

ФИЛОСОФСКАЯ МЫСЛЬ

УДК 159.9

О БОЛИ, ЭМПАТИИ И КОММУНИКАТИВНОМ БАЛАНСЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Е.А. Евстифеева

Тверской государственной технической университет, г. Тверь

© Евстифеева Е.А., 2026

DOI: 10.46573/2409-1391-2026-1-5-12

***Аннотация.** В контексте философского дискурса о боли в статье рассмотрен ее онтологический статус как реальное переживание антропологического бытия. Автор дает объяснение проблеме редукции боли к объекту, говорит об объективации боли в медицинском дискурсе, которая влечет дистанцирование врачей от пациентов и депривацию эмпатии как атрибуции коммуникации «врач – пациент». Боль субъективна, экзистенциально переживается. Приведено обоснование того, что боль – это комбинация физических, психических и социокультурных факторов, в ней закодировано социальное поведение. Она вербализуется как нарратив пациента о своем страдании. На материале социальной онтологии показано, что боль, будучи знаком власти, используется как инструмент наказания, поскольку пытка – высшая форма причинения боли. В современном мире медикализации боль сублимируется путем радикальной анестезии и нарративов, что является уходом от естественного переживания боли как эволюционной атрибуции. В онтобиосоциальной оптике эмпатия предстает сублимацией боли, способом ее преодоления. Биологический дискурс об эмпатии как сублимации боли распознает биологическую основу эмпатии как поведенческое действие, актуализирует проблему нахождения и выстраивания границы между просоциальными действиями по оказанию эмпатической помощи и дистанцированию от чужой боли. Биологическая наука предикатирует внутреннее восприятие чужого состояния как эмоциональный и когнитивный резонанс. Для создания коммуникативного баланса во взаимоотношениях «врач – пациент» и для предупреждения проблемы выгорания в медицинской профессии императив и максимы врача ориентированы на выбор пересекающихся процессов объективации и субъективации боли и болезни пациента, на принятие болезни как *illness*.*

***Ключевые слова:** философский дискурс о боли, объективация и субъективность боли, эмпатия как сублимация боли, биологическая наука об эмпатии, коммуникативный баланс взаимоотношений «врач – пациент».*

В ранее опубликованных автором статьях обсуждались историко-философский, философско-антропологический, экзистенциальный дискурсы о феноменах боли, страдания, эмпатии, раскрывались их онтологическое, экзистенциальное, аксиологическое измерения. Был также рассмотрен феномен боли и страдания как

источник эмпатии и эмоционального выгорания в помогающих профессиях [3, 4, 8]. Не существует универсальных ответов на вопросы, что такое боль и страдание, что такое эмпатия, как взаимосвязаны боль (болезнь, т.е. то, что противостоит здоровью как бытийному состоянию органической автономии, когда каждая часть интегрирована в целое) и эмпатия и как они влияют на социальные взаимоотношения. Таким образом, необходимо продолжать обращаться к философским и научным исследованиям по проблеме боли, которая инициирует (или нет) эмпатию как атрибутивную составляющую социального взаимодействия людей, как «сущее и должное» взаимоотношений «врач – пациент», а также к исследованиям, касающимся влияния боли и эмпатии на коммуникативные взаимодействия.

Онтология боли указывает на боль как базовое условие человеческого существования, как универсальный невербальный способ ощущения, переживания бытия, как доступный самоосознанию критерий человеческого существования. Боль имманентна антропологическому бытию: «Боль – будь она физической, психической или комбинацией их – имманентна человеческому существованию как таковому, и каждый проживает – терпит – ее сам ... Она происходит, говоря простым языком, от неизбежной уязвимости, которая всегда была частью человеческой природы, но которую мы (и в этом заключается культурное и историческое отличие нынешней эпохи от прежних) разучились терпеть – как в себе, так и в окружающих» [2, с. 231–232]. О том, что боль есть состояние, которое не объективируется, не вербализуется и невидимо для окружающих, находим аргументы в книге А.Ю. Ветлесена «Философия боли» со ссылкой на книгу Э. Скэрри «Body in Pain» [2, с. 18–20]. Однако в медицинских реалиях есть стремление превратить боль в объект, объективировать ее. На этом пути возникают научно верифицированные опросники, числа, графики, электронные записи, изображения, параллели между физиологической активностью и когнитивными функциями, ментальным состоянием. И главное – клинические исследования, испытания новых препаратов, вакцин, анальгетиков, подавляющих боль, редуцируют ее к объекту. В книге «Человек боли. Введение в клинический подход» известный практикующий врач паллиативной помощи, использующий в диалоге с пациентами эриксоновский гипноз, анализирует свои размышления: «Попытки объективации явлений, связанных с возникновением болезненных ощущений, – не более чем бледное описание того, что действительно происходит в жизни, в живом. Объективация жизни и живого "разрушает жизнь"» [5, с. 31]. Сегодня большая часть медиков, исповедуя онтологический дуализм телесного и духовного, использует медицинский язык, который описывает болезнь как объект, тело – как технологический объект, требующий починки, а боль рассматривает как физиологический механизм. Значительная часть медиков, ориентируясь на патерналистскую, физикалистскую модель врачевания, разделяет переживания человека на физическую, телесную боль и моральные, психические страдания, стремясь объективировать боль и болезнь. (Заметим, что боль и болезнь имеют свои различия. Не всякая боль является патологией, не всякая болезнь сопровождается болью.) Такие врачи дистанцируются от испытывающих боль пациентов, не выстраивают с ними эмпатических отношений. Они становятся безразличными к немедицинским сторонам человеческого бытия.

Однако боль субъективна, экзистенциально переживаема. Боль субъективна как нарратив, которым пациент рассказывает о своей боли. Боль социокультурна и исторична, так как испытывается человеком сквозь призму своей культуры и истории. Обратимся к тексту культуролога Г.Р. Хайдаровой: «Рефлексивный и коммуникативный опыт своего страдания принципиально отличает человека. Боль – это особая

форма коммуникации как с собственным телом, так и с социальным окружением. Боль и страдание – культурно обусловленные феномены сознания и коммуникации, понимание которых неразрывно связано с культурно-историческим контекстом» [16, с. 7]. Боль психологична и психиатрична в той степени, в которой страх и другие чувственные состояния парализуют пациента. Боль – это комбинация физических, психических и социокультурных факторов, в ней закодировано социальное поведение.

В социальной онтологии боль может мыслиться как «один из знаков власти, нетерпимости. Порог боли – порог терпимости, универсальный предел социальной толерантности» [13]. Актуализируем интерпретацию власти. Она есть та социальная сила и воля, которая, являясь необходимым механизмом управления и социальной регуляции, создает средства подчинения одних социальных субъектов другим. Среди средств подчинения – наказание [15]. Наказание пыткой физического тела – высшая форма причинения боли. Пытка как суровый опыт наказания включает два этапа: физическое воздействие (или причинение боли) и вербальное воздействие, допрос, который придает видимость мотивации и моральной справедливости акту пытки. В случае пытки боль человека становится объективированной, видимой для окружающих, тогда как обычная боль является субъективно реальной.

Философ А.Ю. Ветлесен приходит к выводу, что боль и власть – это две абсолютно несоединимые величины в процессе пытки: «Они находятся в отношениях обратной пропорции: чем больше жертве, тем больше власть мучителя... В пытке происходит буквально следующее: боль одного человека становится властью другого» [2, с. 26–27]. Объяснить это можно так: когда жертва пытки дает признание, начинает говорить, тогда происходит отказ от своего психического содержания, от своей ментальности. Такое состояние уже ничего не значит для жертвы, но означает ожидаемый результат для мучителя или власти. Здесь возникает вопрос: может ли мучитель либо палач сочувствовать жертве или он будет радикально отрицать боль другого человека? Ответ однозначен. Для палача жертва – это объект, поэтому невозможно восприятие ее как человека.

В современном социокультурном мире, обозначаемом как постиндустриальный, постмодерный, цифровой, глобальный [1, 6, 9, 11], открыты новые технологии для преодоления боли физической и психической: «Медицина, законодательство, наркотики, прочие плоды цивилизации дают довольно прочный механизм защиты от возможной боли и снятия боли реальной – вплоть до возможности спокойно умереть при самых тяжелых болезнях» [13]. Такие способы борьбы с болезнью, однако, влекут утрату реальных переживаний боли человеком. В свое время, размышляя о болезни как экзистенции, как проживании, Л.Н. Толстой писал в «Круге чтения»: «Болезнь есть одно из состояний, в котором может находиться человек во время жизни, и силы его должны быть направлены не на то, как выйти из такого положения, в котором он находится, а как наилучшим образом прожить в том положении, в котором он находится» [12]. Утрата человеком реального переживания состояния боли приводит к его атомизации, а «следствием этого является ностальгия об утрате, повышенный интерес к показу, описанию и обсуждению боли и насилия, свойственные современной культуре и искусству» [13]. Можно согласиться с персонологом в том, что в современном мире радикально трансформируются способы, стратегии и тактики защиты от боли. Однако вместе с ними депривируется реальное переживание боли, которую можно идентифицировать как эволюционную данность человеческой жизни [7].

Известны стратегии сублимации боли: анестезия, дендизм (добровольное причинение себе боли для манифестации своей субъектности и свободы), письмо (описание, нарративы, обсуждение боли), эмпатия. Объясним данную терминологию. Под сублимацией (лат. *sublimare* – «возвышать») здесь понимается бессознательный защитный механизм психики и личности человека по вытеснению нежелательных или противоречащих ценностям установкам мыслей и чувств [14]. Сублимация также является ключевым механизмом культуры и цивилизации по преодолению конфликтов.

В онтобиосоциальной оптике эмпатия предстает сублимацией боли, способом преодоления боли. Как биологическая наука (биологический дискурс) объясняет эмпатию через ответную реакцию на боль? Эмпатия – это чувство, имеющее свою биологическую основу, или сенсомоторные, эмоциональные, когнитивные строительные блоки. При этом биологические факторы не являются непосредственной причиной поведения человека, они в основном настраивают чувствительность к внешним стимулам, которые лежат в основе поведения. В главе «Чужая боль: почувствовать, понять, облегчить» книги «Биология добра и зла. Как наука объясняет наши поступки» знаменитый нейробиолог Роберт Сапольски распознает эмпатию следующим образом: «Эмпатия, сочувствие, отзывчивость, участливость, имитация, "заражение" эмоциональным состоянием, "заражение" сенсомоторным состоянием, понимание точки зрения других людей, обеспокоенность, жалость...» [10, с. 464]. Отклик на чужую боль представляет собой «заражение» сенсомоторным состоянием, есть даже подражательная моторика при имитации, например, плача.

Биологическая суть эмпатии заключается в том, что все нейробиологические пути проходят через лобную либо переднюю поясную кору (ППК). К функциям ППК относятся обработка информации от внутренних органов (боль – главный тип внутренней информации) и отслеживание конфликтных чувств, когда полученное не совпадает с ожидаемым. На пересечении этих функций ППК стоит боль, которая также отслеживается. Общая работа ППК «относится к древним мозговым контурам. Переднюю поясную кору интересует, в чем смысл той или иной боли. Что это за боль – хорошая или плохая – и какова ее природа. А это значит, что восприятием боли на уровне ППК можно управлять... Передняя поясная кора, очевидно, получает сигналы от внешних и внутренних наблюдательных сенсорных постов. Верно и то, что ее нейроны посылают отростки в сенсомоторную кору, оповещая о части тела, которая болит, и концентрируя внимание именно на ней» [10, с. 470–471]. Кроме ППК, при возникновении контуров эмпатии подключаются миндалина и зона островка [10, с. 472].

Нейробиолог предикатирует внутреннее восприятие чужого состояния как резонанс. Он задается вопросом о том, каким способом происходит резонанс с несчастьями других людей и когда такой резонанс на чужую боль отсутствует (состояние индифферентности). Индифферентность – это блокирование принятия боли другого, чувство отстраненности и невовлеченности в чужие страдания. Резонанс с чужим состоянием имеет отношение к эмоциям и к разуму.

Эмоциональный резонанс может различаться как «сочувствие», когда возникает чувство жалости по поводу чьей-то боли. Он может вести к деятельной помощи страдающему человеку. Такая отзывчивость (участливость) исходит из внутренней добровольной мотивации (рисунок).



Индифферентность, сочувствие, участливость

Когнитивный резонанс, когнитивные элементы эмпатии соизмеримы с ПФК (префронтальной корой, лат. *cortex praefrontalis*) мозга, длПФК (дорсолатеральной префронтальной корой) мозга и ответственны за решение когнитивных задач (например, за распознавание, ощущение чужой эмоциональной боли). Речь идет о переживании боли, которую человек не испытывал и которая представляется как абстракция (картинка).

Для состоятельности эмпатии необходимы и чувства, эмоции, когниции, разум, поскольку они образуют непрерывный континуум, целостность нейробиологического взаимодействия.

Главный проблемный вопрос для идентификации феномена эмпатии заключается в том, приведет ли состояние эмпатии к действию или бездействию, к правильному поступку, к чувству исполненности. И здесь, как справедливо замечает нейробиолог, возникает дихотомия «просоциальные действия – дистанцирование, отстраненность при виде чужих страданий». Практическая рекомендация отсылает к увеличению дистанции между страдающим и наблюдателем. Слишком сильная и болезненная эмпатия наблюдателя препятствует эмпатической помощи страдальцу. Она становится ловушкой для наблюдателя, истощает его, замыкает на себе.

Эмпатия – атрибутивная составляющая биосоциального взаимодействия людей. Она включает способность разделять, переживать, понимать субъективный опыт других людей по отношению к себе. Как конструкт эмпатия состоит из аффективных (эмоциональное реагирование), когнитивных (распознавание замыслов, побуждений, чувств других людей), моральных (оценка чужих поступков) компонентов. Эмоциональная эмпатия проявляется в том, что человек «видит» эмоциональную боль другого человека и зеркально, автоматически чувствует то же самое. Когнитивная эмпатия заключается в том, чтобы понять причину «расстройства» человека и помочь ему. Здесь нужно акцентировать внимание на словах нейробиолога: «Наши самые худшие, ужасные поступки, за которые осуждают и наказывают, проистекают от причин биологических. Но не стоит забывать, что и лучшие наши поступки – тоже продукт биологических процессов» [10, с. 596].

Биосоциальная природа эмпатии, ее психические и поведенческие особенности проявляют себя в различных заболеваниях. Озвучим некоторые заболевания, при которых наблюдается дефицит эмпатии или искажается чувство эмпатии.

При лобно-височной деменции поражены лобные и височные доли головного мозга. Они отвечают за поведение, речь и личностные регистры человека. Такая форма деменции влечет изменения личности. У пациента, кроме изменения характера, потери

чувства стыда, критической рефлексии к себе и своему поведению, нарушается коммуникация с другими людьми и депривируется эмпатия. При болезни Альцгеймера наблюдается поведенческий вариант с искажением чувства эмпатии [17]. При расстройствах аутистического спектра, когда речь идет о нейроонтогенетическом расстройстве психического и поведенческого развития и в диагнозе озвучиваются такие симптомы, как коммуникативные трудности, повышенная тревожность, низкая социальная мотивация, наблюдаются трудности вербального общения и распознавания чужих эмоций, а эмпатия характеризуется своим «эмпатическим неравновесием», когда преобладает либо когнитивная, либо эмоциональная эмпатия.

Какие можно сделать выводы на основе проведенного выше дискурсивного анализа феноменов боли, эмпатии для установления коммуникативного баланса во взаимоотношениях «врач – пациент» и для предупреждения проблемы выгорания в медицинской профессии? Эмпатия – это способность понимать психические состояния других людей и реагировать на них адекватным образом, релевантной эмоцией. Чтобы избежать выгорания или «усталости эмпатии», необходимо провести границу между собой и другим человеком, переключиться с эмоциональной эмпатии на когнитивную, которая конструктивна и приводит к полезным действиям для того, кому хочется помочь.

В современных клинических коммуникациях при выстраивании эмпатической коммуникации, когда эмпатия – это этическая основа медицинского опыта, для разрешения семиотического конфликта между врачом и пациентом врач должен обращаться к субъективному и intersubъективному опыту болезни пациента, ориентироваться на пересекающиеся процессы объективации и субъективации боли и болезни, отчуждения и встречи (диалога с врачом). Это есть болезнь как *illness*, или жизнь-в-интерпретации, т.е. опыт болезни, включающий классификацию и объяснение страданий самим пациентом, когда значимость его голоса и желание быть услышанным учитываются врачом: «Болезнь как *illness* предполагает личные проблемы, связанные с функционированием в обществе, утратой возможностей, неутешительными перспективами. Без этого врач сужает проблему пациента, отвлекается от всего экзистенциального и социального, что присутствует в *illness*» [7, с. 25]. В императивном значении врач, будучи носителем гуманной и помогающей профессии, не может «по определению» игнорировать боль пациента.

Библиографический список

1. Брайдотти Р. Постчеловек / пер. с англ. Д. Хамис; под ред. В. Данилова. М.: Издательство Института Гайдара, 2021. 408 с.
2. Ветлесен А.Ю. Философия боли. М.: Прогресс-Традиция, 2010. 240 с.
3. Евстифеева Е.А. Страдание и боль как истоки эмпатии и эмоционального выгорания (часть 1) // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Науки об обществе и гуманитарные науки». 2025. № 3 (42). С. 5–11.
4. Евстифеева Е.А. Страдание и боль как истоки эмпатии и эмоционального выгорания (часть 2) // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Науки об обществе и гуманитарные науки». 2025. № 4 (43). С. 5–14.
5. Жуслен Ш. Человек боли. Введение в клинический подход. М.: Класс, 2020. 136 с.
6. Латур Б. Пересборка социального: введение в акторно-сетевую теорию / пер. с англ. И. Полонской; под ред. С. Гавриленко. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2014. 384 с.

7. Лехциер Л.В. Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literatūros namai, 2018. 312 с.
8. Лэнгле А. Почему мы страдаем? Понимание, обхождение и обработка страдания с точки зрения экзистенциального анализа // Национальный психологический журнал. 2016. № 4 (24). С. 23–33.
9. Павлов А.В. Постпостмодернизм: как социальная и культурная теории объясняют наше время. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2019. 558 с.
10. Сапольски Р. Биология добра и зла: Как наука объясняет наши поступки. М.: Альбина нон-фикшн, 2019. 766 с.
11. Срничек Н. Капитализм платформ. М.: Издательский дом Высшей школы экономики, 2020. 128 с.
12. Толстой Л.Н. Круг чтения. Афоризмы и наставления. М.: ЭКСМО, 2022. 1068 с.
13. Тульчинский Г.Л. Проективный философский словарь: новые термины и понятия / под ред. Г.Л. Тульчинского, М.Н. Эпштейна. М.: Алетейя, 2003. 512 с. URL: <http://hpsy.ru/public/x3012.htm> (дата обращения: 12.12.2025).
14. Фрейд З. Леонардо да Винчи. Воспоминание детства. М.: КПП, 2016. 82 с.
15. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem Press, 2025. 368 с.
16. Хайдарова Г.Р. «Феномен боли в культуре». СПб.: Издательство Русской христианской гуманитарной академии, 2013. 317 с.
17. Dissociable executive functions in behavioral variant frontotemporal and Alzheimer dementia / K.L. Possin [et al.] // Neurology Journal. 2013. Vol. 80. No. 24. P. 2180–2185. URL: <https://escholarship.org/content/qt5n90r2dv/qt5n90r2dv.pdf?t=rsdw9a> (дата обращения: 12.12.2025).

ON PAIN, EMPATHY AND COMMUNICATIVE BALANCE IN «DOCTOR – PATIENT» RELATIONSHIPS

E.A. Evstifeeva

Tver State Technical University, Tver

***Abstract.** In the context of philosophical discourse on pain, this article examines its ontological status as a real experience of anthropological existence. The author explains the problem of reducing pain to an object and discusses the objectification of pain in medical discourse, which leads to doctors distancing themselves from patients and depriving them of empathy as an attribute of doctor – patient communication. Pain is subjective and existentially experienced. It is argued that pain is a combination of physical, psychological and sociocultural factors, and that social behaviour is encoded in it. It is verbalised as the patient's narrative about their suffering. Based on social ontology, it is shown that pain, being a sign of power, is used as an instrument of punishment, since torture is the highest form of inflicting pain. In today's world of medicalisation, pain is sublimated through radical anaesthesia and narratives, which is a departure from the natural experience of pain as an evolutionary attribution. From an ontobiological perspective, empathy appears to be a sublimation of pain, a way of overcoming it. The biological discourse on empathy as the sublimation of pain recognises the biological basis of empathy as a behavioural act and highlights the problem of finding and establishing a*

boundary between prosocial actions to provide empathetic help and distancing oneself from another's pain. Biological science predicates the internal perception of another's state as emotional and cognitive resonance. To create communicative balance in the "doctor – patient" relationship and to prevent burnout in the medical profession, the doctor's imperative and maxims are oriented towards choosing between the intersecting processes of objectification and subjectification of the patient's pain and illness, towards accepting the illness as illness.

Keywords: *philosophical discourse on pain, objectification and subjectivity of pain, empathy as sublimation of pain, biological science of empathy, communicative balance in «doctor – patient» relationships.*

Об авторе:

ЕВСТИФЕЕВА Елена Александровна – доктор философских наук, профессор кафедры психологии, истории и философии, Тверской государственной технической университет, г. Тверь, Россия; e-mail: pif1997@mail.ru

About the author:

EVSTIFEEVA Elena Aleksandrovna – Doctor of Philosophy, Professor of the Department of Psychology, History and Philosophy, Tver State Technical University, Tver, Russia; e-mail: pif1997@mail.ru

УДК 1:80:82-1

ФИЛОСОФСКАЯ ПАРАДИГМА СТОИЦИЗМА В ПЕСЕННЫХ МАРШАХ ВЛАДИМИРА ВЫСОЦКОГО

О.А. Егорова

Тверской государственной технической университет, г. Тверь

© Егорова О.А., 2026

DOI: 10.46573/2409-1391-2026-1-12-18

Аннотация. *В статье на основе лексико-семантического и статистического анализа рассмотрена проблематика философского подтекста песенных маршей Владимира Высоцкого и, в частности, проанализированы отражения в них постулатов философии стоицизма. Выявлены ключевые тропы, способствующие раскрытию принципов стоической этики в некоторых маршах Высоцкого. При этом результаты статистического анализа образных средств продемонстрировали превалирование метафоры и антитезы в качестве инструментов раскрытия динамики стоицизма в данном пласте стихотворений поэта.*

Ключевые слова: *глобализация, стоицизм, антитеза, гиперболическая метафора, неологизм, аллюзия.*