

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

США, Гальвестон, Техас.
Институт гуманитарных исследований в области медицины.
Директор. М. Д., Ph. D, Профессор.

USA, Galveston, Texas.
Institute for the Medical Humanities. Director.
M. D., Ph. D. Professor.



ИЗ КНИГИ «ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ»

(HOWARD BRODY, M. D., PH. D. STORIES OF SICKNESS (YALE UNIVERSITY PRESS, 1987,
ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ — 2003)

Перевод: Владимир Николаевич ЧУЛКИН / Vladimir CHULKIN

Публикуемый текст — это перевод фрагментов двух первых глав монографии «Истории болезни». Первая глава посвящена использованию историй в клинической практике, в так называемой медицинской казуистике, в особенности значимой для медицинского образования. Описание конкретных случаев соединяет безличное научное знание с индивидуальной реальностью болезни. В главе также говорится о необходимости согласований между медицинским отчетом и рассказом пациента о своем заболевании. В главе говорится об основных этапах «нарративного поворота» в области медицины, о совместном творении врачом и пациентом историй, обладающих лечебным потенциалом, в особенности для хронических больных, а также об историях как способах надления смыслом своих личных переживаний и соотнесения их с концепциями общества и культуры. Вторая глава ставит систематический вопрос: что такое история? Автор апеллирует к филологической, философской и антропологической трактовкам сущности нарратива, обсуждает его темпоральные и этические характеристики, описывает сложности нарратива в ситуации живой коммуникации и его связь со всем культурным контекстом, с культурными прототипами историй.

Ключевые слова: медицина, нарратив, история, случай, научное знание, субъективный смысл, культура

Stories of Sickness

The present text is a translation of the first two chapters of the monograph «Stories of Sickness». The first chapter is devoted to the use of stories in clinical practice, the so-called medical casuistry, especially important for medical education. The description of real case studies combines impersonal scientific knowledge with the individual reality of the disease. The chapter also addresses the need for coordination between medical records and the patients' stories of their illness. This chapter covers the basic stages of the 'narrative turn' in the field of medicine, the joint creation of doctor-patient stories with healing potential, especially for the chronically ill, as well as the stories as a way to empower their sense of personal experiences and relating them to the concepts of society and culture. The second chapter posits a systematic question: What is a story? The author appeals to philological, philosophical and anthropological interpretations of the nature of narrative, discusses the ethical and temporal characteristics of narrative, describes the complexities of narrative in situations of real communication, and its relation with the whole cultural context, the cultural prototypes of stories.

Key words: medicine, narrative, story, case, scientific knowledge, subjective meaning, culture

Гл. 1. Рассказывание историй в медицине

Лечение как рассказывание историй — истории врачей

...Гиппократ обвиняют том, что, заменив сверхъестественное объяснение болезней естественнонаучными теориями, он создал основы медицинской практики, в которой врач не говорит с пациентом¹. В западной медицине сложилась устойчивая традиция уделять основное внимание таким вещам, как пальпация живота или анализ остатка мочи, а к любым разговорам

относиться как к чему-то второстепенному. Эта традиция упускает то, что бросается в глаза при беглом чтении Гиппократа или последующих классиков медицины, а именно: каков бы ни был статус беседы (это мы обсудим ниже), в медицине беседы врача с пациентами, несомненно, играют центральную роль. Эти беседы часто принимают форму рассказывания историй. Начиная с Гиппократа и до наших дней, описание медицинских случаев являлось краеугольным камнем медицинской литературы и доминировало в умах врачей.

Может показаться, что научная база современной медицины ослабила упор на рассказе об истории болезни. Но если переход от описаний медицинских случаев к научным теориям

¹ Cassell E. J. The Healer's Art. Philidelphia: Lippincott, 1976. P. 56.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

на одном уровне представляется грандиозным успехом, то на другом уровне этот переход можно считать потерей. Профессор литературы Кэтрин Монтгомери, приглашенная в крупный медицинский центр для обучения студентов-медиков, стала посещать медицинские конференции просто из чувства любопытства. Через некоторое время она обратила внимание на нечто, постоянно повторяющееся в этих дискуссиях. Вне зависимости от темы дискуссии все начиналось с ритуала восхваления научного метода и осуждения того факта, что до открытия истинной физиологической и биохимической основы той болезни, о которой велась речь, большое число несведущих лечащих врачей было вынуждено полагаться на словесные описания болезней.

Далее конференция рассматривала эту физиологическую основу, проиллюстрированную слайдами, до краев наполненными данными. Наконец, докладчик говорил следующее: «А теперь, позвольте мне проиллюстрировать полученные данные случаем из моей практики. Однажды ко мне обратился мужчина, который...» В этот момент уже наполовину сонная, загруженная продемонстрированными данными аудитория поднимала голову. Презренный рассказ о медицинском случае появлялся вновь в качестве информационного моста между общими медицинскими знаниями и конкретными проблемами пациента, которого могли бы встретить в своей клинике врачи, сидящие в зале. Никто, казалось, не замечал иронии контраста между ритуалом порицания рассказов о болезни и безупречной привлекательностью слов «Однажды ко мне обратился мужчина, который...»².

Когда Монтгомери глубже изучила этот феномен, она сделала вывод о том, что имеется существенная нарративная составляющая в научной медицинской практике. Монтгомери провела параллель между этическим методом казуистики (рассуждений, основанных на рассмотрении конкретных случаев) и клиническим рассуждением врача-эксперта. Этот параллелизм объясняет, почему многие считают уместным использовать казуистику в качестве методологии с точки зрения клинической медицинской этики. Казуистика задействует как общие принципы (или моральные правила, такие как, например, «не лги»), так и многочисленные случаи, которые иллюстрируют приложение этих правил с определенной степенью точности и полемичности. Этическая мудрость лежит не в простом знании принципов. Она возникает из понимания сложного переплетения между принципами и конкретными случаями, из понимания, например, того, почему один случай дает ясный и четкий пример применения принципа, в то время как другой делает это чисто умозрительно и очень неупорядоченно, если вообще делает. Подобно этому, медицинская практика заключается не просто в понимании медицинской науки. Практика включает в себя применение науки (биологического обобщения) для индивидуальных случаев³. Без набора примеров

конкретных случаев (из которых можно выбирать) медицину нельзя ни изучать, ни применять на практике. Обучение врача включает в себя следующее: во-первых, научиться описывать болезнь пациента в стандартном общепринятом формате (медицинская история или изложение случая). Затем, научиться сравнивать это изложение с коллекцией сравнительных случаев в рамках правильно отобранной научной категории, чтобы можно было извлечь правильный диагноз и правильное лечение⁴. «Правильный» ответ на рассуждения о диагнозе и лечении требует как глубокого понимания основ науки, так и учета всех особенностей встретившегося на практике случая, что, в свою очередь, может потребовать модифицировать стандартный метод лечения.

Поэтому, когда доктор Группмэн сделал вывод, что Синди Кохен страдает от СПИДа и нуждается в определенном лечении, он, как медик, обратился к чему-то большему, чем научные знания о ретровирусе. По существу, он обратился к набору случаев, которые встречались в его работе с пациентами, больными СПИДом, и к набору случаев, о которых он читал в литературе, а также слышал на конференциях и личных беседах с коллегами. По крайней мере, в этом отношении, медицинская практика доктора Группмэна отразила то же, что и практика его древнего предшественника, Гиппократ.

История болезни, рассказанная врачом в медицинских целях, неизбежно будет в большей степени отличаться от той истории, которую расскажет о той же болезни пациент. Врачей учат относиться к нам как к биологическим организмам, которым нужно поставить диагноз и которых нужно лечить. Как правило, мы к себе так не относимся. Рассказ ученого наблюдателя о том, как биологический организм перестает нормально функционировать, обязательно будет сильно отличаться от рассказа людей, описывающих собственные субъективные переживания по поводу случившейся у них болезни. Само по себе это различие в описании не свиде-

всегда представляют собой науку. Горовиц и Макинтайр (Gorovitz S., MacIntyre A. Toward a theory of medical fallibility. // *Journal of Medicine and Philosophy*, 1, 1976. P. 51–71.) утверждают, что в определенных частных случаях это наука, а вот научные описания в таких областях как экология и метеорология (скажем, описания экосистемы солевого болота или причины возникновения определенного урагана) в большей степени начинают содержать в себе черты, свойственные рассказам. В своей работе Горовиц и Макинтайр предложили рассматривать медицину как науку, основываясь на тех примерах, где в определенных частных случаях возможен научный подход. Тем не менее, позже я приведу доводы против того, чтобы рассматривать медицину как какую-либо науку.

⁴ «Чем дольше я работал в реанимации, тем яснее осознавал тот факт, что, несмотря на кажущееся бесчисленное множество уникальных несчастий, которое может свалиться на голову человека, насчитывалось всего лишь около ста элементарных недугов, приводящих человека в больницу, таких как, например, боль в груди, проблемы с кишечником или депрессия. Я стал распознавать повторяющийся шаблон жалоб и улавливал не только то, что наблюдалось в каждом конкретном случае, но и нечто общее, что объединяло его со всеми предыдущими случаями. Люди в большей степени похожи, чем различны. Так что, когда человек приходит к доктору и озвучивает свою жалобу, он неосознанно присоединяет себя к сообществу предыдущих пациентов, тем самым позволяя врачу причислить его к множеству подобных случаев» (Hoffman S. A. *Under the Ether Dome: A Physician's Apprenticeship at Massachusetts General Hospital*. New York: Charles Scribner's Sons, 1986. P. 170–171).

² Hunter K. M. «There was this one guy...»: the uses of anecdotes in medicine. // *Perspectives in Biology and medicine*, 29, 1986. P. 619–630.

³ Рассмотрение медицины в качестве искусного ремесла (не науки), которое применяет биологию к специфическим человеческим случаям, показано в работах Пеллегрини и Томаса (Pellegrino E. D., Thomasma D. C. *A Philosophical Basis of Medical Practice*, NY: Oxford University Press, 1981). В любом случае, нужно учитывать, что использованные здесь общие законы и статистические описания не



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

тельствует о том, что врачи потеряли чувствительность к человеческим аспектам своей профессии. Монтгомери настойчиво заявляет, что пациенты приходят к врачам именно для того, чтобы те поставили диагноз и лечили, то есть, чтобы врачи работали над ними. Было бы недальновидным требовать от врачей иных описаний, в то время как медицинская история — это именно то, что им требуется для выполнения своей работы. Итак, медицинское описание болезни нельзя отбросить и заменить рассказом пациента (или кого-нибудь еще). Тем не менее, после того, как болезнь описана с позиций врача, установлен первичный диагноз, произведено лечение, врачи могут подпасть под справедливую критику за то, что не учитывают должным образом взаимосвязь медицинского учета о болезни и рассказа пациента о своих переживаниях. Врачи не должны полагать, что медицинское описание это и есть описание пациента, и что для полноценного лечения не требуется никаких согласований между этими двумя описаниями.

Врачи сделали работу не полностью, если они только взяли рассказ пациента, переложили его на медицинские термины и использовали для постановки диагноза и определения требуемого лечения, — говорит Монтгомери. Для того, чтобы все было сделано правильно, следует возвратить историю пациенту: «Когда медицинская интерпретация рассказа пациента проведена неполно, невнимательно, небрежно, то теряется лечебный потенциал. Точно также встреча пациента и врача многое теряет для полного исцеления, если история не возвращается пациенту»⁵. Итак, если все делать правильно, то от использования процесса лечения в качестве источника истории мы естественным образом приходим к истории в качестве средства лечения.

Монтгомери показала, что рассказы являются важными средствами восприятия. Она показала, как научное знание в его всеобщности может применяться к индивидам во всей их индивидуальности⁶. Но в настоящее время упор на науч-

ную сторону медицины возрос до такой степени, что это привело к пренебрежению профессиональными и моральными аспектами. В настоящее время мы редко встречаем врачей, подобных Ричарду Селзеру, чьи короткие рассказы — это не только естественные результаты его хирургической практики, но также, что очень важно, это существенная черта самой практики⁷. Точно также, редко встретишь такого понимающего врача, как хирург одного моего знакомого. Мой знакомый как-то услышал от своего хирурга такое высказывание: главная награда врача — это возможность целый день сидеть в офисе и выслушивать пациентов, которые приходят и рассказывают истории своей жизни, делая это искренне, во всей полноте и с интимными подробностями.

Ритуальная потребность принизить значения рассказов в медицине может принимать несколько форм, а вина за результат, как правило, возлагается на пациента. Перегруженные работой и вечно спешащие врачи нетерпимы к любой информации, услышанной от пациента, если эта информация не сформулирована в виде стандартной «медицинской истории», или, по крайней мере, не может быть с легкостью переведена в этот стандарт, как будто пациенты должны сначала изучить специфический язык медицины и только после этого позволить себе заболеть. С пациентом, который настойчиво сообщает информацию, которую не удастся втиснуть в прокрустово ложе стандартной медицинской истории и систематического обзора, обращаются бесцеремонно, общая в утреннем отчете: «Пациент не способен ясно рассказать свою историю»⁸. Предположим, что рассказывание историй на самом деле играет важную роль в повседневном подсознательном мире врача. Тогда не стоит удивляться, что такие невнимательные врачи закончат свою повседневную практику с чувством разочарования и неудовлетворенности. На самом деле, они (врачи) могут поддаться искушению и, будучи в далеком от их практики социальном окружении, рассказать свои истории о пациентах. В другом социальном окружении они не побоятся насмешек, а их побуждения рассказать свои истории не ослабят традиционное уважение к врачебной конфиденциальности⁹. Явление, которое мы в настоящее время называем «врачебное истощение», по-видимому, связано с тем, что им некому рассказывать истории из своей практики, и почти невозможно самим понять значение этих историй¹⁰.

потому что данная работа уделяет основное внимание переживанию болезни с точки зрения пациента.

⁷ Beppu K., Tavormina M. T. The healer's art: an interview with Richard Selzer. // Centennial Review, 25, 1981. P. 20–40.

⁸ Coulehan J. L. Who is the poor historian? // JAMA, 252, 1984. P. 221.

⁹ Weiss B. D. Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. // JAMA, 247, 1982; Siegler M. Confidentiality in medicine — a decrepit concept. // New England Journal of Medicine, 307, 1982.

¹⁰ Для дальнейшего изучения вопроса об истощении и дефиците эмоциональной/духовной поддержки см.: Novack D. H. and others. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. // JAMA, 278, 1997; Saba G. W. What do family physicians believe and value in their work? // Journal of the American Board of Family Practice, 12, 1999; Weiner E. L. and others. A qualitative study of physicians own wellness-promotion practices. // Western Journal of Medicine, 174, 2001. P. 19–23.; Halpern J. From Detached concern to Emphaty: Humanizing Medical Practice. NY: Oxford University Press, 2001.

⁵ Hunter K. M. Doctor's Stories: the Narratives Structure of Medical Knowledge. Princeton: Princeton university Press, 1991. P. 125.

⁶ Внимание Монтгомери сосредоточено на «врачебных историях» до той степени, до какой эти истории функционируют в сердцевине медицины, диагностики и лечения. Её «врачебные истории» не являются исчерпывающими, потому что врачи могут также рассказывать истории о том, что значит заниматься врачебной практикой в рамках определенных институтов и сообществ, и каким образом принадлежность к их профессии соотносится с другими аспектами их жизни. В рамках узкого эпистемологического среза медицины, который в основном рассматривает Монтгомери, можно утверждать, что врачебные истории меняются незначительно в течение десятилетия или даже столетия. Но если рассматривать современность, приблизительно начиная с 1970-х годов, или в течение того времени, когда можно было сказать «Доктор Велби здесь больше не живет» (Weir D., Castellani B. Conflicting plots and narrative dysfunction in health care. // Perspective in Biology and Medicine, 42, 1999. P. 549), то можно заметить, что нарративы о жизни и деятельности американских врачей получили иной характер по сравнению с типичными нарративами времен «героической» эры медицины середины двадцатого столетия. Веар и Кастеллани упоминают эти нарративы настоящего времени в качестве дисфункциональных нарративов, поскольку практически уже нет всеобщей согласованности по поводу того, что нужно говорить о современной и будущей медицинской практике. Хотя, в общем, все считают, что героическая эра ушла навсегда. Тем не менее, я уделяю немного времени обсуждению такого вида нарративов,



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

Растущий интерес к медицине как нарративу

До середины 1980-х годов медицинская литература не проявляла заметного интереса к нарративу и рассказу. Неудивительно, что поначалу лишь психиатрия демонстрировала систематический интерес к повествованию, в особенности психоанализ. Джеймс Хиллман, например, спокойно отрицал эмпирическую или научную основу психоанализа, заявляя, что это особая форма поэзии («создающая с помощью воображения и выраженная словами») ¹¹. Занятие психоанализом заключается в создании особого вида историй, которые имеют сильное воздействие на тех, о ком и кому они рассказываются. На поверхности эти истории кажутся эмпирическими и не научными, поскольку именно такая форма придает им силу воздействия. Далее, эти истории имеют особое воздействие на пациентов, потому что они из-за своего странного поведения или мыслей, пугают тех, кто мог бы предложить им помощь в понимании, или же эти люди молчат из страха, что могут оттолкнуть других от себя ¹². В противоположность этому, Евгений Броди и Джудит Торми ¹³ не хотели расставаться с эмпирическим основанием психоанализа так легко. Они допускали, что «реальность», созданная в процессе психоанализа является интересубъективной и зависит как от теории психоанализа (поэтому сами по себе истории нельзя использовать в качестве независимого эмпирического доказательства истинности теории психоанализа), так и от продолжающейся взаимности отношений между аналитиком и пациентом.

В этой связи «интерпретации психоаналитика — это плоды его воображения, цель которых — представить поведение так, чтобы оно было понятным» ¹⁴. Понятность — это функция глубокой структуры («басня» в терминах Хэпберна ¹⁵ или «сюжет» в терминах психоаналитического отчета Хиллмана ¹⁶), которую разделяют как психоаналитик, так и пациент. Психоаналитическая теория должна интерпретироваться не как гипотеза, которая допускает свое опровержение ¹⁷, а скорее как «теоретическая конструкция, которая служит принципом отбора и организации» фактов при формулировании истории жизни пациента ¹⁸. Далее, поскольку психоанализ в своей основе преследует не исследовательские, а терапевтические цели, то неоспоримым критерием успешности действий является именно

влияние вновь созданной истории жизни пациента на облегчение его страданий ¹⁹.

Почти одновременная публикация первого издания «Истории болезни» и произведения Артура Клейнмана «Нарративы о болезни» в 1987 и 1988 году явились первым сигналом о появлении интереса к нарративу в области медицины ²⁰. Такой «нарративный поворот» в области лечебных профессий отражал явный фундаментальный интерес к нарративу, появившийся одновременно во многих отраслях — религии, психологии и литературе. Новый интерес к нарративу был сигналом к тому, чтобы обратить внимание на истории в медицине, а также посмотреть на медицину с междисциплинарной стороны. В 1991 году появились «Рассказы врача», автор — Кэтрин Монтгомери Хантер. Анна Хансейкер Хокинс опубликовала научное исследование рассказов пациентов об их болезнях — описания болезней ²¹. Литературный исследователь и профессор в медицинской школе Анна Худсон Джонс (Anne Hudson Jones) начала публиковать серии статей по литературе и медицине в «Ланцете» в 1996; за ними последовала Британская антология под названием «Медицина, основанная на нарративе» в 1998 ²². В 1997 году выходит «Истории и их ограниченность», записки национальной конференции по нарративной этике в области здравоохранения. Сегодня уже не кажутся странными идеи, что понимание того, какие истории пациенты рассказывают врачам, может пролить важный свет на медицинские вопросы; что лучшее понимание медицинских нарративов является ключом к открытию некоторых аспектов медицинского знания; и что нужно учить студентов медицинских специальностей определенным нарративным навыкам.

Рассказывание историй в качестве лечения

Проект, который породил одну из первых книг, посвященную отношению между литературой и медициной ²³, упоминался как «Искусство исцеления в диалоге». Включение литературы в список искусств исцеления является правомерным, если иметь в виду различные способы, в которых сам рассказ может действовать как целительное средство.

¹¹ Hillman J. The fiction of case history: a round. // Wiggins J. B. ed. Religion as Story. NY: Harper&Row, 1975. P. 124.

¹² Один историк, занимающийся историей психиатрии, заметил, что американская психиатрия последних трех столетий может быть объединена единой «основной жалобой пациентов»: «Никто не желает слушать мою историю». Я признателен Ричарду Моллика (Richard Mollica) за этот комментарий неизвестного историка (Итоговые психиатрические обходы, Больница Святого Лоренса, Ланзин, штат Мичиган, 6 февраля, 1986).

¹³ Brody E., Tormey J. F. Clinical psychoanalytic knowledge — an epistemological inquiry. // Perspectives in Biology and medicine, 24, 1980.

¹⁴ Ibid. P. 148

¹⁵ Hepburn R. W. Vision and choice in morality. // Proceedings of the Aristotelian Society, 30, supp., 1956. P. 14–31.

¹⁶ Hillman J. The fiction of case history: a round. // Wiggins J. B. ed. Religion as Story. NY: Harper&Row, 1975.

¹⁷ Grunbaum A. Epistemological liabilities of clinical appraisal of psychoanalytic theory. // Nous, 14, 1980. P. 307–385.

¹⁸ Brody E., Tormey J. F. Clinical psychoanalytic knowledge — an epistemological inquiry. P. 149

¹⁹ В конечном счете, Броди и Торми утверждают, что имеются три критерия «истины» в обоснованности психоанализа: в смысле распознавания обычной «истории» в качестве «небылицы»; в эмпирическом смысле соответствия событиям истории и той истории, которую наблюдают другие люди; и в прагматическом смысле.

²⁰ Некоторые могли бы увидеть в качестве самой важной даты в этой эволюции появление первого выпуска журнала «Литература и Медицина» в 1982 г., хотя набор статей, посвященных нарративу в медицине в этом журнале, по сути, считался относящимся к междисциплинарной области. Для краткого обзора того, как в определенных случаях область литературы и медицины может влиять на врачебную практику, см. Charon R. Brody H. et al. Literature and medicine: contributions to clinical practice. // Annals of Internal Medicine, 122, 1995. P. 599–606.

²¹ Hawkins A. H. Reconstructing Illness: Studies in Pathography. 2nd ed. West Lafayette. IN: Purdue University Press, 1999.

²² McClellan M. F., Jones A. H. Why literature and medicine? // Lancet, 348, 1996. P. 109–11; Greenhalgh T., Hurwitz B. Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice. London: BMJ, 1998.

²³ Trautmann J., Pollard C. The Healing Arts: Literature and Medicine. Carbondale. IL: Southern Illinois University Press, 1982.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

Страдание вызывается и облегчается в зависимости от смысла, который человек придает своему переживанию. Первичный человеческий механизм для придания смысла определенным переживаниям — это рассказывание истории о них. Истории служат для того, чтобы соотнести индивидуальные переживания с концепциями общества и культуры, используемыми для объяснения подобных вещей, а также, чтобы найти для этих переживаний место в рамках контекста личной жизненной истории. Первичная функция рассказа позволяет человеку отметить какое-либо переживание как, скажем, трусливое действие или проявление религиозной преданности. Вторая функция позволяет отметить какое-либо действие как, скажем, совершенно характерное в соответствии с воспитанием, полученным в детстве, или совершенное нетипичное и нехарактерное. Значение переживания для отдельного человека, в смысле, в котором я буду использовать этот термин, зависит одновременно от индивидуальных и социокультурных характеристик²⁴.

Один из способов понять важность рассказов в процессе лечения — это посмотреть на предмет разговора с позиций реакции на плацебо. Реакция на плацебо содержит в себе реальное телесное изменение и не ограничивается субъективными впечатлениями пациента, как было зафиксировано в медицинской литературе, посвященной плацебо. Для наших целей, мы это можем кратко определить как изменение телесного состояния пациента в результате символического или эмоционального воздействия при контакте с лечебным средством. Ученые изучают психологические и биохимические механизмы, которые работают в случае плацебо. Один из способов обобщить множество доступных данных — это представить себе, что происходит положительная реакция (точно так же, как и в результате плацебо), когда изменяется в положительном направлении значение переживания о болезни²⁵. Положительное изменение в значении, которое пациент придает своим переживаниям о болезни, в свою очередь, можно разделить на три различных, но близко связанных компонента. Во-первых, переживаниям, связанным с болезнью, должно быть дано такое объяснение, которое было бы приемлемо пациенту, в рамках его убеждений и представлений о мире. Во-вторых, пациент должен осознавать, что он окружен группой заботливых людей, на которых он может положиться. В-третьих, пациент должен почувствовать, что он владеет своими переживаниями по поводу болезни, либо потому, что он

сам достаточно силен, чтобы влиять на курс событий и повернуть к лучшему, или потому, что его личная беспомощность может компенсироваться за счет возможностей некоторых членов лечащего персонала (как, например, врачи)²⁶.

Рассмотрим самый обычный визит к врачу по случаю инфекции верхних дыхательных путей. Ободряющая история из уст врача по поводу этой болезни: («Похоже, вы подхватили тот самый вирус, который распространился в этом городе. Вы уже шестой человек, которого я сегодня вижу с такими же симптомами») и заботливое отношение со стороны врача и медсестры, а также ободряющие ритуалы, которые указывают на то, что ситуация под контролем («Принимайте по две таблетки ацетаминофена четыре раза в день, полощите горло теплой соленой водой каждый час, и соблюдайте постельный режим, пока температура не снизится»), все это вполне может ускорить выздоровление, по сравнению со спонтанным излечением или с чисто фармакологическим лечением назначенными средствами.

Врачи, которые передают положительно настроенные сообщения о диагнозе и внушают уверенность, что лечение действует, имеют в два раза лучшую статистику выздоровления по сравнению с их коллегами, которые этого не делают²⁷. Исследование показывает, что врачи, которые обращаются с пациентами в манере «партнерства», будут иметь лучшие процент выздоровления²⁸.

К сожалению, тот же самый «значимый» эффект от встречи с врачом может препятствовать исцелению, если помянуть валентность. Многочисленные столкновения с нашей все более далекой от людей системой здравоохранения наводят пациентов на мысль, что их болезни невозможно объяснить, о них самих не заботятся, и что вообще нет возможности держать ситуацию под контролем. Нетрудно предсказать, что в таких случаях здоровье может ухудшиться. Некоторые называют это (в крайних случаях) «эффектом носебо»²⁹. Иногда нарратив, который вызывает нежелательные последствия, запуская эффект

²⁴ «Понять историю означает понять и язык действий, и культурную традицию, откуда исходит типология сюжетов» (Ricoeur P. *Time and Narrative*, vol. 1. / trans. K. McLaughlin, D. Pellauer. Chicago: University of Chicago Press, 1984. P. 57). На одном определенном уровне, понимание истории требует того, чтобы мы понимали, что делают в этой истории ее действующие лица и почему. На другом же уровне мы понимаем историю, потому что мы разделяем с рассказчиком общие культурные установки. Именно эти культурные традиции позволяют нам определить, какие общие виды сюжетов имеют смысл.

²⁵ Brody H. Placebos and the Philosophy of medicine. Chicago: University of Chicago Press, 1980; Brody H., Waters D. B. Diagnosis is treatment. // *Journal of Family Practice*, 10, 1980. P. 445–459. Обзор действия эффекта плацебо можно найти в работах: Brody H. (with Brody D.) *The Placebo Response*. NY: HarperCollins, 2000. Brody H. *The placebo Response: recent research and implications for family medicine*. // *Journal of Family Practice*, 49, 2000. P. 649–654.

²⁶ Социологическое понятие роли больного, к обсуждению которого я приступлю позже, проясняет близкую связь этих трех аспектов значения. Существование рядом с пациентом группы людей, заботящихся о нем, обоюдно определяет ту роль, которую исполняет больной. Но, как правило, эта группа готова проявить заботливое отношение только в том случае, если признанные обществом специалисты предоставят объяснение ситуации, согласующееся с установками каждого по поводу природы болезни. То есть, специалист должен подтвердить, что пациент действительно является жертвой сил, ему не подвластных, а не просто по своей воле уходит от исполнения своих обязанностей. Более того без условия «неконтролируемости» болезни, группа поддержки не может поддерживать роль больного в качестве временного отклонения от нормы (из которого больной должен обязательно когда-нибудь выйти) на протяжении того срока, в течение которого больной исполняет роль, предписанную больному. См.: Parsons T. *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press, 1951; Parsons T. *Definitions of health and illness in the light of American values and social structures*. // Jaco E. G., ed. *Patients, physicians and illness*. NY: Free Press, 1958. P. 165–187; Parsons T. *Health and disease: a sociological and action perspective*. // Reich W. T., ed. *Encyclopedia of Bioethics*. NY: Free Press, 1978, 2. P. 590–599.

²⁷ Thomas K. B. General practice consultations: is there any point in being positive? // *British Medical Journal*, 294, 1987. P. 239–295.

²⁸ Leopold N., Cooper J., Clancy C. Sustained partnerships in primary care. // *Journal of family Practice*, 42, 1996. P. 129–137.

²⁹ Hahn R. A. *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*. New Haven: Yale University Press, 1995.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

носебо, имеет корни, лежащие в культуре. Ричард Моллика, психиатр, работал с пациентами из числа юго-восточных азиатских беженцев, которые имели синдром посттравматического стресса. Многие женщины из этой группы были подвергнуты пыткам в виде сексуального насилия. Поскольку их последующие психиатрические симптомы в очень сильной степени были связаны с этими переживаниями, было крайне трудно в терапевтических целях вовлечь этих женщин в обсуждение эпизодов их жизни (или даже допустить такую возможность). Одна из женщин объяснила это как чувство стыда, а также продемонстрировала убеждение, что это невозможно ни стереть, ни изменить, заметив: «Мужчина — это золото, а женщина — это хлопок. Если вы уроните золото в грязь, то его можно подобрать, оттереть, и оно станет как новое. Если вы уроните в грязь хлопок, он останется грязным навсегда»³⁰.

Вряд ли можно считать врачей единственными социальными участниками процесса облегчения страданий. Многие рассказывают истории для ободрения и утешения, придавая значение раннее необъясненным и поэтому пугающим переживаниям. Религиозные истории и мифы с атрибутами обвинений в прошлых прегрешениях и обещаниями искупления в будущем представляют собой явные примеры этого. Широко признана важность народной литературы и эпических нарративов для поддержки чувства гордости и бодрости духа целых культурных групп.

Тем не менее, поскольку медицина занимается улучшением положения дел внутри определенного социального окружения, все эти три элемента значения (как описано выше) должны быть в наличии для того, чтобы встреча с врачом была успешной, (даже если в других контекстах страдание можно облегчить с помощью первого из этих трех элементов — убедительного объяснения). Таким образом, то, что рассказывается в рамках общения врача и пациента, должно предлагать объяснение болезни, причем, делать это так, чтобы содействовать лечебному эффекту, полученному от других средств и действий. Исторически, люди, которые чувствовали в себе способность предсказывать будущее, а также рассказывать о прошлом, ценились в особенности как рассказчики историй. А поскольку предсказание считается одним из профессиональных врачебных умений, то медицинские истории имеют большую важность.

Если имеется научно обоснованный метод лечения болезни, не составляет труда поддерживать атмосферу профессионализма и владения ситуацией. Если такого метода нет (как во времена Гиппократов), то все равно, способность к точному прогнозу, рассказ о том, как будет протекать болезнь, создает чувство владения ситуацией и, таким образом (символически, а не фармакологически) может ускорить выздоровление.

Этот социокультурный аспект предполагает, что роль врача простирается дальше простого рассказа историй индивидуальным пациентам. Бергер попытался проанализировать роль, которую играет некий английский сельский врач в жизни окружающего его сообщества³¹. Он утверждал, что одна из особенностей психологической реакции человека на болезнь — это убеждение в том, что его болезнь уникальна. Если врач может

дать высказанным жалобам определенное название, то наблюдается огромное облегчение. Ведь если у болезни есть название, это значит, болезнь существует отдельно от меня, следовательно, я могу бороться с ней³². Несчастный человек (каким является больной) чувствует уникальность своих жалоб, и это чувство усиливается, когда он наталкивается на непонимание других людей. Это значит, ему суждено оставаться несчастным. «Несчастный пациент приходит к доктору, чтобы предложить ему болезнь в надежде, что эта часть его (болезнь) может быть опознана. Он верит, что его внутренняя суть не может быть познана»³³. Для того, чтобы вылечить этого пациента, врач должен в чем-то функционировать как обычный человек, в котором пациент видит отражение своей внутренней сути, прежде чем он сможет всерьез принять идею о том, что врач способен понять его личность. Бергер пишет: сельский врач, о котором шла речь, порой справлялся с этой функцией, а порой нет, но в целом это был хороший врач, потому что «в нем всегда чувствовалось желание понять»³⁴.

Эти черты болезни и страдания создавали уникальность роли, которую тот сельский врач играл в деревне. Деревенские жители признавали за ним некую привилегию — он был их «личный летописец»³⁵. Жители деревни осознавали необходимость знать, что они могут (если пожелают) получить консультацию по истории своей жизни, напоминание о том, чем они болели и страдали. При этом они хотели быть уверенными, что это не просто отражение их собственных субъективных переживаний, а объективное и обоснованное описание³⁶. В идеале, они хотели иметь хранителя записей, тщательно и всесторонне записывающего и способного поведать о них внешнему миру в более логичной форме, чем могли бы сделать они. Это не походило на функцию приходского священника. Врач не брал на себя функцию быть представителем всемогущего и всезнающего Бога. Записи о них выносились на суд их же самих. И все это делалось только по их просьбе и приглашению. Отсюда такое скромное название — «летописец». Жители деревни в действительности редко думали о своем докторе как о свидетеле и хранителе их записей, тем не менее, «за исключение случаев сугубо профессиональной консультации, наиболее часто разговор с ним начинался словами „Вы помните, когда ...?“»³⁷.

«Вот, что я имел в виду, когда называл его их личным летописцем... в точном значении этого слова, если не оговорено иное»³⁸.

³² Ibid. P. 68.³³ Ibid. P. 69.³⁴ Ibid. P. 71.³⁵ Ibid. P. 103.³⁶ Заявление родителя, страдающего от затянувшейся реакции переживания горя после сдачи своего ребенка для удочерения, показывает, как это объективное юридическое действие может сыграть роль в облегчении страдания. Родитель описывает тщательные попытки найти настоящее местонахождение ребенка: «У меня одно разочарование сменяется другим. Я ничего не могу найти. Как будто я никого не рожала. Я в состоянии фрустрации. Найти ее (мою дочь) стало моей навязчивой идеей. Я потеряла сон. У меня все время головные боли». (Deykin E. Y., Campbell L., Patti P. The postadoption experience of surrendering psrents. // American Journal of Orthopsychiatry, 54, 1984. P. 276.³⁷ Berger J, Mohr A. Fortunate Man. P. 103.³⁸ Ibid.³⁰ Ричард Моллика. Итоговые психиатрические обходы. Больница Святого Лоренса, Ланзин, штат Мичиган, 6 февраля, 1986.³¹ Berger J, Mohr A. Fortunate Man. NY: Holt, Rinehart & Winston, 1967.

НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

**Объединенная конструкция
целительных нарративов**

Хиллман утверждает, что пациент приходит к психоаналитику, потому что его старая история больше не в состоянии связать между собой события его жизни: «Это не имеет смысла; ...я не знаю, где я, или кто я»³⁹. Терапия — это соревнование между старой историей пациента и вновь созданной терапевтом истории, которая, если все пойдет успешно, будет иметь «более разумный и творческий сюжет». Хороший терапевтический результат — это «результат сотрудничества фантазий»⁴⁰. То, что описывает Хиллман, не является уникальным в психиатрии, наоборот, это можно увидеть во многих, если не в большинстве, беседах врачей с пациентами. Что же хочет пациент от врача? В некоторых случаях нужда пациента очевидна, например, когда ему нужна справка для работы. Но в большинстве визитов к врачу, даже в случаях банальных незначительных заболеваний, пациенту нужно нечто, не высказанное в явной форме: «Со мной что-то происходит, меня не устраивает та история, которую я придумал, чтобы объяснить это. Моя история или не имеет смысла, или она меня пугает. Вы можете помочь мне рассказать более подходящую историю о происходящем, и чтобы она лучше заканчивалась?» Пациенты приходят к врачам со сломанными и разбитыми историями точно так же, как со сломанными костями и разбитыми телами⁴¹.

Тогда заботливый и компетентный врач ведет себя как Хиллмановский психиатр, даже если его новая история представляет собой всего лишь: «Да у вас та же болезнь, которая сейчас у нас часто встречается». В более сложных случаях (таких, как в случае Моллики, жертвы сексуальных попыток в Юго-восточ-

ной Азии) успешный результат потребует больших усилий от Хиллмановского «сотрудничества фантазий», или того, что я называю «объединенной конструкцией нарратива»⁴². Действительно, хорошая объединенная конструкция нарратива, имеющая целительный эффект, — это очень сложное дело, в некоторых случаях ее даже можно считать произведением искусства.

Первый важный аспект объединенной конструкции нарратива — это сама объединенная конструкция. Она требует немалых усилий от врача, который имеет склонность командовать людьми. Возможно, что для болезни, которая распространилась в округе, пациент не будет возражать, если врач обойдется заранее приготовленным нарративом — предполагая, что это вполне правдоподобно, а не просто выдумка для успокоения больного. Для случаев, когда на сцену выходят сильные эмоции, когда от истории зависит жизнь пациента, для эффективного лечения недостаточно одностороннего нарратива. В идеале, роль врача в «соавторстве» состоит из намеков, побуждений и кусочков сырого материала для нарратива, а пациент — это тот, кто соберет все кусочки вместе. Пациент сделает это так, что, в конце концов, он будет иметь свою собственную историю о том, что случилось в его жизни⁴³.

Объединенная конструкция нарратива должна быть достоверной с биомедицинской точки зрения. Пациенты приходят к врачу не просто для того, чтобы почувствовать себя лучше; они ожидают (и заслуживают) достаточно достоверной информации. В начале двадцатого века, когда фраза «он лжет, как доктор» считалась комплиментом, врачи периодически брали на себя бремя сочинения нарративов с целью подбодрить пациентов вне зависимости от истинного положения дел. Сегодня такие уловки, как правило, неприемлемы. Способы сообщения правдивой информации могут быть практически бесконечно разнообразны. Следовательно, разнообразно и искусство выбора творческого, сострадательного способа проинформировать пациента о неприятных фактах. Требование, чтобы сообщение являлось правдивой информацией — это, почти всегда, требование этики.

Как бы ни было важно рассказать хорошую историю для окончательного выздоровления, всегда нужно учитывать, что здоровье — это нечто большее, чем просто рассказывание историй. Для того, чтобы здоровье улучшилось, люди должны вести себя определенным образом. Возможно, понадобится принимать лекарство несколько раз в день, отказаться от вредных привычек (например, курения). Может понадобиться

³⁹ Hillman J. The fiction of case history: a round. P. 138.

⁴⁰ Ibid. P. 140. Этот довод в пользу того факта, что рассказчик лечит путем восстановления связей, отражен в психоаналитических обзорах в форме конструирования историй. Броди и Торми утверждают, что с самого начала психоанализ стремился помочь «людям, чье поведение казалось другим неразумным с позиций обычных стандартов или не сочеталось с теми социальными правилами, которых эти люди придерживались в жизни» (Brody E., Tormey J. F. Clinical psychoanalytic knowledge — an epistemological inquiry. P. 144). «Прошлая жизнь аналитика влияет на его понимание пациента и на его выбор слов, с помощью которых он передает свое понимание пациента. До той степени, до какой это может содержать общие с его пациентом элементы, это может служить источником коллективного знания и интуитивного понимания». (Brody E., Tormey J. F. Clinical psychoanalytic knowledge — an epistemological inquiry. P. 145). «Психоневроз может быть понят как страдание человека, который не находит смысла в своей жизни... Врач, который понимает это, видит перед собой открытую территорию, на которую он ступает крайне неуверенно. Перед ним стоит задача убедить пациента в своей действующей целительной выдумке «смысла», которая оживит пациента — поскольку это то, чего так жаждет пациент, и это намного больше, чем может дать ему наука и разум». Jung C. Modern Man in Search of a Soul. NY: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1933. P. 225; цит. по Spiro H. M. Doctors, Patients and Placebos. New Haven: Yale University Press, 1986. P. 246.

⁴¹ Эта фразеология происходит из ранних работ, озаглавленных в части «Моя история разбита, можете вы помочь мне привести ее в порядок?» (Brody H. My story is broken, can you help me fix it? Medical Ethics and the joint construction of narrative. // Literature and Medicine, 13, 1994. P. 79–92.). Когда я выбрал это заглавие, мне не было известно (или я забыл), что Фрейд описал свою работу как восстановление истории пациента (Freud S. Dora: An Analysis of a Case of Hysteria. NY: Collier, 1963. P. 32; цит. по Hunter K. M. Doctor's Stories: the Narrative Structure of medical Knowledge. Princeton: Princeton University press, 1991. P. 129).

⁴² Brody H. My story is broken, can you help me fix it? Medical Ethics and the joint construction of narrative. // Literature and Medicine, 13, 1994.

⁴³ Один аспект историй, совместно сконструированный врачом и пациентом, который объясняет их успокаивающее свойство, состоит в том, что они подходят под определение «гармоничной выдумки» Франка Кермода. Больной (или страдающий пациент) ощущает себя находящимся в «середине» чего-то ужасного и непостижимого, посреди того, что, как ему кажется, не имеет никакого смысла. Врач успокаивает его и разъясняет ему его переживания, создавая чувство контролируемости, рассказывает о начале и конце, и это делает «середину» осмысленной. Более того, все это подчеркивает, насколько важно при каждой встрече с пациентами рассказывать им о причине их болезни и прогнозировать дальнейший ход развития событий, (Kleinman A. F., Eisenberg L., Good B. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. // Annals of Internal Medicine, 88, 1978. P. 251–258).



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

ся выполнение определенных упражнений. Для таких людей идеальный целебный нарратив — это не просто «Я знаю причину моей проблемы. Я чувствую, как другие люди заботятся о моем выздоровлении. Есть возможность взять мое заболевание под контроль». Скорее всего, идеальный нарратив продолжает: «...и я вижу, что я действительно делаю конкретные шаги, которые должны быть предприняты, чтобы выполнить лечебную программу, с которой я (в идеале) согласен». Эффективная лечебная история в этом смысле — это репетиция первой части, которая должна быть исполнена в будущем. Если пациент согласен с лечащим врачом, в том, что он должен делать (например, бросить курить), но не может создать для себя связный и убедительный нарратив своей будущей жизни (например, жизнь без сигарет), то очень маловероятно, что пациент бросит курить.

Конечный аспект идеального лечебного нарратива зависит от того, является ли болезнь острой или хронической. Если болезнь — острая (более удачный случай), то главная роль в объединено сконструированной истории болезни заключается в том, чтобы помочь пациенту продолжить свою повседневную жизнь, подобрав вещи там, где он их оставил. В этом случае болезнь представляет собой всего лишь кратковременный перерыв. Во многих случаях, когда возникает глубочайшая необходимость в лечебном воздействии истории, вообще нет речи о возобновлении временно прерванного прежнего стиля жизни. Болезнь неотвратимо изменила будущее пациента. Задача пациента состоит в том, чтобы оплакать потерю прежней жизненной истории, которая уже никогда не может быть такой, какой была намечена, и создать скорректированную историю жизни в рамках реальности, созданной болезнью. Большинство историй (я их опишу позже более подробно) — это именно такие истории. Эти истории не позволяют однозначно ответить на вопрос, при каких болезнях, хронических или временных, в большей степени проявляется целительное действие этих историй.

Представляется, что хирургия — это такая область медицины, которая меньше всего нуждается в рассказывании историй. Тем не менее, автор-хирург Ричард Зельцер так не считает. В своей очерке под названием «Точное местоположение души» Зельцер⁴⁴ иллюстрирует идею, которая проходит через многие его работы. Это идея о том, что хирург должен определенным образом вникнуть в страдания пациента и затем продолжать лечить себя самого, в то время как лечит пациента (даже если в процессе лечения хирург, по всей видимости, поднимается до высшего понимания проблемы и одухотворенности, которую пациент не может разделить). Способность рассказать о точном местоположении происходящего в теле процесса крайне необходима (даже если, в конечном счете, местоположение души ускользает от взглядов хирургов). Только знание точного места, где находится очаг болезни, дает потенциальную возможность удалить его. Зная точное место, хирург может оправдать свои действия — вмешательство, хирургическое вмешательство в человеческое тело. И это облегчает чувство вины, которую хирург должно быть

чувствует при этом, а также в случае, когда пораженная область неизлечима.

Итак, Зельцер рассказывает нам историю гангрены и ампутации ноги у молодой слепой женщины, больной диабетом. Несмотря на смелую выжидательную тактику, ступня оказалась поражена настолько, что выздоровление было невозможно: «Там, на ее ступне была Дельта Миссисипи, наполненная до краев разложением, от которой шли отводы между пальцев ног... Когда обескровленная конечность начинает гнить, боль не сравнить ни с чем. Нет ни мази, ни болеутоляющего средства, которое бы успокоило боль, не повредив при этом телу»⁴⁵. Из-за болезни часть тела стала губительной, и он знал место, где это происходило: «В конце концов, мы сдались, она и я. Мы больше не могли бежать впереди гангрены. Ноги этого не позволяли. Нужна была ампутация, чтобы она выжила, а также и я. Это было нужно для исцеления нас обоих. Было нужно, чтобы я принял за нож и пилу и отрезал ногу. Когда я увидел, что ее нога отпала от его тела на стол, увидел благословенное пространство, разделяющее ее саму и ее ногу, я тоже стал себя лучше чувствовать»⁴⁶.

История Зельцера об ампутации — это история о культуре в той же мере, как и история о человеке. Как история о человеке, где есть хирург и пациент, это просто история одного излечения. Как история о культуре, это исключительно обоюдоострая история, как скальпель, который с одинаковым успехом режет как мертвую, так и живую ткань. Все мы, начиная с тех далеких дней, когда медицина почти не отличалась от магии, жаждем увидеть «благословенное пространство», отделяющее нас самих от нашей болезни. К сожалению, если болезнь легко не излечивается, это желание часто переходит в желание увидеть пространство между нами самими и тем больным человеком, которыми мы являемся. В средние века это выражалось в том, что больные прокапой, идущие по улице, должны были бить в специальные деревянные колотушки, чтобы предупреждать прохожих, чтобы те могли перейти на другую сторону. В 1980-х это выражалось в том, что родители требовали запретить посещать обычные школы тем детям, у которых была положительная реакция на СПИД, хотя было научно доказано, что это не создавало риска другим детям.

В другое время Зельцер (достаточно уместно рассказывать ночью) исследовал фильтрующий абсцесс на руке археолога, недавно возвратившегося из Гватемалы. Из ворот абсцесса, к ужасу Зельцера, «появилась серая голова того, чья единственная отличительная черта — это пара черных клещей... Абсцесс? Гной? Нет, никогда. Это логово зверя, чьи зловерные намерения были очевидны»⁴⁷. Этот ужас, в сущности, — мечта хирурга. Это — совершенное зло, полностью отделенное от общей структуры тела. Если его удалить, то никакого насилия над телом не будет». «И даже тогда ирония не оставила меня, ирония от того, что копают того, кто сам вел раскопки»⁴⁸.

Зельцер продолжает с зажимом в руке; зверь убегает назад в рану. Он пробует снова:

⁴⁵ Ibid. P. 16.

⁴⁶ Ibid. P. 17.

⁴⁷ Ibid. P. 20.

⁴⁸ Ibid. P. 20.

⁴⁴ Selzer R. Mortal Lessons: Notes on the Art of Surgery. NY: Simon&Schuster, 1975.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

«Я поймал его!... Прижатый, извивающийся, теперь он мой. Я слышу сухой ломкий крик дракона, и меня охватывает ненависть. Какая же это мерзость, пускающая слюни... Эта ненависть от страха. В тисках моего гемостата находится мировое зло, сама тьма, и я должен убить его. Для человечества. Делая это, я открываю путь в светлое спокойное будущее. Вот он Хирург в роли настоящего Спасителя.

...«У вас все будет хорошо», говорю я пациенту. «Теперь у всех нас все будет хорошо».⁴⁹

На следующий день, в лаборатории, у меня покоится это чудо. Патолог идентифицирует его как личинку овода. Взрослые особи откладывают яйца под кожей скота. Выросшие личинки пробуравливают кожу, вылезают наружу и падают на землю. «Тот укусил человека. Личинка была уже готова к тому, чтобы вылезти сама по себе. После этого она бы конечно же умерла»⁵⁰. Он замечает более трезво:

Я попытался спасти мир, но это не сработало.

Нет, это не хирург, который дорог Богу. Это жертва тщеславия. Это поэт, который лечит словами, останавливает кровотечение, успокаивает сбившееся дыхание, лечит припарками.

Вы спросили меня, почему пишет хирург? Я думаю, потому что я хочу быть врачом⁵¹.

От литературных отрывков нужно перейти к детальному анализу. Скептики могут утверждать, что сама идея «истории» настолько неопределенная, что почти ничего не исключает. Сказать, что медицина зависит от историй, это почти ничего не сказать. Это все равно, что сказать: мы говорим на языке. Итак, нам нужны более точные определения и концепции.

Гл. 2. Природа и сложности нарратива

Что есть история?

Если врач, предпочитающий научный подход, негативно относится к анализу медицинской практики, которая отводит центральное место процессу рассказывания историй, то аналитически настроенный философ, скорее всего, так же будет возражать против такого анализа. Повествование — это настолько широкий термин, что можно с уверенностью утверждать: нет в медицине таких мест, где бы не было повествования. Поэтому в медицине для определения различий между действиями одного вида и действиями другого вида метафора повествования не годится. Полезно напомнить, что рассказ (с точки зрения литературы и культурной антропологии) — это понятие, обозначающее определенную форму и функцию. При желании можно подобрать подходящие для своих целей достаточно точные описания (и теории). Более того, различные области, такие как медицина, философия, психология, теория коммуникаций, проявляют к рассказу все более широкий интерес, и это ведет к увеличению числа полученных определений и описаний, предлагаемых для использования. Оказывается, повествование — это не только особый вид действия. Повествование — это действие, в немалой степени причастное к самой организации человеческого знания и других действий.

⁴⁹ Ibid. P. 21.

⁵⁰ Ibid. P. 23.

⁵¹ Ibid.

Ф. М. Форстер (F. M. Forster) предложил одно простое определение: «рассказ — это нарратив о событиях, следующих последовательно во времени; так что мы читаем рассказ, чтобы узнать "что произошло дальше?"»⁵². В теории Поля Рикера, которого часто считают самым важным авторитетом по вопросам нарратива в теории литературы и континентальной философии, центральное место занимает идея о расположении событий в виде временной последовательности.

Рикер перечисляет семь критериев отличия человеческого действия от физического события:

- 1) цели;
- 2) мотивы;
- 3) деятели;
- 4) контекстуальные обстоятельства;
- 5) взаимодействие с другими;
- 6) осмысленное существование (широкий план, включающий стремление к осмысленной жизни);
- 7) ответственность.

Эти черты, для Рикера, не являются по своей сути нарративом, они скорее «формируют синтетический базис в наших переживаниях, из которого и появляется структура нарратива»⁵³. Для Рикера, именно временной характер человеческого переживания вызывает упорядочивание нарратива: «время становится человеческим фактором до той степени, до какой оно излагается через метод нарратива, а нарратив приобретает свое полное значение, когда он становится условием временно-го существования»⁵⁴.

Я обращаюсь к Рикеру и его последователям, чтобы постулировать запутанное переплетение базисных аспектов человеческой нейробиологии, физиологии и культуры. Люди — это думающие животные. Это такие животные, которые действуют в мире и по поводу мира. Это — животные, которые пользуются языком и которые рассказывают истории. То, как мы переживаем мир, влияет на язык, которым мы пользуемся, влияет на истории, которые мы рассказываем. Также

⁵² Цит. по Hillman J. The fiction of case story: a round. P. 127. Тем не менее Хэйден Уайт (Hayden White) напоминает нам, что есть различие между нарративом и простой хронологической записью. Простое перечисление событий с соблюдением временного порядка без какого-либо сюжета или связи между событиями не является нарративом (White H. The value of narrativity in the representation of reality. // Mitchell W. J., ed. On Narrative. Chicago: University of Chicago Press, 1981). Очень легко недооценить тот факт, что события в нарративе расположены во времени: «Истории содержат два незаменимых элемента, которые гарантируют их связь с жизнью, поскольку мы переживаем, скорее всего, именно их, а не то, что было в реальности, когда думаем об этом абстрактно. Они содержат в себе людей в качестве главных героев, а не идеи. И они включают в себя чувство времени, как измерения, в котором люди вырастают, меняются и борются. Идеи абстрагированы от переживания так, что исключают время и достигают постоянства. Но даже величайший чемпион идей Платон наполнял свои диалоги рассказами о богах, смертных и монстрах... Просто истории и истории случаев описывают сложность человеческих условий и заставляют нас задуматься над вопросами, с которыми нельзя справиться адекватно с помощью одних только логических рассуждений» (Shattuck R. A brief history of stories. // Literature and Medicine, 20, 2001. P. 11–12).

⁵³ Johnson M. Moral Imagination: Implications of Cognitive Science for Ethics. Chicago: University of Chicago Press, 1993. P. 174.

⁵⁴ Ricoeur P. Time and Narrative. P. 52. Цит. по Johnson M. Moral Imagination: Implications of Cognitive Science for Ethics. P. 174–175.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

важно заметить, что способы, какими мы используем язык, и истории, которые мы рассказываем, также влияют на то, как мы переживаем мир⁵⁵. Мы привыкаем (в понятиях философии эпохи Возрождения) к идее, что у нас должно быть чистое переживание о мире посредством ощущений, которое может потом перейти в мысли и язык. Современная физиология и неврология учат нас, что не существует таких вещей, как предмысленное и доязыковое восприятие. Наше мировосприятие тесно связано с теми категориями, которые мы освоили с помощью нашего языка и мыслей.

Что происходит, когда семь протонарративных элементов Рикёра сконфигурированы в один фактический нарратив? Нарратив — это не просто набор событий в виде ряда. Он должен быть «конфигурацией»⁵⁶. Рассказчик должен сконфигурировать эти части в единое целое, чтобы было начало, середина и окончание. Мы совершенно естественно думаем об историях в терминах пространственных метафор. Большинство основных метафор строятся по такой схеме: источник-путь-цель. Истории начинаются в определенном месте, проходят через серию промежуточных мест, и заканчиваются кульминационным событием. Мы воспринимаем движение к окончательной цели или состоянию метафорически как движение в пространстве до нового места. Схема «источник-путь-цель» работает на трех разных уровнях одновременно. На одном уровне схема описывает то, что делают персонажи в рассказе. На другом уровне, схема описывает то, что мы делаем, когда «следуем» за рассказом.

На самом общем уровне, схема позволяет метафорически понять всю целенаправленную активность как движение сквозь пространство (метафора типа «цель — состояние — пункт назначения»).

Схема «источник-путь-цель» в применении к основной структуре нарратива ведет к другой популярной метафоре: «история как путешествие». Это типично для нас — думать об истории как об описании человека, который преследует какую-то конечную цель (метафорически движется по какому-то пути). В середине истории описывается, с чем человек встречается на своем пути. Это могут быть условия и ресурсы, помогающие в пути, а могут быть препятствия, задерживающие продвижение. В конце концов, человек либо преодолевает препятствия и достигает своей цели, либо сворачивает в сторону и заканчивает свое путешествие где-то в другом месте.

Нарратив, по мнению Марка Джонсона, — это единственная познавательная-экспериментальная структура, которая

смешивает две существенные характеристики человеческого существования. Во-первых, нарратив ставляет и раскрывает темы, с помощью которых мы пытаемся унифицировать временную историческую характеристику нашего существования, без которой наша жизнь представляла бы собой серию бессвязных событий. Во-вторых, нарратив вытаскивает на свет наши намерения, цели, и планы, которые придают жизни направление и смысл. «Суммируя все это, можно сказать, что только в рамках нарративного контекста мы можем полностью понимать моральную личность (самость) и ее действия. Единство личности и ее действий — это, в общем контексте, нарративное единство... Каждый из нас (осознанно и неосознанно) активно создает сюжет своей жизни. Мы пытаемся сконструировать себя в виде осмысленных персонажей, действующих внутри того, что мы считаем осмысленными жизненными историями»⁵⁷.

Поначалу рассказывание историй может показаться нам способом передачи знаний другим людям. В то же время, очень важно посмотреть на рассказывание историй как на уникальный источник самопознания. Нарратив выполняет свою функцию, потому что он уникальным образом объединяет дистанцию и близость⁵⁸. Дистанция существует, потому что рассказчик отделен от событий рассказа временем и, следовательно, может занять положение наблюдателя, размышляющего над прошедшими событиями. Это было бы невозможно при непосредственном развитии событий. Близость существует (особенно в автобиографических нарративах), потому что в нарративе речь идет и об авторе, который несет ответственность за события и, таким образом, ставит себя в зависимость от того, как другие прореагируют на его рассказ. Хиллман утверждает, что наша душа нуждается в том, чтобы рассказывать автобиографические истории и представлять их в историческом свете. Представление событий в историческом свете — это способ «удерживать событие таким, как оно есть, но, вместе с тем, изолировано, как в стеклянной банке, чтобы о нем можно было строить догадки (предположения) без необходимости его идентификации... Мы представляем события нашей жизни в историческом свете, чтобы придать им достоинство, которое мы не можем получить с позиций настоящего момента»⁵⁹. А философ Стюарт Хэмпшир думает, что тенденция представлять события в историческом свете интересна не только с точки зрения психологии, она интересна также с позиций философии:

«Поэтому любой человек, мужчина или женщина, заинтересованы в том, чтобы объяснить и оправдать их поведение в настоящем с помощью ссылки на их личную историю».

Историческое объяснение, как стиль понимания, приходит к каждому естественным образом, потому что всем смертным мужчинам и женщинам интересно свое происхождение, своя история и история их семьи. Они не могут думать о себе как

⁵⁵ «Я буду утверждать, что нарратив характеризует синтетический характер нашего истинного опыта, что он является прототипом нашей повседневной активности и планов. Истории, которые мы рассказываем, исходят из нарративной структуры нашего опыта, которую они могут затем переименовывать. Следовательно способ, которым мы понимаем, выражаем и передаем наш опыт, исходит из первичной нарративной структуры нашей жизни, от которой он и зависит» (Johnson M. Moral Imagination: Implications of Cognitive Science for Ethics. P. 163).

⁵⁶ В этой дискуссии и в дальнейшем по поводу историй, рассматриваемых в качестве пространственных метафор, я придерживаюсь того же мнения, к которому пришел Марк Джонсон, анализируя работу Стивена Винтера (Steven Winter), которая в свою очередь базируется на работах Рикера (Johnson M. Moral Imagination: Implications of Cognitive Science for Ethics. P. 163–175.)

⁵⁷ Johnson M. Moral Imagination: Implications of Cognitive Science for Ethics. P. 170–171, 164, 165.

⁵⁸ «И дистанция и близость характеризуют процесс рассказа истории... Диалектика дистанции и близости — это то, что отличает процесс рассказывания истории от состояния наличия знания в самом себе» (Churchill L. R., Churchill S. W. Storitelling in medical arenas: the art of self-determination. // Literature and medicine, 1, 1982. P. 74).

⁵⁹ Hillman J. The fiction of case story: a round. P. 164–165.



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

о прагматиках в соответствии с философией Канта, как о жителях вселенной, открытых, чисто рациональных, способных ощущать, как о существах без привязки к определенному месту и времени»⁶⁰.

Важным инструментом самопознания в нарративе является метафора. Научная литература по нарративу часто делает упор на метафоре, и наоборот. Метафора — это, в своей основе, утверждение типа: «А есть (подобно) Б». Сама по себе метафора не является нарративом, поскольку там нет временной характеристики, но люди, рассказывающие нарративы о своих болезнях, часто применяют многочисленные метафоры⁶¹. Метафоры по своей природе способны творить и расширять область значения. Сказать, что «А подобно Б» обычно означает то, что я могу увидеть А в новом свете. Как только я создал метафору, А и Б уже не означают для меня то же, что они означали раньше⁶².

Уолтер Фишер⁶³ выдвигает две дополнительные характеристики нарратива, почерпнутые из области коммуникационных наук. Во-первых, утверждает он, обращение к повествованию как к средству придания смысла миру не означает отрицание канонов истины и рациональности, но представляет собой расширение этих канонов за пределы тех границ, которые подразумевает логическая аргументация. Это означает, что люди могут предлагать хорошие истории и плохие истории, чтобы придать смысл определенным событиям. Другие люди могут привести обоснованные причины для предпочтения той или иной истории. Фишер высказывает мнение о том, что выбор между конкурирующими историями основан на двух факторах, нарративной вероятности (врожденном чувстве логической связности истории) и нарративной верности (кажется ли история истинной с точки зрения прошлого жизненного опыта и других историй, принятых во внимание). Концепции нарративной вероятности и верности предлагают, скорее, логическую связность, чем соответствие истине. Теория истинности испытывает нарратив на адекватность⁶⁴.

Фишер также замечает, что повествование несет в своей основе моральную характеристику. Это происходит естественно, как только мы признаем, что история, которую можно рассказать, может быть лучше или хуже. Более того, история предполагает наличие обоих факторов, рассказчика и сообщества слушателей, так что рассказывание истории и реагирование на нее — это взаимное занятие, предназначенное, отчасти, для того чтобы расширить границы сообщества. На простом уровне (как в баснях Эзопа) рассказать историю — это все равно, что сказать слушателю: «Вот так вы должны себя вести». В более деликатных случаях рассказать историю — это все равно, что сказать слушателю: «Вот в таком смысле вы должны понимать такие-то и такие-то события». Само по себе рассказывание истории содержит в себе скрытое послание слушателю: «Если вы ведете себя или понимаете события так, как это предлагает вам рассказанная история, то вы являетесь одним из нас; а если вы этого не делаете, то рискуете быть отвергнуты нашим сообществом». Слушатели, конечно, могут высказывать возражения по поводу самой истории или ее моральных аспектов, утверждая, что таким образом не следует себя вести, или что нужно интерпретировать события в другом свете.

Литературный критик Уэйн Бут, используя подобную цепь аргументов, продемонстрировал то, что вся беллетристика — своего рода занятие этикой. Каждый автор приглашает читателя прогуляться с ним (снова используем пространственную метафору), во время которой автор укажет на различные вещи, которые будут попадаться на пути. Компания некоторых авторов нам нравится, а других — наоборот. Чью компанию мы предпочтем — это отчасти этический выбор: некоторые авторы предлагают нам определенным образом интерпретировать мир и людей в нем, а мы можем быть не согласны с такой интерпретацией⁶⁵. Шарлотта Линде, лингвист-этнографист, расширила эту особенность на все нарративы и выделила дополнительные способы, которыми в нарратив включается явное или неявное этическое содержание. Повседневное общение включает в себя критерии того, стоит ли говорить о каком-либо событии. Я никому не буду рассказывать о том, как я встаю утром, чищу зубы, съедаю чашку каши за завтраком. Если по пути на работу у меня были трудности на дороге, я могу упомянуть об этом своему сослуживцу, или моей жене, когда вернусь домой вечером, но я не буду звонить моему брату в Сиэтле, чтобы сообщить ему об этом. Рассказывание нарратива предполагает, что события стоят того, чтобы о них рассказывали, что они как-то выделяются из повседневной суеты. Поэтому Линде отмечает, что повседневная речь обычно содержит явно оценочный материал, который можно выделить из временной последовательности событий⁶⁶.

Аргументация нарратива, по Фишеру, по своей природе демократична, и представляет собой некий моральный выбор, неявно вложенный в обоюдное действие при рассказе истории. Чувство нарративной вероятности, нарративной верности, и нарративной связности разделяется обычными людьми, так

перед слушателем в повседневных беседах (Linde C. Life Stories: the Creation of Coherence. NY: Oxford University Press, 1993).

⁶⁵ Booth W. C. The Company we keep: an Ethics of Fiction. Berkley: University of California Press, 1988.

⁶⁶ Linde C. Life Stories: the Creation of Coherence.

⁶⁰ Hampshire S. Morality and Conflict. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1983. P. 166.

⁶¹ Гэй Бекер (Gay Becker) в своем антропологическом исследовании, перечисляет несколько ключевых метафор, которые часто можно услышать в среде людей, жизнь которых рушится из-за какой-либо хронической болезни. Используемые там негативные метафоры часто посвящены смерти и разрушению; а позитивные метафоры говорят о надежде, настойчивости, независимости и автономии (Becker G. Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World. Berkley: University of California Press, 1997. P. 174–175).

⁶² «Поскольку метафоры формируют и структурируют значение, они могут играть крайне важную роль в процессе работы по восстановлению самооощущения после разрушения. Метафору можно считать «расщепленной ссылкой» в том смысле, что она открывает новые возможности для использования как ее дословно, так и традиционного смысла, а также использовать ее в таком смысле, который дает возможность совершенно нового подхода к реальности» (Becker G. Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World. P. 60).

⁶³ Fisher W. R. Narration as a human communication paradigm: the case of public moral argument. // Communication Monographs, 51, 1984. P. 1–22.

⁶⁴ Мы будем говорить о связи, как о критерии оправдания этических выводов, полученных из нарративов в главе 13. В своем лингво-этнографическом изучении историй жизни, Линде обращает особое внимание на важность логической связи и на то, какие это ставит задачи



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

что интерпретация нарратива не является эксклюзивной областью экспертов. Конечно, чем более искусен и выверен нарратив, тем больше уровней значений в нем содержится, в ожидании, что одни и те же вещи одновременно будут услышаны различными сообществами слушателей. Для целей нашего рассмотрения это наиболее важное различие между литературными работами о болезнях и нарративами, рассказанными обычными пациентами. Дело вовсе не в том, что в одном случае это работа фантазии, а в другом все рассказывается «так, как оно есть». Дело в другом: обычный рассказчик, в первую очередь, старается представить все с максимальной ясностью и понятностью, а литературный автор может умышленно стремиться к неоднозначности.

Тем не менее если есть ощущение, что рассказывание историй по своей природе демократично, то кажется также, что каждое рассказывание истории это демонстрация политического влияния. Сообщества и общества устроены обычно так, что не каждый может рассказывать историю и сразу же привлекать к себе внимание и одобрение аудитории. Некоторые рассказчики и некоторые истории считаются маргинальными. К ним относятся с подозрением уже перед тем, как что-то будет рассказано. Другие рассказчики и истории находятся в привилегированном положении, публика готова их внимательно слушать, даже если оказывается, что они явно противоречат фактам.

Причина нарративного поворота в медицинских науках в течении двух прошлых десятилетий заключалась (по крайней мере, частично) в вызове традиционному мнению, согласно которому врач всегда говорит о болезни более правильно, более информировано, и его рассказ в большей степени заслуживает внимания, чем рассказ медсестры. А рассказ медсестры, в свою очередь, всегда лучше рассказа пациента. С этой точки зрения, изучение нарратива сыграло свою роль в общем повороте к постмодернизму — к позиции, не дающей экспертам преимущественного права рассказывать истории и не отнимающей права обычных людей рассказывать об их переживаниях⁶⁷.

Итак, использование этих концепций и определений дает возможность отличить стиль рассказа от других стилей описания и объяснения, применяющихся в науке, медицине, а также в повседневной жизни. (Можно даже пойти дальше и проанализировать определенные медицинские события как особые типы историй, такие как трагедия или комедия, хотя здесь мы этого делать не будем). Например, Ларри Черчилль⁶⁸ использовал концепцию истории для эффективной критики популярной в те годы теории Кюблер-Роса⁶⁹ о наличии пяти стадий процесса умирания. Черчилль утверждал, что профессионалы в области здравоохранения, которых манят театральные теории,

наверное, не прислушиваются внимательно к уникальным рассказам и заботам умирающих пациентов. Без желания слушать эти истории невозможно вовлечь пациента (проявляя сострадание) в объединенную конструкцию целительного нарратива вокруг процесса умирания.

Сложности нарратива

Я утверждаю, что понять, что значит «быть больным», мы можем лучше всего, обратившись со всем вниманием к тому, что рассказывают люди о своих болезнях. Я готов услышать в ответ: «Вы что, принимаете меня за простака? Мне нужны либо твердые факты, либо логические обоснования и аргументы; я не буду тратить время на эти истории». Другой ответ может быть такой: «Вот прекрасно! Обычно, если вы не знаете о чем-либо, вы объясняете это в тех терминах или на тех примерах, которые вы понимаете. Вы объясняете сложное через простое. Но все эти истории так невероятно сложны и запутаны, что только еще больше запутают все, что "болезнь" могла бы означать». Первый ответ понятен, он передает те тривиальные мнения, которые связаны с «историями» и «рассказыванием историй», но второй ответ ближе к цели.

В этой главе я исследую некоторые важные сложности нарратива. Этих сложностей достаточно много, чтобы привести нас в отчаяние по поводу вопроса, а можно ли вообще понять болезнь или что-либо в этой области в терминах такой «скользящей» концепции. Мой собственный вывод более оптимистичен. По-прежнему, нам могут посоветовать заняться расширенным анализом различных нарративов без интуитивного осознания того, во что мы влетаем.

Мы уже видели, что истории предполагают, что между рассказчиком и аудиторией существуют социальные взаимоотношения. Психолог Джером Брунер⁷⁰ развивает взаимную природу рассказывания историй, утверждая, что читатель или слушатель обязательно вовлекаются в нарратив. «История», насколько это волнует слушателя, это не предоставленный текст или произнесенные рассказчиком слова, это виртуальный текст, который слушатель создает для себя в соответствии с тем, что высказанное значит для него, и именно этот виртуальный текст расскажет слушатель, когда его спустя некоторое время попросят повторить «историю». В самой сущности литературного нарратива, как речевого действия, лежит высказывание или текст, созданный с целью запустить (поддерживать и вести) процесс поиска смысла в диапазоне возможных смыслов⁷¹.

⁷⁰ Bruner J. Actual Minds, possible Worlds. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1986.

⁷¹ Bruner J. Actual Minds, possible Worlds. P. 25. Брунер, в отличие от Фишера (Fisher W. R. Narration as a human communication paradigm: the case of public moral argument. // Communication Monographs, 51, 1984. P. 1–22), более заинтересован в одаренных рассказчиках, и это может привести его к завышенной оценке утонченности, а также завышенной оценки различных уровней значения и т. п. Оба, и Брунер и Фишер обеспокоены вопросом о том, какой метод является более фундаментальным для человеческого опыта: нарративный или научно-рациональный. Фишер, кажется, склоняется считать оба этих метода равными по статусу, но представляющими различные каноны рациональности, нежели разделяющимися по принципу рациональный — иррациональный. Брунер соглашается в некоторых местах с тем, что, например, «наука создает мир, в котором «суще-



НАРРАТИВНЫЙ ПОВОРОТ / NARRATIVE TURN

Ховард БРОДИ / Howard BRODY

| Из книги «Истории болезни» |

Анализ Брунера открывает нам, как простая история может быть весьма сложным делом. Посмотрим на сложности, которые порождает понятие нарратива и процесс наррации. Во-первых, как Брунер замечает, я никогда не слышу ваш нарратив в «чистой» форме. Вместо этого, я слышу «виртуальный нарратив», который я создаю в своем сознании, основываясь на том, что я слышу от вас. Неизбежно, ваш нарратив оставит множество пробелов, а мой виртуальный нарратив заполняет эти пробелы, основываясь на том, что я (не вы) верю и имею в своем жизненном опыте. Если ваш нарратив включает короткое упоминание о чьей-то сестре, то, вероятнее всего, я помещу в свой виртуальный нарратив изображение из моего воображения, из числа тех сестер, которых я знаю. Я буду заполнять пустые места совершенно по-разному, в зависимости, является ли моя собственная сестра моим лучшим другом или она физически унижала меня, когда я был маленьким. Я редко осознаю то, как я редактирую ваш нарратив. Если меня будут спрашивать, я буду настаивать, что я слышал (а потом пересказал) в точности, как вы говорили.

Далее, в соответствии с афоризмом Гераклита о том, что невозможно войти в одну и ту же реку дважды, я никогда не смогу пересказать историю точно в таком виде, в каком я ее раньше пересказывал, или услышать историю точно так же, как я ее слышал раньше. В моей жизни произошли новые события (включая рассказывание и слушание той истории), так что я нахожусь в другом «месте», когда я повторяю мой рассказ или слушаю вновь. В некоторых случаях просто само количество пересказов «одной и той же» истории меняет то, как ее пересказывают или слушают («О, нет! Вы собираетесь рассказать эту историю опять»).

Наконец, вряд ли нарратив стоит сам по себе «на своих собственных ногах». Когда мы говорим, мы не изобретаем новые правила о том, как рассказывать и как понимать истории в рамках контекста нашего языка и культуры. Каждый нарратив, который мы рассказываем, находится посреди целого на-

стывают» неизменные вещи и события, проходящие через все трансформации жизненных условий тех, кто стремится их понять — хотя современная физика показала, что все это верно в ограниченных пределах. Гуманитарное мышление стремится понять мир, поскольку он отражает необходимые условия жизни в нем». (Bruner J. *Actual Minds, possible Worlds*. P. 69; ср. с работой Макинтайра: MacIntyre A. *After Virtue*. Notre Dame, IN: Notre Dame University Press, 1981). Кермод, литературный критик, настаивает на том, что наш способ понимания мира таков, что мы, по существу, понимаем его через нашу фантазию. Кермод обращает особое внимание на то, как настойчиво мы навязываем миру идею начала, середины и конца, хотя, как показывает чисто эмпирический анализ, мир существует в непрерывном времени, без всяких начальных, срединных и конечных меток (Kermode F. *The Sense of an Ending: studies in the Theory of Fiction*. NY: Oxford University Press, 1967).

бора других встроенных нарративов, играющих роль заднего плана. Когда мы росли, мы узнали прототипы, формы, основные принципы историй, и все это стало нашей справочной базой, определяющей допустимые и понятные типы историй. Нам не нужно пересказывать эти прототипы другим людям нашей культуры, когда мы рассказываем историю о наших собственных переживаниях. Мы просто предполагаем, что они знают эти прототипы и обратятся к ним, чтобы понять смысл той истории, которую мы им рассказываем.

*Когда люди рассказывают истории из жизни, они рассказывают в соответствии со смысловыми моделями, специфичными для их культуры. Без таких моделей наррация невозможна. Эти модели сходны с силами, которые стабилизируют существующую структуру общества. Истории, которые соответствуют этим культурным моделям, как правило, признаются разумными. Их формальное соответствие с этими моделями не замечается, они просто понятны по смыслу. Напротив, истории, которые противоречат моделям в большей или меньшей степени вызывают тревогу*⁷².

Выражается это и таким образом, чтобы подчеркнуть детерминизм культуры и сгладить индивидуальное разнообразие и креативность: «Культура "говорит сама по себе" через каждую индивидуальную историю»⁷³.

Мы обычно видим встроенный набор из четырех уровней нарратива, особенно заметно это в области здравоохранения. На самом низшем уровне мы встречаемся с историями пациентов, рассказывающих об эпизодах их болезни. Далее мы находим истории пациентов о жизни, внутри которых они ищут понимание смысла эпизодов болезни. Эти истории в свою очередь встроены в рамки культурных прототипов общих типов историй, в которых мы в рамках нашей культуры видим смысл (такие, как метафора «история как путешествие»)⁷⁴. Наконец, мы подходим к трансцендентным, всеобъемлющим нарративам. Некоторые люди называют их «священными историями». Эти истории предназначены для того, чтобы поместить пережитые системы верований в рамках целого диапазона человеческой истории и большого космоса. В конечном счете значение любой истории можно найти в рамках целого набора нарративов, и не только одного уровня.

⁷² Rosenwald G. C. Conclusion: reflections on narrative self-understanding. // Rosenwald G. C., Ochberg R. L., ed. *Stories lives: the Cultural Politics of Self-Understanding*. New Haven: Yale University Press, 1992. P. 265.

⁷³ Rosenwald G. C., Ochberg R. L. *Stories lives: the Cultural Politics of Self-Understanding*. P. 7.

⁷⁴ Эти экспериментальные тематические категории могут быть использованы для классификации реальных описаний болезней; это можно посмотреть, например, в работах Хокинса и Франка.

