

НАРРАТИВНЫЕ ЧЕРТЫ МЕДИЦИНЫ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ РИТЫ ШЭРОН**

В статье анализируется концепция нарративной сущности медицины, предложенная известным американским идеологом «нарративного поворота» в соматической медицине, врачом Ритой Шэрон. Анализируя филологические работы по нарратологии и применяя универсальные философские категории, Рита Шэрон определяет несколько конститутивных нарративных свойств медицинских практик. Выделяя такие феномены, как нарративная этика в медицине; «дар фабулизации», необходимый для дифференциальной диагностики; значимость единичного и др., Рита Шэрон вносит существенный вклад в современные гуманитарные исследования медицины.

Ключевые слова: нарратив, медицина, этика, интерсубъективность, фабулизация, единичность.

Нарратив ценен для писателя, антрополога, историка, биографа. В последние три десятилетия ценность нарратива была осознана и в медицине. Речь идет о нарративах пациентов и нарративной сущности самой медицины, причем не сводимой к традиционной для биомедицины практике ведения клинических нарративов («историй болезни»). Любому нарративу, как отмечает американский врач и идеолог «нарративного поворота» в соматической медицине Рита Шэрон, свойственно наличие событийности, хронологической последовательности, изменения исходной ситуации, наличие персонажа или агентов этих изменений и самого рассказа (устного или письменного) нарратора с определенной точки зрения. В отличие от классиков нарратологии, например русских формалистов или французских структуралистов, занимавшихся универсальными структурами текста как источниками их значения, Рита Шэрон отмечает, что только обобщающих, объективных законов языка недостаточно и что нужно менять направление исследовательских усилий. Без фигуры читателя, без единичного в тексте не понять его смысла. Она пишет о «поразительной уникальности каждого нарративного текста и неповторимости каждой нарративной ситуации – такими сложными и персональными оказались акты письма и чтения» [1, р. 40]. Поэтому сегодня теория нарратива стала более демократичной, популярной и доступной для специалистов с широким кругом интересов. В том числе и для медиков.

Весьма неожиданной, но чрезвычайно продуктивной выглядит мысль Шэрон о том, что медицина сама по себе гораздо более нарративна, чем кажется на первый взгляд, что у нее есть по меньшей мере пять нарративных черт, тех черт, которые присущи всякой нарративной практике – это *темпоральность, сингулярность, причинность/случайность, интерсубъективность и этичность*. Все эти пять черт значат-

* © Лехциер В.И., 2012

Лехциер Виталий Леонидович (lekhtsiervitaly@mail.ru), кафедра философии гуманитарных факультетов Самарского государственного университета, 443011, Российская Федерация, г. Самара, ул. Акад. Павлова, 1.

** Статья написана при поддержке гранта РФФИ (№ 11-06-00162-а).

ся уже в нарратологическом определении симптома болезни, того симптома, с которым врачи имеют дело каждый день: «Симптом или заболевание – это событие, случившееся с персонажем, часто вызванное чем-то определенным, в точно указанный период времени и при установленных обстоятельствах, которое должно быть рассказано другому с определенной точки зрения» [1, р. 41].

Рассмотрим поподробнее все пять универсальных конститутивных свойств нарративной практики в отношении к медицине.

Темпоральность (Temporality)

Темпоральность в литературоведении описывается в таких категориях, как «последовательность», «продолжительность», «синхрония», «диахрония», «скорость», «темп», «время истории» и «время самого рассказывания» (чтения, письма), «пролепсис», «ретроспекция» и др. Писатель подчинен времени, но и господствует над ним, и он все время с ним борется. Так и в медицине часто ведется борьба против силы времени: в родильной палате, реанимации, операционной, хосписе. Болезнь нарушает, разрывает обычную последовательность времени. Если врач находится внутри «естественного» векторного времени, то пациент – внутри безвременного страдания, у которого нет вектора. У них разное чувство времени, темпа, продолжительности. Кроме того, «время – необходимая медицинская координата в диагностике, профилактике, применении паллиативных средств или лечения. Время также является и незаменимой составляющей лечебных отношений: время выслушать, время определить, время вылечить» [1, р. 44]. От этого зависит политика приема пациента (очереди, по записи, в день обращения). Нельзя заставлять пациента ждать результатов биопсии все выходные. «На темпоральности основывается большинство диагностических и терапевтических актов» [1, р. 44]. Болезни иногда нужно дать проявить себя, нужно время для понимания. Ну и, конечно, медицинская практика должна быть вооружена «земным, живым чувством смертности», тогда как «текущая система здравоохранения полагает, что человек живет вечно» [1, р. 44].

Сингулярность (singularity)

Шерон отстаивает принцип единичного (неповторимого, уникального), коррелятивный нарративному знанию. Она полагает, что ни одна история не совпадает с другой и ни одно ее словесное представление, тем более ни один повествовательный акт никогда не совпадут с другими и не будут в точности воспроизведены. Думаю, что данное утверждение справедливо, если иметь в виду перформативную сторону нарративного акта или – если воспользоваться гуссерлевским понятийным аппаратом – его ноэтический аспект. Если в абстрактно трактуемой ноэме и можно было бы выявить те или иные универсальные структуры-сущности, то, следуя принципу всех принципов феноменологии, то есть рассматривая ноэму только в ее опосредовании ноэтическими актами, необходимо признать, что двух одинаковых нарративных актов не бывает даже по своему содержанию. На языке экзистенциальной аналитики данное утверждение может быть выражено еще более наглядно, поскольку даже переживание *того же самого*, например той же самой болезни, что у других, и даже наделение ее теми же самыми значениями, какими наделяют ее другие, все равно вплетено в мое индивидуальное экзистирование, в мою индивидуальную биографию, поэтому оно всегда *не то же самое для меня*.

Медицина как естественная наука привыкла иметь дело со всеобщим. Медицинское знание основано на универсальности, стандартности. Врач ставит типичный диагноз, классифицирует, обобществляет болезнь пациента. Все это так. Но врач

явно недооценивает, как считает Шэрон, уникальность и творческую природу процессов собственного наблюдения и уникальность болезни пациента. Именно поэтому пациенты напомнили о своей уникальности небывалым ростом числа нарративов о болезни, опубликованных за последние десятилетия³, направленных на восстановление собственной единичности: «...новое авторство пациентов над их болезнью может оказать необычайное влияние на способность медицины выявить единичное не только в каждом случае псориаза, но и в каждом пациенте, в каждом враче» [1, р. 47].

Однако, замечает Шэрон, имея в виду, конечно, американские реалии, в медпрактике есть изменение в сторону понимания сингулярности болезни. Медпомощь в своих назначениях стала более индивидуально ориентированной, учитываются индивидуальные особенности пациента, сопутствующие заболевания, генетика, предпочтения пациента. Становятся вновь популярными выезды на дом, так как там есть возможность оценить всю индивидуальную ситуацию болезни. А, в свою очередь, рефлексивное письмо, практикуемое студентами и врачами, помогает им оценить их собственную сингулярность, собственный индивидуальный опыт и путь в медицине, дабы улучшить оказываемые услуги.

Причинность/случайность (causality/contingence)

У всякого нарратива, как говорит нарратологическая теория, имеется фабула — причинно-следственная связь событий, являющаяся по сути истолкованием этой связи. Причинность в нарративе — человеческое изобретение, следствие фабулизации. Понятие фабулизации (emplotment) у Шэрон звучит эпизодично, между тем оно крайне эвристично и может быть использовано в споре с убежденными объективистами. «Фабулизация, — пишет Шэрон, — это действие не рассказа, но рассказчика» [1, р. 49]. Поэтому с одними и теми же событиями возможна разная фабула, они могут быть по-разному рассказаны. «В зависимости от точки зрения рассказчика, его намерения и позиции одна и та же цепочка событий может быть рассказана таким образом, что получается несколько противоположных фабул» [1, р. 49]. Для пациента, который спрашивает «почему все это случилось со мной?», поиск причины имеет экзистенциальные основы — это попытка приручить опасность, побороть страх перед неизвестным. Но так и в науке, и в литературе — поиск причинности есть реакция на опасную неизвестность. Фабулизация соединяет причинность и событийность. Фабула приводит события к одной из множеств концовок.

Медицинская диагностика — яркий пример фабулизации. Дар фабулизации (giftofplot) у врача — это его умение искать различные причинно-следственные отношения между симптомами и ситуациями, о которых рассказывает пациент. Внутри простого рассказа может быть скрыто множество фабул, множество мотивов и предпосылок, множество моментов, которые могут считаться «началом» истории. Недостаточно останавливаться на очевидной и наиболее предсказуемой линии

³ О методологических проблемах работы с опубликованными пациентскими нарративами или «патографическим письмом» см. одно из первых исследований на эту тему Анны Хокинс «Реконструируя болезнь: Изучение Патографии» [2]. Любопытно в отношении этой книги замечание известного американского социолога и медантрополога Артура Франка, который полагает, что термин «патография» в данном случае некорректен, потому что им не пользуются сами пациенты, и это есть уже некоторая медиализация пациентского нарратива. Франк считает, что врачи должны быть очень внимательны к тем терминам, которые применяют сами больные, создавая свои истории [3, р. 191].

сюжета. Глубокий дифференцированный диагноз – это результат креативных процедур фабулизации. «Это и есть нарративная медицина на практике» [1, р. 50]. Сегодня, когда медицину справедливо критикуют за то, что она чаще всего просто устраняет симптомы, чем ищет их причины, то есть является симптоматической медициной, когда причины целого ряда симптомов заболеваний просто неизвестны или трудно устанавливаемы, диагностический дар фабулизации, то есть по сути нарративный дар, крайне востребован в медицине.

Интерсубъективность (intersubjectivity)

С точки зрения литературоведения нарратив – это когда «кто-то сообщает другому о том, что что-то произошло» [1, р. 52], то есть необходимы рассказчик и слушатель, писатель и читатель, коммуникативное объединение одного человека с другим. Нарративные акты производят отношения, вовлекают в интерсубъективную связь. Эта связь носит трансформирующий в отношении участников коммуникации характер. Это «интерперсональное событие», «преобразующий процесс» [1, р. 52], читатели меняются под влиянием чтения. В отношениях писатель/читатель, больной/врач, психоаналитик/пациент, слушатель/рассказчик существуют напряженность и амбивалентность, вместе создающие интерсубъективные связи. С одной стороны, «акт рассказывания или написания включает в себе нападение, проникновение в смыслообразующий аппарат другого человека, чтобы сохранить там то, чем мы хотим поделиться» [1, р. 53]. С другой стороны, рассказывающий открывается сам, и на слушателя это накладывает определенные обязательства.

Шэрон, таким образом, исходит из модели искреннего диалога. Искренность взаимодействия создается в актах интимности и доверия. Она подчеркивает, что терапевтические отношения реализуются в словах. Они текстуальны даже в большей степени, чем телесны. Именно текстуальность определяет эти отношения. Это не рыночные, не любовные, не дружеские, не соседские, не чувственные отношения, но это именно отношения, и они сложны, поскольку основаны «на сложных текстах, которые совместно используют врач и пациент» [1, р. 54]. С Шэрон можно согласиться: имеется очевидный аспект параллельности медицины и литературы. Литература интересна медицине не только своими произведениями о болезнях, но и своими интерсубъективными связями, перформативным, коммуникативным аспектом. Тут врачам есть чему поучиться у литераторов и литературоведов.

Этичность (ethicality)

Шэрон предлагает абсолютно нетривиальную и перспективную с точки зрения философии коммуникации тему, стирающую границы между здравоохранением и литературоведением. Она пишет о «нарративной этике», имея в виду этику, имманентную нарративной деятельности. Привычный для нарративной философии и психологии ход, связывающий наррацию и этику, заключается в том, что нарратив трактуется как форма любой этической теории, способ обсуждения морали, демонстрации того, что мы должны, а что не должны делать, что истории расставляют этические координаты, повествуют о правильной или неправильной жизни. Такая связь нарратива и этического опыта отмечается в трудах Макинтайра, Брунера и других представителей «нарративного поворота» в антропологической мысли [4; 5]. Но Шэрон предлагает нечто иное. Имманентная нарративная этика основана на тезисе, что чтение или письмо – это «действия с высокими ставками» [1, р. 55], что повествование предъявляет требования ко всем участникам нарративной коммуникации, налагает на них определенные обязательства.

И в этом смысле нарративная этика имеет несколько аспектов. Во-первых, *реципиент нарратива* (читатель, слушатель) — в долгу перед рассказчиком, поскольку ему оказано колоссальное *доверие*, он удостоен уникальной интимности, ему дано знание. Тем более это справедливо в том случае, когда рассказчик доверяет слушателю свою автобиографию, рассказ о собственной жизни. В этом случае лояльность слушателя изначально предполагается: «читатель автобиографии косвенным образом подписывает соглашение воспринимать прочитанное с позиции рассказчика, по крайней мере в начальной стадии» [1, р. 77]. Читатель или слушатель добровольно «присоединяется к проекту говорящего раскрыть и найти свою сущность», иначе он осуществляет «нарративное вероломство» [1, р. 77]. Эта мысль принципиально важна для концепции Шэрон, поскольку она видит в пациентских нарративах (устных или письменных) поджанр жизнеописаний, так что «...выслушивание в больнице выполняет функцию косвенного восприятия биографии» [1, р. 78]. Действительно, начиная с рассказа о теле, пациент-рассказчик выходит на свои самые важные отношения в жизни.

Более того, поскольку автобиографический рассказ есть всегда запрос на признание *другим* твоего существования, значимости твоего опыта и рассказ пациента в том числе есть запрос на признанность со стороны того, кто воспринимает этот рассказ (врача, медсестры, родственников, социального работника, друзей, коллег по несчастью), то слушанье, выслушивание есть акт онтологический и аксиологический одновременно. Слушать — значит признавать другого в его опыте, в его страдании и одновременно предоставлять говорящему возможность существовать.

Во-вторых, этика нарративного акта предполагает неизменное моральное обязательство жить в соответствии со сказанным. Здесь Шэрон актуализирует античный идеал парезианства, востребованный в новейшей философии различными фигурами от Кьеркегора до Фуко. Потому что выразить что-то — значит сделать что-то навсегда и ответственно.

В-третьих, акт восприятия рассказа несет в себе обязательство — жить в соответствии с воспринятым, то есть отвечая на услышанное. Ответная реакция является обязательной и в то же время свободной, так как я сам беру на себя ответственность за нее. Конечно, такая открытость несет в себе риски, поскольку реципиент может оказаться во власти манипулятивной силы рассказчика. Тем не менее Шэрон рисует образ нарративного акта в медицине, напоминающего *герменевтический диалог*, описанный Гадамером. Быть слушателем — значит быть союзником пациента, партнером и признавать его страдания, уважать его. Слушающий респонзивен и активен, он задает вопросы, придает форму беседе, исследует, проверяет гипотезы, он поощряет рассказчика и побуждает к рассказу. Но его активность направлена на то, чтобы услышать истинный голос рассказчика, содержащийся в нем экзистенциальный запрос. «Слушающий должен слушать как инструмент говорящего» [1, р. 58].

Таким образом, Рита Шэрон нащупывает пути к новому пониманию медицинской этики. Как и ряд других современных врачей и теоретиков медицины, она видит ограниченность биоэтики, рожденной в горизонте против врача, каковой является не только классическая медицинская этика принципов, но и конвенциональная этика или этика автономии пациента. Эта этическая позиция приводит к тому, что врачи начинают скрывать свое мнение по тем или иным вопросам лечения, перекладывая бремя решения на пациентов и их родственников — «дошедшая до крайности защита пациента приводит его к изоляции» [1, р. 206]. Шэрон, как, например, и немецкий врач и философ Клаус Дернер [6], видит в медицине имманентную этичность, проистекающую как раз из нарративной сущности медицины:

«этичность нарративной медицины непосредственно и органично возникает из ее практики и не нуждается в приложении отдельной функции «биоэтики». Тот факт, что этот вид практического применения медицины пропитан внутренней этичностью, изменит существующую медицинскую практику; пока еще не ясно, как это случится, но начало этим изменениям уже положено» [1, p. 210].

Все пять выделенных Шэрон конститутивных аспектов нарратива, разумеется, связаны друг с другом. Сингулярность переплетается с интерсубъективностью, из которой имманентным образом вытекает этичность, а темпоральность необходимо связана с причинностью. Второе, филологическое образование и способность к философскому категориальному мышлению дали возможность врачу Рите Шэрон по-новому взглянуть на сущность медицинских практик, обнаружить в них универсальную гуманитарную составляющую.

Библиографический список

1. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness / Rita Charon. N.Y.: Oxford University Press, 2006.
2. Hunsaker Hawkins Anna. Reconstruction Illness: studies in Pathography. West Lafayette: Purdue University Press, 1993.
3. Frank A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago: University Of Chicago Press, 1997.
4. Макинтайр А. После добродетели. М.: Академический проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
5. Bruner J.S. Life as narrative // Social Research. 2004. Vol. 71. № 3 (spring 1987).
6. Дернер К. Хороший врач: учебник основной позиции врача. М.: Алетея, 2006.

*V.L. Lekhtsier**

NARRATIVE FEATURES OF MEDICINE IN RITA CHARON'S INTERPRETATION

This article analyses the concept of narrative essence of medicine, introduced by a prominent American ideologist of «the narrative turn» in somatic medicine, Doctor Rita Charon. Based on the analysis of philological works on narratology and using universal philosophical categories, Rita Charon points out several narrative features of medical practices. Highlighting such phenomena as narrative ethics in medicine, the gift of emplotment, necessary for differential diagnostics, the importance of singleness etc., Rita Charon makes considerable contribution into contemporary humanitarian research in medicine.

Key words: narration, medicine, ethics, intersubjectivity, emplotment, singleness.

* *Lekhtsier Vitaliy Leonidovich* (lekhtsiervitaly@mail.ru), the Dept. of Philosophy of Humanitarian Faculties, Samara State University, Samara, 443011, Russian Federation.