»<sup>20</sup>. «Язык» острой боли — это крик, «язык» боли хронической — молчание. Крик вызывает к помощи, учреждая интересубъективные связи, сообщества. Молчание порождает замкнутое пространство, изоляцию, делая невозможным общение и взаимопонимание. Моррис, таким образом, довольно чутко описывает феноменологические трансформации жизненного мира пациента, страдающего хронической болью.

Развивая феноменологическую дескрипцию болевого опыта, Моррис совершенно справедливо отмечает еще два обстоятельства. Во-первых, *боль и смысл* связаны необходимым образом, поскольку боль «не просто прерывает наше здоровье или наши нормальные чувства.... Мы хотим знать, что значат все эти мучения в нашем теле, все эти нарушения нашего персонального космоса — к чему они ведут? Что они означают?»<sup>21</sup>.

Итак, боль является как проблема, как вопрос о ее смысле. Правда, не всякая боль. Из повседневного опыта мы знаем, что часто боль переживается как что-то незначительное, ничего не значащее, бессмысленное, тривиальное, о чем не стоит задумываться. Собственно таков *фоновый* опыт

енты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся *в и вне* состояния ремиссии. Тело пребывает терзаемое болезнью или ее предзнаменованием. Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями». —Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. —Minnesota: University Of Minnesota Press, 2007. — P. 3.

<sup>20</sup> Morris, D... — P. 71.

<sup>21</sup> Ibid. — P. 31.



боли до тех пор, пока она мала, слаба, скоротечна и носит исчезающий характер. Но лишь боль задерживается или снова и снова возвращается, или усиливается, с трудом поддается лечению или не поддается ему вовсе — а именно это состояние боли, думаю, имеет феноменологический статус, то есть создает ситуацию, в которой боль сама себя показывает — отношение к боли меняется, и она ставит перед нами настоящий вопрос.

Проблематичный характер боли наиболее очевиден тогда, когда медицина оказывается бессильна. Тогда научные значения боли, устанавливаемые в кабинете врача, больше не удовлетворяют. Кабинет врача как топос герменевтики боли, вытеснившей другие ее разновидности (например, моральную и религиозную), утрачивает свое привилегированное положение.

Но боль не просто приходит как вопрос. Она, и это очередная ее феноменологическая характеристика, выделяемая Моррисом, принудительно *требует* объяснения, дает приказ к поиску ее смысла. Вопросы, которые время от времени встают перед нами, бывают разные по своему онтологическому статусу. По большей части, ответы на которые они рассчитывают, находятся в сфере нашего произвола. Если не по содержанию, то по перформативному измерению. Проще говоря, само движение в направлении ответа на вопрос, само обращение за ответом, поворот внимания, фиксация на ответе не обязательно находятся в сфере необходимости. Боль — вопрос, ответ на который неотвратим, необходимо принудителен. Это обстоятельство также важно, поскольку создает неизбежное вопрос-ответное короткое замыкание, взрыв семиотической активности, эксклюзивную когнитивную ситуацию, где вся методическая (произвольная) мощь *sogito*, срабатывающая в иных случаях, *всегда уже* перехвачена его не снимаемой страдательной, произвольной, респонзивной природой.

Боль может переживаться, как локализованная в конкретных органах, и как подвижная, живая субстанция, перемещающаяся по телу. Боль также переживается как «знак», должный нам сообщить о чем-то существенном помимо нее. Все «естественные» ощущения на самом деле опосредованы соответствующими культурными конструктами болезни и здоровья<sup>22</sup>. Даже характер жалоб зависит от господствующего типа медицинского знания. Однако, несмотря на историко-культурную опосредованность характера и содержания вопрошания, вызванного болью, сама неумолимость, неизбежность его абсолютно онтологична. Боль с необходимостью повергает человека в подвешенное состояние вопросительности, переводит его существование в бытие-под-вопросом, поскольку «только бы боль утихла».<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Mattingly Ch., C. Garo L. Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing / Cheru Mattingly, Linda C. Garo. — Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2000. — 217 p.

<sup>23</sup> Ср.: Стратановский С. Тьма дневная. Стихи девяностых годов. — М.: Новое литературное обозрение, 2000. — С. 148.

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 наших времен научной этиологии болезней и теорий патогенеза.

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. С одной стороны, в опыте боли мы *теряем себя*, ускользаем от себя в бездну, готовую нас поглотить. Мы как бы уходим в боль, *умираем* от боли, она *накатывает и захватывает* нас врасплох. Крайней точкой такого опыта является *болевого шок* — полное отключение 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. Держание боли (способность ее выдержать) есть опыт радикальной индивидуации. 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>24</sup>. Показательно, что оба противоположенных вектора переживания боли мы находим в многочисленных нарративах и самоописаниях, создаваемых пациентами и изучаемых в нарративной психологии и медицине<sup>25</sup>.

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 Б. Вальденфельс: это смысл обладания и чужеродности<sup>26</sup>. Нечто во мне (телесное или психическое) перестает быть управляемым, 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. Подобный, по Сартру, «анимизм боли», когда «она дается как живое бытие, которое имеет свою собственную длительность, свои привыч-

<sup>24</sup> Сиоран Э. М. Испытание существованием / Эмиль Мишель Сиоран. — М.: Палимпсест, 2003. — С. 386.

<sup>25</sup> См., например: *Stories matter. The role of narrative in medical ethics*, NY, London: Routledge. Taylor and Francis Group, 2002. — 242 p.; Frank, Artur W. *At the Will of the Body. Reflections on illness*. Boston, New York: Houghton Mifflin Company, 2002. — 158 p.

<sup>26</sup> Вальденфельс Б. Феномен чужого и его следы в классической греческой философии / Бернхард Вальденфельс // *Топос*. — 2002. — № 2 (7). — С. 4, 5.

ки»<sup>27</sup>, есть также практически во всех автонарративах пациентов. Неслучайно представления о том, что все болезни сваливаются на нас извне восходит к глубокой архаике<sup>28</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.

С другой стороны, опыт боли как *само-чувствие* открывает мне меня самого: открывает мою плоть и мое существование в целом. Это *моя* боль. Она непереносима ни на кого другого. Отсюда, между прочим, проистекает феномен привязанности человека к своим болячкам. В качестве насильственной индивидуации 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 может переработать, переоформить боль, но он не может ее устранить и сделать тем, чего можно было бы избежать<sup>29</sup>. Именно поэтому несмотря на то, что существует «болевое поведение», боль как «языковая игра», о чем любили говорить представители аналитической традиции (напр., Витгенштейн, Райл), опыт боли остается последним форпостом подлинного, в силу чего оказывается востребованным в частности современным акционистским искусством, ориентированным на критику симуляций и поиск островков реального, аутентичного контакта с миром и самим собой<sup>30</sup>.

Хроническая боль трансформирует жизненный мир человека. Сошлюсь на исследование, которое провел в начале 90-х гг. Байрон Гуд, профессор медицинской антропологии Гарвардской Медицинской Школы. Это четырехчасовое интервью у 28-летнего пациента, Брайана, всю жизнь страдающего хронической болью (официальный диагноз — ТОН, темпоромандибулярное объединенное нарушение)<sup>31</sup>. На интервью Брайан пришел с отцом, поскольку с трудом ходил. И ученый услышал поразительную историю жизни с болью, изменившей всю биографию человека, болью, значение которой человек изо всех сил пытался разгадать и выразить словами. В своем рассказе Брайан попытался обрисовать боль, придать ей форму, понять ее происхождение, придать своей жизни смысл. Он все время воспроизводил опыт анимизма боли и опыт ее амбивалентности, отчуждения от самого себя и одновременно индивидуации.

<sup>27</sup> Сартр, Ж.-П. Бытие и Ничто: Опыт феноменологической онтологии. М.: ТЕРРА — Книжный клуб; Республика, 2002. — С. 355.

<sup>28</sup> Тхвостов А. Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология, 1993. № 1. — С. 8–12.

<sup>29</sup> Pain as Human Experience... — P. 7–8.

<sup>30</sup> Например, основанные на саморанении или взаимном насилии перформансы «венских акционистов» (Отто Мюля, Гюнтера Брюса, Германа Ницша), Марины Абрамович, Вали Экспорт, Олега Кулика, Александра Бренера и др.

<sup>31</sup> Pain as Human Experience... — P. 29.

Опуская подробности, остановлюсь на выводе антрополога: мир людей с хронической болью устроен иначе, его не может до конца познать обычный человек — этот мир несообщаем, неразделяем (это не интерсубъективный, то есть не общий с другими мир). Пациенты чувствуют, что живут в мире, не похожем на мир других людей. Они стараются «сдерживать боль», поскольку им могут не поверить, ведь нет объективных средств измерения боли: «Боль сопротивляется объективации посредством стандартного медицинского тестирования; нет никаких способов измерения боли, биохимических анализов боли. Она сопротивляется *локализации*; поиски очага хронической боли, как правило, ни к и чему не приводят, несмотря на все достижения науки и техники; почти все хирургические попытки ампутировать болезненные участки приводят к образованию новых участков»<sup>32</sup>.

Б. Гуд ссылается на понятие *мира* в феноменологии (которое для краткости сформулируем как *взаимосвязь значений*) и прежде всего на представление о множественности миров, сформулированное Шюцем: мир повседневности (*Lebenswelt*), сна, фантазии, науки, искусства, религиозного опыта и т. п. Гуд на этом фоне выделяет еще один мир: «мир хронической боли»<sup>33</sup>. Он противостоит повседневности, всем его конститутивным структурам. Так для повседневного жизненного мира свойственны, по Шюцу: 1) целостность субъекта, здесь человек хозяин своего тела, своих поступков, он действует через свое тело, постигает и воздействует на мир. Но в мире Брайана нет такого субъекта: «...тело становится для человека врагом номер один. „Считаю его своим противником, своим врагом“, — говорит Брайан относительно своего тела. „Мое тело отказывается мне повиноваться. Оно часто выходит из-под контроля...я чувствую, будто мой ум отделен от тела. Я не чувствую никакой целостности...“»<sup>34</sup>. 2) Жизненный мир — это мир работы. Но у Брайана мир работы разрушается, работа — сплошной нервный срыв, он не может работать. 3) Жизненный мир — это мир, в котором, по Шюцу, наше личное восприятие времени, «внутреннее время» синхронизируется с внешним, организованным социально, общим временем. Для Брайана из-за всеобъемлющей боли внутренне и внешнее время рассинхронизировались: «...приходишь домой и не знаешь, день сейчас или ночь. Даже если часы под руками»<sup>35</sup>. Время искажается у хронического больного. Он теряет «чувство времени», перестает различать разные временные отрезки, прошлое и настоящее перемешиваются. Внутреннее время замедляется, а внешнее утекает быстро, утрачивается. Страдающий хронической болью замкнут, а не открыт, модифицируется фундаментальная структура бытие-в-мире. Хроническая боль замыкает понимание исключитель-

<sup>32</sup> Ibid.—Р. 39–40.

<sup>33</sup> Ibid.—Р. 37.

<sup>34</sup> Ibid.—Р. 37.

<sup>35</sup> Pain as Human Experience...—Р. 40.

но на самопонимание, на самоотнесенность. Поскольку боль занимает место пространства и времени (чувство боли вытесняет все другие чувства), она перекрывает доступ к внешнему миру, разрушает мир и угрожает распадом мира внутреннего.

Хронический больной, хочет доминировать над болезнью посредством знания ее имен, ему жизненно важно знать причину его недуга. Брайан до 24 лет считал, что у него психологическая проблема — депрессия, стресс, беспокойство, в 24 года он узнал имя физическое — ТОН, и стал по иному трактовать проблемы, преследующие его с детского возраста. Однако, после того, как ни один симптом не исчез, он снова впал в отчаяние и уже не знал, что первично у него, психическое или физическое расстройство. Он запутался в этом разделении телесного и ментального. Это повлекло утрату надежды на исцеление. «Назвать причину боли значит уже наполовину решить проблему... значит сделать важнейший шаг в воссоздании мира пациента»<sup>36</sup>. Пациенту важно решить, является ли боль неотъемлемой частью человеческой сущности или обычным телесным ощущением, можно ли ее отделить от самости как субъекта? От ответа на эти вопросы зависит становление личности, ее отношение к собственному страданию, способ претерпевания боли, зависит и ее включенность в то или иное сообщество себе подобных, идентификация и получение новых возможностей, надежды, зависит и отношение окружающих к пациенту.

Итак, антропологические и в конечном итоге практические (клинические) следствия целого ряда ключевых идей, выдвинутых феноменологами, даже если в своей антропологической и психологизирующей трактовке эти идеи подверглись некоторым искажениям, — огромный исторический плюс феноменологии. Заинтересованная и многообещающая в плане лечебных практик рецепция феноменологических идей медицинской антропологией говорит о феноменологии как философской дисциплине, имеющей большой практический потенциал, дисциплине, явившейся предвестницей постметафизической философии, ориентированной на целенаправленный «практический поворот»<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> Ibid. — P. 45.

<sup>37</sup> Ср.: Борисов Е., Инишев И., Фурс В. Практический поворот в постметафизической философии. Т. 1. — Вильнюс: ЕГУ, 2008. — 212 с.