

# БОЛЕЗНЬ КАК ФЕНОМЕН ПРИВАТНОГО ПРОСТРАНСТВА

© 2016

*В.Ю. Лебедев, А.В. Федоров*

Медицинская наука — особая область человеческой деятельности: основная масса взаимодействий здесь приходится на сферу частного. Недаром этико-деонтологическая проблема медицинской тайны сегодня стала предметом ожесточенных дискуссий специалистов различного профиля и взгляды на данную проблему чрезвычайно разнообразны как в историческом, так и в индивидуальном измерении. Обилие точек зрения обусловлено, в числе прочего, и разнообразием представлений о сфере частного: под категории приватизации и деприватизации сегодня подводится целый комплекс разнорядковых явлений. Так, И. Ляхмуд в рамках своеобразной микросоциологии говорит об изменении степени открытости тела пациента в зависимости от изменения методов физической диагностики [6].

Дискуссионный характер представлений о частной и публичной сферах создает для всех участников коммуникативной среды «врач—пациент» множество проблем, порой усиливающих антимедицинские настроения в обществе. Очевидна потребность в рефлексии данной проблемы: комплексный анализ феномена частности в рамках медицинской культуры, помимо своей теоретической значимости, выступает как практический базис для организации взаимодействия всех участников указанной коммуникативной среды.

Одно из существенных условий нашего сегодняшнего социального бытия — нарастающая социализация болезни. Было бы не совсем корректно связывать это обстоятельство с евгеническим проектом, провозглашавшим принципиальную деприватизацию болезни и превращение диагноза в ответственность общества с весьма возможной виктимизацией. Скорее, сама евгеника оказалась в плену мощной глобальной тенденции — сокращения частного пространства и присвоения социального маркера все новым и новым реалиям человеческого бытия. Так что болезнь в настоящее время может



**ГУМАНИТАРНАЯ  
ЭКСПЕРТИЗА**

**Лебедев  
Владимир  
Юрьевич —**

доктор философских наук, профессор кафедры социологии ФГБОУ ВПО «Тверской государственной университет». В журнале «Человек» публикуется впервые. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

**Федоров  
Алексей**

**Васильевич —** студент 5 курса ГБОУ ВПО Тверской государственной медицинской университет, ассистент Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество). В журнале «Человек» публикуется впервые. E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru

109



(и должна, если мы хотим что-то понять в происходящем) рассматриваться как собственность, узакониваемая социумом, и как социальный капитал, который, как показал П. Бурдьё, может использоваться и конвертироваться разными путями.

На предельно абстрактном уровне проблема приватности обусловлена базовой диспозицией «Я» — «Другой». Такое понимание дискретной среды, в которой происходит взаимодействие между «Я» и «Другим», позволяет нам вслед за Х. Арендт провести демаркационную линию между приватным и публичным, основываясь на «разнице между вещами, предназначенными для публичности, и теми, для которых нужна потаенность» [1, с.75]. В контексте диспозиции «Я» — «Другой» публичность можно определить как вектор, направленный на Других (в широком смысле), тогда как приватное, наоборот, будет направлено в сторону собственного «Я». Подобное разделение в известной мере условно. Так, «Я» как чистую субъективность уместно объединить с феноменом «Мое» — последний охватывает явления окружающей среды, которые в той или иной мере способны формировать общее пространство со средой, полностью маркированной «Я». Подобное условие формирования приватного пространства следует признать необходимым, но явно не достаточным: маркировка «Мое» означает также направленность к «Я» как феномену *ens a se*. Соответственно, публичное есть направленность для Другого; при этом сам феномен «Я» разделяется на две неравные части: «для себя» и «для других».

Сообразно такой логике, болезнь амбивалентна: как феномен она есть «Другой», но в ее связи с «Я» она маркируется пространством «Мое». Помимо этого «моя болезнь» есть феномен, укорененный в самом «Я» — именно поэтому мое страдание есть только мое и справедлива витгенштейнианская установка: испытываю ли я боль, знаю только я; на долю других остается предположение. В контексте нашей статьи мы будем анализировать такого индивида, чье «Я» уже прошло стадию взаимодействия с болезнью как «Другим». С позиций социально-средового подхода, нас интересует та самая «буферная зона», которая образуется между «Я» пациента и окружающей средой.

Феномен приватности рассматривается в свете различных научных направлений: семиотики<sup>1</sup>, психологии (как индивидуальной, так и социальной), социологии и культурной антропологии. Мы здесь опираемся на обобщенное психологически-социокультурное представление, определяющее приватность как пространственно, исторически и социокультурно обусловленный феномен ориентации на достижение определенного баланса между личностью и средой, индивидуальным и общественным; как способность контролировать внешние стимулы и быть сепаратным от других (ср.: [14]).

<sup>1</sup> Если говорить более точно, то в русле проксемики — раздела семиотики невербального взаимодействия, оперирующего понятиями «территория», «пространство».

Понимая приватность с позиций теории социального действия, американский исследователь А. Вестин определил данное понятие как право индивида решать, какая информация и при каких условиях может быть передана другим людям [15, р. 31–32]. Такая формулировка законодательно утверждена в американском Законе о защите частной жизни от 1974 года (Privacy Act of 1974). Рассматривая феноменологические аспекты приватности, А. Вестин выделяет следующие стадии:

1. Состояние полного одиночества (*solitude*). Позволяет человеку реализовать некоторые физиологические (уединение в стенах ватерклозета) и психические (сосредоточение на своем “Я” в минуты одинокого раздумья) состояния; представляет собой крайнюю степень приватности, выраженную в положительном оценочном фрейме. В отличие от вынужденной изоляции, уединение такого рода всегда есть добровольный и необходимый феномен.

2. Интимность (*intimacy*) — описывает нахождение человека в составе малой группы (семья, друзья, близкие). Если в ходе взаимодействия дистанция между участниками сократилась до индивидуально установленной интимной дистанции, — высока вероятность того, что индивид пойдет на добровольное нарушение собственной приватности, правда, лишь в определенных пределах. В этом аспекте индивид, окруженный другими, будет самим собой ровно до такого уровня, который установлен спецификой взаимодействия с данной группой.

3. Анонимность (*anonymity*) описывает такой тип социального взаимодействия (“индивид” — “толпа”), в котором люди осознают присутствие друг друга, но не вступают в непосредственный контакт. Пребывающий в данной стадии индивид может, например, претендовать на неузнаваемость, но подсознательное чувство контроля со стороны других присутствует в этой ситуации всегда. Такой уровень взаимодействия накладывает как на индивида, так и на общество ряд социальных обязательств: поведение индивида в социуме не должно привлекать внимания толпы, поскольку индивид облигатно ощущает контроль со стороны присутствующих. В свою очередь, различные паттерны коллективного сознания (в том числе и выраженные в правилах этикета) делают неприличным излишнее внимание общества к единичному незнакомцу (например, толпу уличных зевак на месте несчастного случая).

4. Скрытность (*reserve*) — поведение, направленное на создание барьера против нежелательного воздействия. Именно данный аспект послужил основой для Закона о защите частной жизни. Любое взаимодействие с другими людьми подразумевает неполное раскрытие собственного “Я” и сопровождается установлением дозволенного расстояния, реализуемого как один из механизмов защиты психики от насильственного вторжения.

В. Лебедев,  
А. Федоров  
Болезнь  
как феномен  
приватного  
пространства



В функциональном аспекте А. Вестин устанавливает следующие факторы, определяющие значение приватности в жизни индивида:

1. Индивидуальная автономность (*personal autonomy*) — функция, связанная с наличием относительной независимости от воздействия других людей. Насильственное вторжение в область “внутреннего Я”, проникновение в сокровенное возможно только в критической ситуации, причем возможность эта может быть как намеренно индуцированной (например, вследствие применения манипулятивных техник), так и стихийной (знаменитый хронотоп “вагонного попутчика”). Еще один аспект данной функции — формирование индивидуальности, не сливающейся с толпой: граница автономии индивида гарантирует человеку независимость и свободу личного выбора.

2. Эмоциональная реализация (*emotional release*). Данный фактор базируется на социологии ролевого поведения: человек, непрерывно играющий различные социальные роли, ограничен в своем самовыражении ролевыми параметрами той или иной модели поведения. Каждая из ролей, предусматривая тот или иной уровень социальных ожиданий, допускает индивидуальные личностные вариации, но абсолютного воплощения всей человеческой личности ни в одной роли не происходит. Непрерывное пребывание в рамках социальной роли выступает для личности негативным воздействием, что обуславливает потребность в отдыхе, расслаблении, рефлексии. В ситуации сбалансированного взаимодействия человека и социума периоды ролевого поведения соразмерны с моментами эмоционального отдыха, выраженного в снятии “социальных масок”.

3. Самооценка и самореализация (*self-evaluation*). Для удовлетворения потребностей такого рода необходимы моменты рефлексии, обеспечивающей критическое переосмысление прошлого опыта, создание максимально адаптивных и адекватных окружающим условиям поведенческих стратегий.

4. Ограниченная и защищенная коммуникация (*limited and protected communication*). Данная функция приватности, тесно связанная с защитными механизмами психики, наделяет индивида свободой распоряжаться информацией о себе. Эта возможность ассоциирована с понятием конфиденциальности, определяемой как принятое реципиентом обязательство не разглашать сообщенные индивидом данные. На этом понятии базируется множество эτικο-деонтологических принципов, принадлежащих к различным областям человеческого праксиса. Среди примеров можно назвать тайну исповеди, медицинскую и нотариальную тайну, ограничение доступа к информации в банковской и военной системах.

Взаимодействие между приватным и публичным, как правило, бывает сбалансированным лишь в теоретических построениях, обыденное же взаимодействие индивида со средой сопряжено с различными “перекосами”, причем нередко такие

дисфункции становятся парадоксальными. Чаще всего это происходит именно в пространстве медицины.

С позиций индивида можно рассмотреть два экстремума подобного взаимодействия: избыток приватности и ее дефицит (в процессуальном отношении — гипер- и гипоприватизация, соответственно). Во всех случаях можно выделить как внешние (объективные), так и внутренние (субъективные) причины дисбаланса. Так, избыток приватного может быть обусловлен и вынужденной изоляцией (территориальной, культурной, языковой), и личностными особенностями: желаемые уровни приватного пространства определяются классической дихотомией “экстраверсия—интроверсия”. Гиперприватизация, помимо прочего, часто коррелирует с жизнью в условиях мегаполиса: большой город воспринимается как монстр, не зависящий от индивида и господствующий над личностью, несоизмеримо малой в масштабах урбанистической среды. Подобное взаимодействие непосредственно сопряжено с феноменом отчуждения. Так, Франкфуртская школа говорит о превращении результатов и продуктов человеческой деятельности в феномены техносферы — системы, которая не зависит от человека и доминирует над ним. Такое взаимодействие связано с жестким структурированием индивидуального пространства и времени, формированием индивидуальных квазикоммуникаций в условиях возрастающего информационного шума; результатом оказывается нарастание одиночества и сопряженной с ним “жизни соло” (подробнее см.: [7]).

Избыток публичного также может быть связан как с внешними, объективными, так и с внутренними причинами. К первым относятся высокая плотность населения в регионе, определенный уровень доходов, особенности политического режима, а также чисто культурные факторы (коллективизм в разных его видах). Личностные причины подобного дисбаланса могут либо быть продиктованы определенной жизненной стратегией (знаменитости, публичные люди часто лишены даже необходимого минимума приватности и в буквальном смысле “живут под прицелом” фото- и кинокамер), либо проистекать из некоторых психических отклонений. Так, многие душевные расстройства сопряжены с патологическим влечением к сфере публичного, подчас на фоне реципрокной боязни одиночества. В литературе (как сугубо психиатрической, так и художественной) неоднократно описаны типажи патологических социофилов, чьи обычные характеристики — безудержная болтливость, неспособность хранить секреты, наконец, чрезмерная личная откровенность, граничащая с душевной наготой. В аспекте медицинской культуры в целом характер взаимодействия “публичное—приватное” сложен, парадоксален и, на первый взгляд, паралогичен; в рамках медицинской семиотики и герменевтики можно проследить направление векторов того или иного социокультурного акта. Опыт взаимодействия личности

*В. Лебедев,  
А. Федоров*  
Болезнь  
как феномен  
приватного  
пространства



с “Другим” затрагивает экзистенциально значимые ценности человеческого “Я”, экзистенциальное входит в сложные взаимоотношения с внешним, социальным. В какой мере страхи, связанные с болезнью, могут быть поняты только как вид социальных страхов, социально фундированных и содержащих социальную топику? [3]

На те или иные аспекты “социализации” болезни обращают внимание самые разные авторы. Так, Т. Сас говорит о несостоятельности разделения истерии и симуляции (о границе между ними и об основаниях ее проведения спорили много десятилетий, привлекая и ряд дополнительных критериев болезни, и общую психопатическую “уплощенность” личности, и дедуктивно провозглашавшиеся психофизиологические предпосылки; даже поиск *status gratilis* в духе психосоматической школы Ломброзо-Кречмера периодически использовался для диагностики). М.И. Буянов говорит о соответствии между дефектами и аномалиями социализации, с одной стороны, и распространенностью и патоморфозом болезней — с другой; признание особенно ценно, так как этот автор стабильно демонстрировал чисто клинический подход к болезни с акцентом на лечебном праксисе [4, с.98].

Тенденция к социализации неизбежно вызывает к жизни противоположную тенденцию к “приватизации”, проявляющуюся в самых многообразных формах. Болезнь часто позволяет укрепить границы приватной жизненной зоны (хотя возможен и противоположный вариант, прежде всего пребывание в стационаре). Дело не только в том, что болезнь освобождает от работы, от ряда других обязанностей. Она в принципе сокращает число посетителей. Это следствие перехода в другое социальное состояние безотносительно, например, к отвращению или страху заражения. Интересно, что ограничение потока посетителей может иметь разный характер в соответствии со шкалой семиотичности [9, с. 150 и далее]: от карантинирования через нежелание больного кого-то принимать до исчезновения у окружающих желания видеть больного из-за перемещения того в другое социальное поле и “социальной смерти” там, где он пребывал ранее. Т. Сас различает собственно лечение и “успокаивание”. Назначение домашнего режима также можно рассматривать с этих двух точек зрения, как бы ни объяснять возможный лечебный или противоположный эффект [9, с.30].

Не случайно данная особенность болезни поставляла обильный материал для искусства, создавая целые эстетические концепты. Это не только тревожная “эстетика болезни” Мунка или Готфрида Бенна, но и умиротворенная рефлексия Ж. Роденбаха, сознающего болезнь в первую очередь как бегство из публичного пространства и из публичного времени (“лодка, вставшая на прикол”). Кроме того, в эстетику болезни входит и изображение последнего терминального перехода — и здесь

мы находим очень широкий спектр эмоциональных, религиозных, мировоззренческих установок.

Вопреки расхожему мнению, что болезнь всегда “не красива”, даже бытовое наблюдение фиксирует разные типы освоения человеком своей болезни. Это проявляется не просто во внешнем виде и поведении, но и в мелких специфических деталях (атмосфера “покая”, “декаданса”, “кончины праведника” и так далее, вплоть до комплиментов вроде “красиво болеешь” “тебе идет болезнь” — причем ни характер болезни, ни объективные стигмы ее проявления сами по себе не детерминируют этот эффект<sup>2</sup>). Позволим себе предположить, что положительный эстетический эффект возникает при умении одомашнить, приватизировать болезнь, органично ввести ее в приватное пространство и даже “поработать” над этим, артизировать. Часто это начинается с реализации максимы “учись дальше с этой болезнью жить” (рескрипт, который слышит большинство больных-хроников), но далее необходимо именно творческое освоение и локализация болезни и ее атрибутов (как телесных, так и отделенных от тела, начиная с классических склянок и упаковок лекарств) в пространстве приватного. Не случайно, фигуры больных (умирающих, умерших, но еще вполне сохранивших позу живого человека) привлекали скульпторов. Стекающие линии одеял и простынь, тонкие особенности моторики больного — все это не просто интересно технически, это вхождение в область своеобразной эстетики. Можно указать классический пример: надгробие Тарасова на Ваганьковском кладбище, являющее абсолютный покой даже складками драпировок.

Напротив, в клиниках эстетическое переходит в регистр кошмара, омерзения, шока. Госпитальная смерть, в основных физиологических моментах не отличающаяся от приватной, выглядит и воспринимается обычно тяжело, если не ужасно. Интересно, что исключения устойчиво представляют умирающие праведники, часть из которых становится официально канонизированными святыми, часть — фактически почитается в качестве таковых. Не только их умирание и смерть, но порой и само пребывание почти физически уменьшает густоту атмосферы кошмара. Это неудивительно, если учесть, что верующие часто совершенно иначе воспринимают начало болезни и постановку диагноза (до полной инверсии поведения, ставящей в тупик неподготовленных к такой “картине”), иначе болеют (от перенесения боли и неприятных и унижительных процедур, особенно инвазивных, до совершенно нехарактерных мимических масок, анализ фотографий которых ждет исследователей).

Больные почти всегда стремятся домой (госпитализм на фоне распада личности или использование больницы как курорта мы не рассматриваем), даже если это грозит им недееспособностью и материальными потерями, и делают это еще и из

*В. Лебедев,  
А. Федоров*  
Болезнь  
как феномен  
приватного  
пространства

<sup>2</sup> Одна и та же болезнь способна порождать несовместимые эстетические эффекты, даже одинаковые швы могут откровенно уродовать или почти украшать больного.



эстетических соображений, хотя далеко не все сами это отчетливо понимают.

Если бы болезнь не стремилась войти в частное пространство, мы не сталкивались бы со многими красноречивыми фактами, в частности, с ситуациями, когда индивиды добиваются статуса больного (разговор о способах настолько обширен, что мы его поднимать не будем, как не будем и рассматривать случаи в большей мере клинические, вроде болезни Мюнхаузена<sup>3</sup>). Что привлекает людей в болезни, понятой как социальное явление? Прежде всего уменьшение социального давления, контроля и регуляции. Типичный пример — положение человека, получившего листок временной нетрудоспособности.

Болезнь есть смена социального локуса в общественном пространстве, к которому легко может добавиться и изменение статуса — вещь более заметная, чреватая последствиями и устойчивая. Она связана с изменениями социальных характеристик, и именно это в значительной степени пугает, отталкивает или, наоборот, привлекает как самих больных (в том числе и возможных), так и их близких.

Основные причины типичных, то есть социально закрепленных и транслируемых по социальным каналам страхов (ср.: [3]) перед хронической тяжелой болезнью и утратой трудоспособности, то есть долгосрочной приватизацией болезни, как бы постоянной пропиской ее у себя в качестве еще одного “жильца”, легко образуют компактный перечень:

1. Материальный урон из-за потери зарплаты.
2. Беспомощность, порождающая тяжелые и унижительные трудности.
3. Повышение вероятности оказаться в приюте для престарелых и хроников.
4. Утрата привычного круга близких.
5. Потеря работы, как значимой части жизни (безотносительно к приносимым ею доходам).
6. Сожаления по поводу усложнения самореализации, которая в большинстве случаев связана именно с работой.

Однако на все эти опасения, кроме, пожалуй, второго, не так уж редко встречаются и контрдоводы. Попробуем облечь их в усредненные речевые высказывательные формы, используя реальный речевой материал, собранный в процессе исследования.

Контрдовод к 1: “Мне в моем возрасте уже так много и не надо”; “Доживу как-нибудь”.

Контрдовод к 3: “Есть родственники, как-нибудь помогут, а чтобы в интернат не отправили, я позабочусь, все варианты сперва с юристом проговорю”. “Пока хожу и сама все делаю, глядишь, так и доживу на своих ногах”.

Контрдовод к 4: “Найдутся другие. Чем ближе к старости — все равно так, одни умрут, с другими расстанешься”. “Можно

<sup>3</sup> Впрочем, чисто клинических проявлений ипохондрического плана без социального компонента, очевидно, просто не существует.



подумать, у меня до этого было море друзей, ага”. “Таких друзей, как на работе, которые только выпить за твой счет горазды, я себе за неделю на улице найду”.

Контрдовод к 5: “Да я на этой работе здоровье и оставил, какого ж лешего жалеть о ней!”. “Работа памятник все равно не поставит”. “Ну непривычно сперва, но решаемо. Главное, переходный период пережить спокойно, а потом выстроить весь свой быт правильно — и все должно быть в порядке, можно подумать, на этой работе клином все сошлось, они и не вспомнят, когда помру”.

Контрдовод к 6: “К моему возрасту я все что хотел, то реализовал, выложился и выжал из себя все (и из меня выжали что могли), теперь хочу просто спокойно дожить”. “Так ведь реализовываться по-всякому можно, хэнд-мэйд на продажу делать, например, было бы желание и талант, почему только карьере считаем самореализацией? Это изначально неверная постановка вопроса, как будто изначально все какие-то крепостные”.

Очевидно, что чем больше люди будут подвергать рефлексии предлагаемые обществом шаблоны интерпретации и понимания ситуации, тем меньше будет случаев трагического восприятия хронического заболевания и инвалидности. М. Сидоров отнюдь не случайно (при некоторой провокационности) замечает, что самые счастливые больные — онкологические, если ходить могут (автор очерчивает категорию наиболее социально независимых больных) [10].

Наконец, самый нетривиальный аспект отношения болезни и приватности — различия, связанные с фундаментальной и универсальной оппозицией “внутреннее—внешнее”, то есть с восприятием болезни в модусе отношения к собственному телу. Это относится и к такому модусу отношений, как страхи, опасения, фобии, в том числе и коллективные. С античности и до настоящего времени предлагались разные варианты типологии личностных, характерологических, поведенческих особенностей, которые не просто подразумевали указанную оппозицию, а так или иначе включали ее в число основных, центральных. Терминологическое разнообразие (экстравертность/интровертность, агрессивность/дефензивность и так далее) не заслоняет того, что речь так или иначе идет о фундаментальном факте — о преимущественной обращенности человека или вовнутрь, в себя, или вовне (ср.: [2]). Все прочее, от эмоций и когнитивных моделей мира и своего положения в нем до действий, в том числе и совершенно конкретных, восходит именно к этой оппозиции. Эту оппозицию подразумевают даже античная гуморальная теория темпераментов и павловская рефлексология, не говоря уже об А. Ухтомском, вообще очень чувствительном ко всему что касается личности. Именно на этой оппозиции покоятся все виды теории аутизма, все описания процессов аутизации, как бы ни объяснялось все

*В. Лебедев,  
А. Федоров*  
Болезнь  
как феномен  
приватного  
пространства



остальное. Типичным примером поведенческой специфики, связанной с указанной оппозицией, является реакция больных на предложения госпитализации: от спокойствия (в ряде случаев одинокие или асоциальные больные могут откровенно радоваться такой смене обстановки) до панического ужаса, когда больной готов почти на любые риски осложнений и рад подписать “любые бумаги” лишь бы избежать перемещения в другую, внешнюю и малоподконтрольную ему обстановку. Речь идет не о кратковременных эмоциональных вспышках и не о шоковых попытках отлежаться некоторое время в полном одиночестве, а об устойчивых и даже отрефлексированных предпочтениях, выраженных не только словесно, но и праксеологически. В. Шток описывает случай, когда от госпитализации отказался больной с инфекционным менингитом (к сожалению, личностный статус не описан, но судя по профессии, пациент не был невежественным и хотя бы в целом представлял степень опасности). В итоге приватность была сохранена, человек болел дома, хотя и ценой терапевтически торпидных осложнений [13, с. 253–254]. “Хоть умереть, но в своих стенах” — типичная фраза при таком поведении, причем она бывает вполне честной или содержит лишь небольшую гиперболизацию. Персонал, не являющийся носителем выраженных интерьерных настроений, не может понять причину такого страха и квалифицирует его как скандальность, каприз или признаки психической патологии, порой стремясь вызвать в приемное отделение психиатра или хотя бы невролога. Нам известен случай, когда больной, добивавшийся выписки сразу после госпитализации, произведенной под сильным психологическим давлением, с уговорами, запланировал, в случае упорства лечащего врача, напиться и быть выписанным за грубое нарушение режима. При этом пьяницей он не был, алкоголь выступал как аварийное средство изменения ситуации. В другом случае больной, демонстрируя на самом деле не агрессивное, как может показаться, а дефензивное поведение, угрожал спустить с лестницы врача “Скорой”, если тот попытается навязать ему госпитализацию (астматический приступ). Ситуацию решило удачное поведение врача, спокойно сказавшего, что “больной никому особенно не нужен”, после чего разговор перешел в доброжелательный и даже игривый регистр. На учете особенностей поведения дефензивов построена терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно. При этом принципиально важен момент каузальный: указанные установки не являются (во всяком случае, преимущественно) результатом воспитания, устойчивых привычек и т.п. Они уходят корнями в особенности физиологии и, соответственно, конституции (в этом отношении можно связывать большие надежды с деятельностью. С.В. Савельева). Сказанное подводит нас к допущению, что, помимо страха перемены обстановки и грубого нарушения приватности, страх перед болезнью может варьироваться столь значи-

тельно, что порой страх перед помещением в медицинское учреждение становится несравненно сильнее, чем страх вполне осознаваемой серьезной болезни, а порой даже смерти (на то, что опасность не обязательно является исчерпывающим мотивом страха, указывал Л. Липавский; он же говорил о недооценке внешнего, социального генезиса страха [8]). Откуда такая странная диспропорция? Мы полагаем, что страх перед экстериторной реальностью подавляет страх перед реальностью интриторной, к которой может относиться и сама болезнь. Возможно, такой страх может формировать и доминанту по описанному Ухтомским механизму. Представители павловской школы, даже защищая полезность госпитализации с указанием на обстановочный рефлекс, все равно объясняют ситуацию в рамках указанной оппозиции, лишь меняя ее оценки, но не саму фундаментальную сущность. Но есть ли в нозофобиях, страхах заболеть какие-то закономерности? На наш взгляд, одна из основных закономерностей, позволяющих объяснить, помимо прочего, и особенности поведения, связана, опять же, с оппозицией предпочтения внешнего или внутреннего, интриторностью и экстериторностью, и необходимостью выбора в рамках этой оппозиции. Болезни издревле входили в ядро социальных страхов, и это их положение не поменялось до сих пор, однако в структуре и семантике таких страхов произошли очень серьезные изменения. Кроме того, при внимательном рассмотрении похожие случаи могут оказаться поразительно несхожими и даже исключаящими друг друга.

Наконец, еще один аспект поднятой проблемы — характер восприятия болезни субъектом (прежде всего — собственной болезни, хотя рефлексия над болезнями окружающих отнюдь не исключается, она даже необходима для сравнения). Во-первых, необходимо упомянуть разнородные проявления страха перед болезнью (и шлейфом ее социальных последствий) от нормальных опасений до откровенно патологических фобий и эпикурейского безразличия даже перед лицом фатальных диагнозов. Нас в данный момент интересует только одна пара параметров, присущих этой крайне интересной и пестрой группе состояний: интриторизация/экстериторизация болезни.

Сформировавшиеся еще столетия назад разряды пациентов: предпочитающие терапевтическое лечение и предпочитающие лечение хирургическое — появились не только благодаря трусости тех, кто обращался к терапевтам, не причинявшим обычно сильной боли. В этот выбор могли вторгаться принципиальные особенности ориентации при освоении мира и самого себя — экстериторная и интриторная. В случае выраженной интриторности болезнь воспринимается “как сын-бандит, опасный, но родной” (Т. Шаов), но дело даже не в привычке сосуществовать с болезнью в предельной пространственной смежности: речь идет об отождествлении, когда для страха про-

*В. Лебедев,  
А. Федоров*  
Болезнь  
как феномен  
приватного  
пространства



сто не остается места, исчезают его онтологические резервы. Однако существуют и примеры инверсии поведения, причем не только расстройства схемы тела, когда человек отказывается признавать своей парализованную конечность и пытается отбросить ее, но и иногда встречающиеся переживания истинной опухоли или опухолевидного объемного образования как чуждого, неким образом проникшего в тело (интересный пример находим в творчестве авангардиста Шиша Брянского: “Если вдруг в подгрудном саду / Ангел странный мой взрастит саркому” — опухоль выращенная ангелом, то есть существом благим, появляется именно из собственного тела, выращивается, а не возникает внезапно извне). В современной кардиологии встречается подобная реакция на искусственные клапаны, но в этом случае речь идет об инвазии в чистом виде, о травме, пусть и спланированной хирургической, а не случайной бытовой или производственной.

При формировании страха болезни образуется сложная система концентрических кругов, где можно выделить две основные, структурообразующие: боязнь в чистом виде болезни как некоторого чужого и чуждого — и боязнь наслаивающихся на собственно болезнь ее социальных спутников и социальных последствий. Поэтому при анализе страха болезни всегда необходимо разобраться, в каких концентрах страх локализован и какова интенсивность его применительно к разным концентрам. Известны случаи как боязни только социальных последствий при безразличии к самой болезни, так и наоборот. Фромм описывает патологическую, с его точки зрения, фиксацию на мелких травмах кожного покрова, о социальных последствиях которых практически невозможно говорить [12]. При обыденном, литературно-художественном и других вариантах непрофессионального анализа такая внутренняя сложность и структурная неоднородность страха не учитывается, все “валится в одну кучу”. Для научного анализа проблемы не только не пригодно, но и прямо вредно.

В результате выстраивается следующая градационная последовательность, градуальная семиотическая оппозиция: болезни чисто эндогенного свойства — болезни, имеющие причинный фактор вовне, но с последующей инвазией, подчас незаметной и даже причиняющей серьезные трудности диагноза (идеальный паттерн — инфекционные) — травмы как нечто обусловленное чисто внешним воздействием. Отдельного рассмотрения требуют психические расстройства, которые выбиваются из этого достаточно жесткого ряда: с одной стороны, они чаще всего эндогенны, с другой же вызывают страх едва ли не сильнее болезней, принадлежащих к другим нозологическим классам. Даже если убрать многочисленные утрированные описания таких страхов в литературе, да и всю соответствующую тему в искусстве вообще, то все равно придется констатировать наличие заметного повышения уровня страха именно

перед этой группой заболеваний. Хотя и здесь мы не наблюдаем полного единообразия. Чаще бояться тех заболеваний, которые могут с определенной степенью вероятности повлечь заметные и стойкие изменения (соответственно, неврозов обычно бояться мало, хотя психопатии как раз отличаются стойкостью проявлений и в этом отношении должны были бы вызывать серьезные страхи). С другой стороны, встречаются, хотя и редко, случаи, когда человеку приходится делать выбор между длительным, вплоть до пожизненного, приемом лекарства с негативным действием на психику (прежде всего — на когнитивные и творческие процессы) и отказом от такового, что причинит страдания от другой болезни. Классический случай — В. Шаламов, использовавший препарат для лечения бессонницы, дававший тяжелый ятрогенный эффект (интересно, что в данном случае оба заболевания относились к психической сфере). Порою люди сознательно выбирают меньшее из двух зол и соглашаются пойти тем путем, в перспективе которого будет заметен упадок и интеллектуальной деятельности, и личности в целом. Это само по себе говорит о неоднородности и селективности страха указанного рода.

Спокойное, без страха восприятие болезни может принимать формы спокойного наблюдения за ее течением, когда гносеологический интерес (вовремя предсказать проявление новых симптомов, объяснить появившиеся и т.п.) превалирует над остальными (мы не касаемся здесь сложного вопроса о том, насколько это может быть наблюдение не над болезнью, а над разрушением организма, с парасуицидальными обертонами). Такой сценарий болезни и умирания можно считать почти нормальным и обычным применительно к святым.

Крайняя степень спокойствия — полное безразличие, переходящее в отчужденное восприятие болезни. В предельных случаях, квалифицируемых обычно как патология (деперсонализация), тело воспринимается отчужденно, например, депрессивная самохарактеристика: “Кормлю это тело” (ср.: [5, с. 37–91]). В других случаях люди не нуждаются в утешениях и подбадриваниях, причем в аналогичной ситуации другие индивиды ведут себя существенно иначе. Нам пришлось наблюдать за молодым человеком, находившимся на курорте по поводу болезни Бехтерева. Перспективы болезни его настолько не беспокоили, что чтение книги, где главный герой героически борется с агрессивно протекающей той же самой болезнью, не вызвало у больного никакого интереса за отсутствием нужды в какой-либо “поддержке”. Своеобразие этой “мизансцены” состояло и в том, что наш читатель находился в том же курортном городе, что и герой его книги. В другом случае больной с легкой радостью воспринял подозрение на интрамедуллярную опухоль, но был морально раздавлен, когда с помощью томографии этот диагноз был полностью исключен. Обозначить такие случаи как странные и инвертные и т.п. — не означает хоть как-то объяснить их, а тем

*В. Лебедев,  
А. Федоров*  
Болезнь  
как феномен  
приватного  
пространства



более, востребовать скрывающийся за ними опыт. К тому же обозначенная нами проблема — это целый букет взаимосвязанных вопросов. Ситуация, которую можно было бы обозначить “Не надо меня успокаивать, я совершенно спокоен” встречается не так уж редко, хотя точной статистикой, авторы, к сожалению, не располагают. Не стоит ли использовать ее в целях оптимизации психотерапии, особенно терминальной? Спокойное отношение к болезням характерно для святых — насколько корректно описан этот опыт? Насколько правомочно относить спокойно-небрежное отношение к болезням интериорного типа к парасуициду как это все чаще предлагают делать? Что делать с “неснимаемой” проблемой одиночества больного? Эти и многие иные вопросы неочевидны и требуют особого рассмотрения. Авторы надеются, что их скромные усилия внесли вклад в осознание необходимости этого.

### Литература

1. *Арендт Х.* Vita activa, или О деятельной жизни. СПб.: Алетея, 2000. С. 75.
2. *Банщиков В.М., Новинский Г.Д., Эфендиев О.М.* О темпераменте человека. Очерки из истории вопроса в современном состоянии. Материалы для симпозиума в феврале месяце 1974 г. М.: Всероссийское научное медицинское общество невропатологов и психиатров, 1973.
3. *Баринев Д.Н.* Социальные тревоги: понятие, природа, роль в жизни общества. М.: Алекс, 2010.
4. *Буянов М.И.* Дело. М.: Российское общество медиков-литераторов, 2005.
5. *Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К.* Медицинская психология. М.: Медицина, 1984.
6. *Латхуд Й.* Изобретение слушающей медицины. К исторической социологии стетоскопии // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины. СПб.: Европейский ун-т в С.-Петербурге; Алетея, 2008. С. 104–136.
7. *Лебедев В.Ю., Федоров А.В.* “Жизнь соло” как новая социальная реальность и продукт социокультурной трансформации // Вестник Тверского государственного университета. Серия “Философия”. 2015. № 3. С. 42–60.
8. *Липавский Л.* Исследование ужаса. М.: Ad marginem, 2005.
9. *Сас Т.* Миф о душевной болезни. М.: Академический проект, 2010.
10. *Сидоров М.* Записки на кардиограммах. М.: ЗАО “Издательский Центр-полиграф”, 2012. С. 7–130.
11. *Степанов Ю.С.* Язык и Метод. К современной философии языка. М.: Языки русской культуры, 1998.
12. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М.: АСТ, 2004.
13. *Шток В.Н.* Головная боль М.: Медицина, 1987.
14. *Moore V.* Privacy: Studies in Social and Cultural History. N.Y.: Armonk, 1984.
15. *Westin A.F.* Privacy and Freedom. N.Y.: The Bodley Head, 1970.