

## РЕФЕРАТЫ

Дж. Бурк

**ИСТОРИЯ БОЛИ: ОТ МОЛИТВЫ ДО БОЛЕУТОЛЯЮЩИХ**  
Реф. кн.: Bourke J. The Story of Pain: From Prayer to Painkillers. –  
Oxford: Oxford univ. press, 2014. – 416 p.

*Ключевые слова:* болевое ощущение; болевое поведение; культурная история; ретроспекция.

Джоанна Бурк – известный британский историк и культуролог, профессор кафедры истории, классицизма и археологии Колледжа Биркбек Лондонского университета, автор более 10 монографий. В последние годы Дж. Бурк активно занимается исследованием культурно-исторической специфики эмоций и ощущений. Реферируемая работа посвящена исследованию болевого ощущения. Автор рассматривает вопрос о том, как субъективный опыт переживания боли опосредуется социокультурной средой, которая диктует правила и нормы болевого поведения и навязывает способы осмысления и словесной передачи этого опыта.

Работа состоит из введения и восьми глав.

Во введении автор задается вопросом о том, что представляет собой боль. Дж. Бурк указывает на многозначность самого термина и возможность его применения к широкому спектру телесных состояний: от поцарапанного колена до камней в почках. Она ссылается на известного английского врача Питера Латема, который писал о том, что «боль принимает много облиций» (с. 1), и болью следует считать все то, что называет ею сам страдалец. Этот подход, как подчеркивает автор, оказался «высокопродуктивным» (с. 3) в исторических исследованиях боли, поскольку он позволяет реконструировать представления о страданиях, свойственные предыдущим поколениям, не навязывая им единственно

возможного, правильного толкования болевого ощущения. Он позволяет нам исследовать то, как понятие «боль» менялось с течением времени, как оно конструировалось в теологических, клинических и психологических дискурсах.

Автор предостерегает читателя от трактовки боли как сущности и предлагает другую ее интерпретацию – «боль как тип события» (с. 5). Дж. Бурк поясняет, что боль является одним из повторяющихся в нашей жизни событий, которое участвует в нашем конституировании себя и другого. Событие обозначается термином «боль», если оно определяется как таковое человеком, испытывающим это состояние. Человек становится человеком, испытывающим боль, или превращает себя в такового посредством процесса номинации.

Автор обращается к вопросу о том, откуда люди могут знать, что именно называть болью, если она представляет собой сугубо частный опыт. В связи с этим она ссылается на «Философские исследования» Л. Виттгенштейна, в которых автор показывает, как происходит научение культурному опыту боли, когда взрослые объясняют поранившемуся и плачущему ребенку, каким словом следует обозначать испытываемое им состояние. Тем самым ребенок обучается болевому поведению.

Автор особо подчеркивает, что термином «боль» описывается то, как мы переживаем определенное состояние, а не само состояние. Например, когда мы говорим, что у нас болит зуб, боль не является свойством зуба, а представляет собой наш способ восприятия этого зуба. Иными словами, «боль не есть неотъемлемое свойство чистого ощущения; она есть способ восприятия опыта» (с. 7). «Боль есть модус восприятия; это не сама травма или болевой стимул, а то, как мы оцениваем травму или стимул. Боль есть способ бытия в мире или способ номинации события» (с. 8).

Будучи типом события, боль представляет собой действие. Люди производят боль разными способами. Бурк называет боль контекстуально обусловленным событием. В разных ситуациях так называемый болевой стимул может послужить источником страдания (ситуация телесного наказания) или удовольствия (мазохизм). Кроме того, не существует прямой зависимости между интенсивностью воздействия на тело и степенью испытываемого страдания; испытывает ли человек «боль» или просто «давление», зависит от его ожиданий.

Дж. Бурк указывает на ряд преимуществ, которые дает трактовка боли как события. Во-первых, она позволяет учитывать любое описание боли как валидное, не отдавая предпочтения одному исторически специфичному значению термина «боль» перед другим. Определение боли как «типа события» нейтрально по отношению к «истинностной ценности» любого философского или научного определения. Онтология боли никогда не бывает неизменной. Автор напоминает нам о том, что научная практика всегда есть социальное действие. Определение характеристик боли требует усилий философов, ученых, клиницистов и историков. «Мы изобретаем, а не открываем боль» (с. 12).

Второе преимущество заключается в том, что предлагаемый подход позволяет интерпретировать боль как исторически сложное событие. Опыт боли есть многоаспектное сенсорное, когнитивное, аффективное, мотивационное и временное явление. Люди воспринимают боль сквозь призму всего своего жизненного опыта, включая физиологические и эмоциональные состояния, когнитивные установки и статус, который они имеют в различных сообществах.

Боль существует исключительно в акте ее оценки. Она имеет свойство «принадлежности мне» («mine-ness») (с. 15). Опыт боли – это не то, что происходит, не то, что вторгается в человека извне. Это событие в том смысле, что люди активно конструируют его сенсорно, когнитивно и мотивационно. Интерпретация боли как «типа события» позволяет нам разграничить болевую ситуацию и болевой опыт: вполне возможно находиться в болевой ситуации, не испытывая при этом боли, и, напротив, испытывать боль, не находясь при этом в болевой ситуации. Боль, подчеркивает Дж. Бурк, может ощущаться по-разному, в зависимости от приписываемого ей значения. Кроме того, люди интерпретируют свою боль не как самостоятельные, изолированные, независимые телесные существа, но во взаимодействии с другими телесными существами в определенных социальных условиях. Большое значение имеют, по убеждению автора, когнитивные факторы. Есть большая разница между интерпретацией боли как проникновения в тело разъяренного божества, дисбаланса в приливе и оттоке жизненных соков, наказания за несправедную жизнь или вторжения микробов. Язык и тело не могут изучаться в отрыве от своего культурного контекста. Тело – это не просто сенсорный индикатор. Оно не просто регистрирует возникающее ощущение, но и немедленно оценивает его

как неприятное и вызывающее страх или негодование. «Тело никогда не является чистой сомой: оно создается в социальном, когнитивном и метафорическом мирах» (с. 17).

Третье преимущество предлагаемого им подхода автор видит в том, что боль рассматривается как явление социальное. По убеждению автора, не существует такого явления, как частное болевое событие. С самого момента рождения человек посвящается в культуру боли. Получив представление о том, что такое болевое событие, посредством языка, мимики и жестов, человек учится тому, как следует реагировать на боль. Эти коммуникативные акты являются нормативными. Они не просто фиксируют разные способы, которыми люди реагируют на страдание, но заключают в себе скрытые указания на то, как следует себя вести. Человек, испытывающий боль, подчиняется этим указаниям вследствие множества причин, большая часть которых им не осознается. Правильное поведение вызовет желаемый отклик и позволит получить необходимую медицинскую помощь, заботу и сочувствие. Неудивительно, что социальные нормы, предписываемые для выражения боли, всегда различались в зависимости от пола, классовой принадлежности, рода занятий и возраста «страдальца». Они претерпевали изменения с течением времени по мере того, как люди, испытывающие боль, творчески исполняли болевой акт. В этом смысле боль можно рассматривать как «усвоенную экзегезу» (*learned exegesis*) (с. 18). «Физиологическое тело является активным репозиториумом социальных и политических смыслов» (с. 18), и опыт боли всегда социален.

Четвертым преимуществом автор считает то, что в его подходе социальное соединяется с физиологическим. Акт номинации влияет на телесные реакции. Другими словами, «тело испытывающее боль, – это не просто сущность, которая ожидает социальных предписаний (что подразумевает метафора “тело как текст”), но активная действующая сила, которая созидает боль и, в свою очередь, созидается ею» (с. 19–20). При постоянном повторении одного и того же наименования боли возникает ответная реакция со стороны физиологического тела. Образные языки могут влиять на вегетативное возбуждение, реакции со стороны сердечно-сосудистой системы и сенсомоторные действия. «Номинация может подсказывать телу, как реагировать» (с. 20). Этот феномен получил название «ретроекция». Автор поясняет, что ретроекция –

это процесс, в ходе которого метафоры, телесные образы и символы начинают ощущаться внутри тела.

Тело, язык и культурная модель находятся во взаимодействии, вступая в динамические взаимоотношения. Любое изменение в одном из этих компонентов неизбежно повлечет за собой изменения в других.

И наконец, модель боли как события разрушает дихотомию «тело – разум», стирая границу между физическим и душевным страданием. «Язык участвует в диалоге с физиологическими телами и социальным окружением» (с. 22).

Автор подчеркивает, что при исследовании проблемы боли он опирался главным образом на вербальные репрезентации болевого ощущения, полагая, что язык, к которому прибегают люди, испытывающие боль, может много сказать об испытываемых ими ощущениях. Автор работает с британскими и американскими текстами, датируемыми периодом с 60-х годов XVIII в. до настоящего времени. Он ставит перед собой задачу определить, может ли изучение способов вербализации боли свидетельствовать об исторических изменениях в ее переживании.

В главе второй работы, озаглавленной «Отстраненность» (Estrangement), Дж. Бурк исследует факторы, препятствующие коммуникации болевого опыта. Она подчеркивает, что большинство чувственных состояний с трудом поддается вербализации, и боль является лишь одним из них, хотя и следует признать ее особую «резистентность» к коммуникации. Рассматривая причины этого явления, автор заявляет, что боль отчуждает страдальца от его собственного тела. Существует разрыв между «я» и «моим телом, испытывающим боль». Боль начинает восприниматься как «предательство» тела. Экстремальная боль часто вынуждает человека искать уединения, что также не способствует ее выводу в речь. Кроме того, она канализирует внимание человека и лишает его возможности полноценного взаимодействия, в том числе и вербального, с внешним миром. Важным признается и то обстоятельство, что попытки сообщить о боли напоминают человеку о том, какие страдания он испытывает, превращая его в «свидетеля собственной агонии» (с. 34). Человек может избегать разговоров о своем ощущении и потому, что он хочет оградить близких ему людей от собственных страданий. Замечено, что рассказ об испытываемой боли способен вызвать болевой отклик у слушателя. Ав-

тор предлагает три объяснения этому феномену: 1) рассказ вызывает воспоминания о собственном пережитом опыте боли; 2) он может расстроить слушателя, который силой своего воображения вызывает у себя аналогичные ощущения; 3) эмпатия запускает нейронные процессы и приводит к тому, что в сознании слушателя происходит симуляция болевого ощущения.

Автор отмечает также, что «коммуникации» болевого опыта препятствуют три дополнительных обстоятельства: 1) болевая ситуация может показаться человеку унижительной, особенно в случае заболеваний, на которых лежит «социальная стигма» (СПИД, рак, сифилис и т.п.); 2) попытки сообщить о боли могут рассматриваться как обвинение в недостаточной и неправильной медицинской помощи либо уходе; 3) они могут вызвать нежелательный отклик со стороны свидетелей.

Одновременно с этим автор подчеркивает, что попытки коммуникации болевого опыта могут служить средством создания и консолидации сообществ. Люди, испытывающие боль, проживают свои страдания в общем пространстве – в кругу семьи, в больницах, клиниках и хосписах. Боль может объединять людей. Автор упоминает в связи с этим феномен кувады – испытываемых мужем схваткообразных болей во время родов его жены. Кувада, по мнению Дж. Бурк, способствует объединению семьи и счастливой совместной жизни. В ХХI в. развитию особых «болевого сообществ» в значительной степени способствовал Интернет. Благодаря таким сообществам человек обретает особый болевой язык и получает возможность поделиться своим опытом с понимающими и сочувствующими им людьми.

Глава третья работы озаглавлена «Метафора» и посвящена исследованию образных средств номинации болевого ощущения.

По утверждению автора, коммуникация боли перестает быть «безнадежным мероприятием» (с. 54) благодаря тому, что человек имеет возможность использовать образные языковые средства. Язык боли «пронизан метафорами, сравнениями, метонимиями и аналогиями» (с. 53), источником которых служит социокультурная среда.

Автор поясняет, что под «образными средствами» он имеет в виду «риторические фигуры речи, которые используют ассоциацию или сходство, как, например, в аналогии между двумя вещами (“pain gnawed at his stomach” – букв. “боль грызла ему желудок”), сравнении (“the pain felt like a rat, gnawing his stomach” – букв.

“боль была словно крыса, грызущая его желудок”) и метонимии (“the gnawing continued” – букв. “грызение продолжалось”))» (с. 54). В дальнейшем автор обозначает все эти фигуры речи общим термином «метафора». Ссылаясь на Р. Гиббса, автор напоминает, что метафора не просто служит украшением речи, но является механизмом мышления, позволяющим осмыслять абстрактное через конкретное. Автор подчеркивает, что метафорические концепты возникают из опыта телесного взаимодействия с окружающей средой, которое включает в себя как минимум два компонента: физическое взаимодействие с объектами и социальное взаимодействие с другими людьми. По убеждению автора, культура участвует в создании не только метафорических систем, но и самого физиологического тела. Именно поэтому анализ образных средств выражения болевого ощущения в источниках разных периодов позволяет выявить не только то, как люди обозначали, но и как они действительно переживали боль.

Метафоры, по мнению автора, оказываются особенно полезны в ситуациях, когда человек пытается передать опыт, «сопротивляющийся выражению» (resistant to expression) (с. 55). Так, метафорически связывая боль с воздействием на тело некоторого предмета, человек получает возможность передать хотя бы некоторые компоненты своего трудно выразимого ощущения (например, «it feels as if there’s a nail sticking into the bottom of my foot» – букв. «такое ощущение, будто мне в стопу воткнулся гвоздь») (с. 55). Принципиально важным автор считает то обстоятельство, что с помощью метафоры, выносящей ощущение во внешний мир, человек пытается упорядочить собственный телесный опыт. Метафора помогает ему понять боль, справиться с ней и сообщить о ней собеседнику.

Автор переходит к рассмотрению групп метафор, регулярно используемых в нарративах болевых ощущений. Автор заявляет, что любые телесные события, включая болевой опыт, «испытывают пределы конвенционального языка» (с. 59). Их описания являются результатом изобретательства и экспериментирования. Примером тому служат контексты типа «the pain was like a bowl of Screaming Yellow Zonkers popping hard behind my forehead». В данном описании фигурирует название продукта, который выпускался в 60-х годах XX в. и представлял собой попкорн в желтой глазури, и головная боль описывается буквально как «миска попкорна, который

взрывается у меня за лбом». Другими примерами окказиональных авторских метафор являются: «a family of snakes squirming in my buttocks» (букв. «семейство змей, извивающихся у меня в ягодицах»), «like a demand from Her Majesty's Inspector of Taxes» (букв. «как требование налогового инспектора Ее Королевского Величества»), «my back hurt so bad I felt like I had a large grapefruit down about the curve of the back» (букв. «спина болела так сильно, словно у меня на изгибе спины был большой грейпфрут»). Такие описания, по наблюдению автора, наиболее характерны для художественной литературы и поэзии, но встречаются и в повседневной устной речи.

Наряду с окказиональными образованиями существуют устойчиво повторяющиеся описания, основанные на одном и том же наборе метафор. Автор описывает четыре основные группы метафор.

Первая из них основана на приеме олицетворения. Боль воспринимается и описывается как нападающий на тело враг, чьи атаки могут быть отбиты («masculine foe» – букв. «враг мужского пола») (с. 60).

Второй «важной метафорой» (с. 62) автор называет такой тип концептуализации, при котором боль воспринимается как «вещь-в-себе», способная разрушать целостность тела. В данном случае боль осмысливается по аналогии: «Это нож, который режет, собака, которая кусает, огонь, который обжигает» (с. 62).

Третью группу в классификации автора составляют температурные метафоры. Боль, по ее наблюдению, отождествляется с жаром: она есть огонь или солнце, она «обжигает», «жжет», «испепеляет». Температурная метафора может манифестироваться такими лексическими единицами и их сочетаниями, как «fire» («огонь»), «smoke» («дымиться»), «scorch» («обжигать»), «red-hot lava» («раскаленная докрасна лава»), «hot lead» («горячий свинец»), «hot stove» («горячая печь») (65).

Четвертую группу составляют метафоры веса или цвета. Боль описывается как «тяжесть», как вспышка красного или багрового света.

Все вышеописанные метафоры являются универсальными средствами концептуализации болевого ощущения, сохраняющимися на протяжении многих столетий. В то же время автор обращает наше внимание на то, что метафорика боли со временем может претерпевать изменения. Эти изменения, по мнению автора,



объясняются действием трех основных факторов: 1) изменений в представлениях о физиологии тела; 2) изменений в окружающей человека среде; 3) смены идеологических установок.

Автор описывает и случаи упадка метафор, связывая этот процесс с действием нескольких факторов. Первым из них является упадок классического образования с обязательным изучением древнегреческого и латыни, приводящий к изъятию из дискурса классических метафор. Так, Дж. Свифт использует образ фаларийского быка – древнего инструмента пыток, в котором человек сжигался заживо. С отказом от классического образования данная метафора стала непонятной и потому неприемлемой. Автор отмечает спад в употреблении метафор пытки (torture) в связи с изживанием соответствующей социальной практики. Вторым фактором является всеобщая урбанизация, которая привела к изъятию из дискурса боли образов природы и животных. Наиболее представительная группа метафор, пережившая «катастрофическое падение» (с. 81), связана с религией. В XVIII в. боль часто концептуализировалась как «черт» или «дьявол»; человек, испытывающий боль, находился «в аду». По мнению автора, упадок религиозных метафор привел к исчезновению позитивного образа боли. В религиозных практиках боль считалась необходимым условием для очищения души, и ее предписывалось принимать с благодарностью. С упадком религиозных метафор боль стала восприниматься не как предупреждение, испытание и подготовка к загробной жизни, а как нечто, с чем нужно бороться.

Автор рассматривает также вопрос о групповой вариативности в употреблении метафор боли. По его убеждению, метафорика боли определяется гендерной, этнической и конфессиональной принадлежностью человека, его физическим окружением, социальным контекстом и статусом. Образовательный статус человека позволяет ему использовать метафоры из разнообразных литературных источников, а профессиональная принадлежность позволяет использовать профессиональный жаргон. В качестве примера действия этнического фактора автор приводит характерные приемы описания боли в Индии: пациенты, страдающие раком, описывают боль как «постоянно жалящего скорпиона» или «укус тысячи кобр» (с. 84). Влияние гендерного фактора проявляется в том, что мужчины чаще прибегают к механической метафоре, а женщины ссылаются на опыт деторождения.

Подводя итог, автор отмечает, что язык боли, вопреки пространственному мнению, богат и разнообразен. Язык боли имеет историю, и описания болевого ощущения всегда исторически и культурно обусловлены. «Люди приходят в мир, который создан не ими; они должны ориентироваться в этом мире, и они делают это, используя не только уже существующие метафорические инструменты, но и свою способность образно создавать другие концептуальные домены из своего телесного опыта. Эти метафоры не просто отражают боль, но играют важнейшую роль в ее конструировании, в рамках контекстов социального взаимодействия» (с. 87).

В главе четвертой – «Религия» – исследуется влияние религиозных воззрений на переживание болевого ощущения. Существующие в Великобритании и Америке католическая и протестантская «версии христианства» (с. 91) подчеркивают высшее, божественное предназначение боли. Интерпретация этого предназначения может быть различной, но в любом случае признается, что боль не может быть лишена смысла. В главе рассматриваются основные теологические толкования боли: боль как результат совершенного греха, руководство к добродетельному поведению, стимул к личностному развитию и средство спасения. Верующим предписывалось принять четыре взаимосвязанных постулата: невыносимая боль есть дар Божий и должна приниматься с благодарностью; она должна осознанно использоваться как средство духовного очищения и возрождения; она необходима для того, чтобы страдающий человек понял свое положение в этом мире; страдалец получит благословение, если он сможет стойчески перенести боль, ибо тем самым он повторяет страдания Христа (с. 105).

Особое внимание автор уделяет проблеме болевого воспитания детей в рамках христианской теологической традиции. При плохом питании, частых эпидемиях, наличии множества травмоопасных ситуаций в быту (приготовление пищи на открытом огне, например), несоблюдении правил гигиены, физического труда на вредных производствах дети с раннего возраста постоянно подвергались болевому воздействию, и религиозные трактаты предписывали обучать их стойчески переносить боль без жалоб и недовольства. Формирование «правильного» болевого поведения было также призвано подготовить человека к возможному хирургическому

вмешательству, которое при отсутствии анестезии было неизменно сопряжено с физическим страданием.

Религиозный язык боли, как пишет автор, богат метафорами. В отличие от светских нарративов, теологическая литература представляет позитивный образ боли: пока испытывающий боль человек без сопротивления подчиняется Божьей воле, боль делает необходимую работу. Боль не разрушительна, а созидательна. Библейские стихи, гимны, проповеди и молитвы служат талисманами, которые успокаивают, излечивают страдающего и предвещают ему радость в загробном мире. Для верующих покорность и смирение перед волей Отца Небесного означают воздаяние как в этой жизни, так и в следующей.

В главе пятой – «Диагноз» – рассматривается вопрос о клинической ценности словесных описаний боли, предоставляемых пациентами. Автор ставит перед собой задачу показать, что клинический взгляд на функции и надежность нарративов боли претерпел существенные изменения за последние 300 лет.

В течение всего обозначенного автором периода многие врачи заявляли, что нарративы боли обладают диагностической ценностью, поскольку они помогают точно локализовать ощущение и установить источник и причину страдания.

В медицинских учебниках обычно содержались рекомендации о том, как осуществить перевод метафорического описания боли в точный, медицински корректный диагноз. Эти рекомендации оказывались особенно полезны в тех ситуациях, когда врач не мог обследовать пациента физически (например, тот находился далеко от больницы и не имел возможности приехать).

Автор упоминает первый известный в истории опросник боли, составленный Константином Херингом в 50-х годах XIX в. Он представлял собой список прилагательных и других дескрипторов, призванных помочь пациенту с описанием симптомов (*sticking, piercing, rending, throbbing, perforating, pulling, drawing, pinching, snatching, gnawing, cutting, griping, burning, obtusely prickling, crawling, itching, tickling, numb* и др.) (с. 134). В этот же период издавались труды, в которых приводились подробные описания симптомов различных заболеваний, и предметом гордости многих врачей была способность поставить точный диагноз на основании приводимых пациентом описаний.

Позже, однако, врачи перешли к оценке объективных симптомов болезни, и живые нарративы боли утратили свое значение, уступив место сухой медицинской терминологии. Отмечается тенденция к увеличению удельного веса латыни в диагностическом дискурсе: если в 70-х годах XVIII в. около 70% всех диагнозов ставились на английском языке и лишь пятая их часть была на латыни, к началу следующего столетия около 80% диагнозов были на латыни и лишь 1% – на английском языке. Причины такого поворота многие исследователи видят в развитии медицинских технологий, которые позволяли поставить более точный диагноз, основываясь на объективных данных (появление стетоскопа, изобретение анальгетиков, развитие микробиологии, химии и т.д.).

В медицинских дискурсах XIX в. часто звучит мысль о трудности интерпретации физического страдания. Обычно указывались три основные проблемы: «сложность человеческого тела, ненадежность пациентов и трудности, свойственные языку» (с. 137).

Признание важности языковой составляющей привело к возобновлению ранее предпринятых попыток создания системного опросника боли. Наибольшую известность приобрел опросник Макгилл, созданный Р. Мелзаком и У. Торгерсоном в 1971 г., который включал в себя 102 дескриптора боли, распределенных по классам и категориям (сенсорные, аффективные и количественные свойства боли). Основное достоинство опросника заключалось в том, что он «узаконил употребление повседневных слов» (с. 148) для вербализации болевого ощущения. В связи с обсуждаемым опросником автор делится тремя наблюдениями. Первое из них заключается в том, что многие дескрипторы боли оказываются культурно-специфичными и не могут быть переведены на другие языки (автор ссылается на неудачные попытки перевода на финский, японский и тайский языки). Второе наблюдение касается широкого использования опросника в клинической практике в Великобритании и США. Медики, как представляется, исходят из того, что они имеют дело с монокультурными и монологическими сообществами, в то время как в реальности дело обстоит совсем иначе, и помимо исконных национальных меньшинств (валлийцев, шотландцев и т.д.) существуют многочисленные сообщества иммигрантов. Эти сообщества с высокой степенью вероятности используют другие образные средства обозначения боли. В качестве

примера автор приводит описание двух типов головной боли у латиноамериканцев, проживающих в США («*dolor de cabeza*» – «головная боль» и «*dolor del cerebro*» – «мозговая боль»), а также у сингалезцев, различающих боль, которая может быть локализована в голове и спине («*emma*»), и боль, локализуемую в глазах, ушах, зубах и горле («*rudava*») (с. 152). На основании этих данных автор приходит к выводу, что опросник Макгилл отнюдь не универсален, и опросники боли должны создаваться дифференцировано для каждой отдельной культуры.

Третье наблюдение связано с тем влиянием, которое опросник Макгилл оказал на способы вербализации ощущений пациентами. Данный опросник прескриптивен по своей сути и существенно сужает спектр лексических средств, используемых в реальной жизни для коммуникации болевого опыта. На смену пространным и связным описаниям боли пришел список прилагательных. Этот канонизированный список оказал огромное влияние не только на способы вербализации, но и на опыт переживания болевых ощущений. Автор ссылается в связи с этим на работу К. Кроуфорд. По ее наблюдениям, после 1975 г. в научной литературе по фантомной конечности дескрипторы Мелзака стали активно вытеснять ранее используемую терминологию. В речи пациентов традиционные дескрипторы *wrinkled*, *swollen*, *glowing*, *dry*, *furry* также заменяются предложенными Мелзаком терминами *lancinating*, *lacerating*, *knifing*, *smarting*, *dreadful* и *wretched*. Последствия такого перехода гораздо более глобальны, чем можно было бы предположить, поскольку официальная терминология Мелзака способствовала конструированию боли там, где изначально ее не было (многие ампутанты описывали свои ощущения скорее как приятные, чем болезненные). Фантомные конечности стали болеть после того, как пациенты перешли на язык боли. Тем самым, как заявляет Дж. Бурк, опросник Макгилл стал выполнять идеологическую функцию, используясь в качестве инструмента конструирования боли.

Автор ссылается и на другие опросники боли, которые составлены не в текстовом формате. Примером является визуальная шкала, на которой схематически изображаются лица (от улыбающегося до плачущего). Пациенту предлагается указать на то изображение, которое в наибольшей степени соответствует его ощу-

щениям. Такие опросники оказываются наиболее эффективными при работе с детьми и иммигрантами, не владеющими языком.

В главе шестой, озаглавленной «Жест», автор рассматривает возможности невербальной коммуникации болевого ощущения. Автор вводит понятие «жестовых языков» («gestural languages»), используя его как объединяющее для физиологических реакций (выпот, бледность, мышечное напряжение), мимики и паралингвистических вокализаций (стонов и вскриков) (с. 160).

Автор указывает на важность жестовых языков как источника информации о качественных и количественных параметрах болевого ощущения. Все тело выступает в качестве семиотического инструмента, предоставляя окружающим возможность оценивать чужую боль. Автор подчеркивает, что, подобно языку, жесты боли также обладают исторической и культурной спецификой. С самого рождения человек наблюдает за мимикой и движениями окружающих его людей и воспроизводит их. Его учат специальному болевому поведению. Выражения лица и жесты закрепляются в социуме и «канонизируются». И так же как люди учатся стонать и гримасничать, они учатся интерпретировать эти сигналы, когда наблюдают их у других людей.

В главе приводятся данные из различных документальных источников, свидетельствующие о том, что болевые жесты признавались полезными для пациента, облегчая его страдания, и рассматривались как «естественные для тела средства выражения» (с. 163). Кроме того, жестовые языки функционировали как инструмент социального взаимодействия, вызывая у окружающих сочувствие к страданиям человека. Жесты могут быть полезны также с диагностической точки зрения, поскольку опытный врач может определить по ним характер боли. Автор указывает на попытки формализации вокальных жестов (в частности, отображение мелодики стонов на нотном стане) в середине XIX в.

Внимание к жестовым языкам характерно для так называемого гуманистического стиля врачевания, в отличие от технократического, основывающегося на «объективных» показателях.

По мнению автора, жестовые языки обладают особой ценностью при диагностике патологических состояний у детей на довербальной стадии их развития, а также животных.

Глава седьмая – «Чувствительность» – посвящена проблеме расовых и этнических предрассудков в оценке способности ощу-

щать боль. Автор указывает, что на протяжении длительного времени бытовало представление о том, что многие народы (в частности, представители негроидной расы, а также коренные народы Австралии и жители многих азиатских стран) обладают сниженной чувствительностью к боли. Это представление бытовало в англо-американской врачебной практике вплоть до XX в. и влияло как на отношение к пациентам, так и на качество оказываемой им медицинской помощи. Автор упоминает о некоторых философских теориях, согласно которым высокая чувствительность связывалась с уровнем развития мозга, а наиболее развитым считался мозг европеоида. С другой стороны, существовало представление о слабо развитой способности переносить боль у семитов и жителей Южной Европы, что объяснялось их моральной неполноценностью и неспособностью контролировать эмоции (с. 197). Подобные теории, по мнению автора, связаны с общими представлениями о цивилизационном развитии: «цивилизованный человек» обладает повышенной чувствительностью к боли. Одна из причин этого явления виделась во все большем распространении анальгетиков, которые избавляли человека от необходимости терпеть острую боль и обостряли чувствительность к ней.

Автор описывает, как в разное время способность ощущать боль связывалась с преобладанием в организме определенного гумора (гуморальная теория), темпераментом человека (теория четырех темпераментов), особенностями строения черепа (френология). Ученые пытались обнаружить корреляции между болевой чувствительностью и родом деятельности, классовой и половой принадлежностью, уровнем развития умственных способностей и другими характеристиками.

В начале XX в. стало принято различать восприятие боли и реакцию на боль. «Цивилизованный белый образованный человек может быть весьма восприимчив к боли, но силой воли он способен замаскировать свою реакцию на нее» (с. 206). В отличие от него, необразованный темнокожий дикарь мог стоически выносить сильную боль, но не потому, что он контролировал свою реакцию, а потому что он по природе своей не чувствовал боль так сильно, как белый человек.

Автор показывает, как представления о болевой чувствительности влияли на бытующие медицинские практики. Наиболее наглядным примером является педиатрия. На протяжении большей

части XVIII и XIX вв. младенцы считались весьма чувствительными к боли, однако начиная с 70-х годов XIX в. и вплоть до 80-х годов XX в. в медицине бытовало представление о полной неспособности маленьких детей чувствовать боль. В результате множество крайне болезненных процедур, включая хирургические вмешательства, проводилось без анестезии.

Еще одним аспектом проблемы, которого касается автор, является болевая чувствительность эмбриона. Данный вопрос носит политический характер и обычно обсуждается в контексте проблемы абортов. Автор приводит разные точки зрения касательно сроков возникновения болевой чувствительности у человеческого эмбриона.

В главе обсуждаются и «когнитивные факторы», влияющие на восприятие боли. Автор указывает на роль воображения, эмоционального состояния человека и мотивации в переживании болевого ощущения.

Глава восьмая называется «Сочувствие». Автор описывает многочисленные болезненные процедуры, которым подвергались и до сих пор подвергаются пациенты, и задается вопросом о том, испытывает ли врач сочувствие к их страданиям. На протяжении столетий врачей обвиняли в бесчувствии, эмоциональной отстраненности, садистских и даже канибалистских наклонностях, в том, что они воспринимают пациентов как «биологический» или «учебный» материал. И если в XVIII в. одной из основных врачебных добродетелей считалась способность испытывать сочувствие к своему пациенту, столетие спустя наиболее верным способом демонстрации гуманности была признана отстраненность. «Человек чувствующий превратился в человека ученого» (с. 240). Автор ищет истоки этого изменившегося отношения в господствующей философии соответствующего периода, подробно описывая теории «симпатии», возникшие в XVIII в. и пронизывавшие все научные дискурсы, включая медицинские (Д. Хьюм, Дж. Крофорд, Дж.У. Орд и др.). В XVIII в. быть «чувствующим человеком» означало быть «безупречным человеком» (с. 248), и врач был обязан быть таковым не только в силу своей профессии, но и в силу своего высокого социального статуса. Автор отмечает, что в то время врачу предписывалось выражать свои чувства по отношению к пациенту («врач подходил к своему пациенту с сердцем, переполненным состраданием») (с. 253). Позднее требование эмоциональ-



ной близости с пациентом было снято. Это не означает, что врачи стали менее сочувственно относиться к чужому страданию, однако изменилась модель сочувственного поведения. Автор настаивает на том, что необходимость открытого сочувственного отношения к пациенту была продиктована отсутствием эффективных средств снятия боли, и в этой ситуации именно способность врача убедительно сыграть роль сочувствующего человека была решающим фактором в исцелении пациента. По мере совершенствования диагностики и развития медицинских технологий важность эмоционального контакта с пациентом уменьшалась. «Акцент сместился с “исцеления” (процесса, предполагающего комплексное взаимодействие между пациентом и врачом) на “лечение” (действие, которое врач выполняет над пациентом)» (с. 255). Врачи фокусируются не столько на пациенте, сколько на болезни, не столько на страдающем человеке, сколько на клиническом случае. Автор указывает и на роль анальгетиков в увеличении эмоциональной дистанции между врачом и пациентом: проводя операции на бесчувственном пациенте, врачи не сталкиваются с необходимостью наблюдать его страдания и не включаются в процесс эмоционально. Тем не менее автор отмечает, что в настоящее время по-прежнему актуальны дискуссии о степени эмоциональной вовлеченности врача в лечение пациента. Дж. Бурк упоминает У. Ослера, который сформулировал принцип «симпатия без сентиментальности» (с. 260), и приводит выдержки из разных источников, в которых содержатся рекомендации по установлению «правильных» отношений с пациентами. Их общий смысл сводится к тому, что врач должен уметь видеть в пациенте личность, но не должен погружаться целиком в его переживания; в противном случае он окажется не в состоянии выполнять свои обязанности как врач.

В заключительной главе работы – «Утоление боли» – рассматривается проблема использования средств и методов облегчения боли. Автор называет 1846 год – год изобретения анестезии – «решающим моментом в истории человеческого страдания» (с. 272). Автор отмечает, что средства утоления боли существовали и до этого периода, однако бытующие в обществе представления о боли и отношение к ней препятствовали широкому использованию эфира и других анестетиков. Существовали и сугубо научные препятствия, заключающиеся, главным образом, в неверных представлениях о действии болеутоляющих и анестетических

средств на организм. Дуалистический витализм в физиологии связывал тело и душу воедино через чувствительность: разделение этих двух частей означало смерть. Иными словами, невозможно было представить жизнь без нервной раздражимости. Нужно было придерживаться антивиталистской концепции для того, чтобы совершить прорыв в использовании анестезии. Джон Сноу, например, заявил, что жизнь разделена на отдельные «слои», благодаря чему появляется принципиальная возможность сделать человека нечувствительным к боли, сохраняя у него дыхание и циркуляцию крови. Уже после того, как применение анестезии было одобрено и узаконено, она часто не применялась по нескольким причинам: 1) считалось, что некоторые люди, в особенности младенцы, не нуждаются в ней, поскольку они не испытывают боли; 2) анестезия была труднодоступна и несвоевременно доставлялась в больницы; 3) во время боевых действий катастрофически не хватало времени для применения анестезии в силу большого количества операционных больных; 4) пациенты боялись анестезии и отказывались от нее. Страх перед анестезией объяснялся медицинскими рисками, проблемами социального, морального и духовного плана.

В XX и XXI вв. болеутоляющие стали одним из наиболее востребованных фармацевтических продуктов. Тем не менее проблема облегчения страданий больных во многом остается нерешенной. Наиболее уязвимы в этом отношении люди, страдающие неспецифическими хроническими заболеваниями, онкологические больные и пожилые люди. Отдельную группу составляют лица с низким уровнем дохода, которые не могут позволить себе оплачивать дорогостоящее лечение, включающее применение эффективных современных болеутоляющих. Существуют проблемы с подготовкой профессиональных анестезиологов, сложности с оценкой степени страданий больных, опасения медицинского характера (во многих случаях применение обезболивающих связано с риском; оно также затрудняет постановку диагноза), вероятность незаконного применения наркотических препаратов.

В заключении главы автор еще раз подчеркивает, что боль не возникает вследствие естественных физиологических процессов, но находится во взаимосвязи с социальным миром. «С самого момента рождения человек иницируется в культуры боли» (с. 300). Этот процесс включает в себя широкий спектр различных языковых игр, когнитивных процессов, аффективных практик и

мотиваций. Боль – это такой тип события, который включает в себя не только ощущение, но и познание, аффект и мотивационный аспект. Будучи типом события, боль всегда имеет смысл для того, кто ее испытывает. Человек активно участвует в тех практиках, которые конституируют его боль. «Боль напоминает нам о том, что тело, разум и душа неразрывно связаны, находятся в постоянном диалоге» (с. 302).

*А.В. Нагорная*