

УДК 17.0

**МЕДИЦИНА 4П В ОПТИКЕ ФИЛОСОФСКОЙ
И МЕДИКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЙ НАРРАТИВИСТИКИ**

© 2015 В.Л. Лехциер

Самарский государственный университет

Статья поступила в редакцию 15.10.2015

В статье осуществляется нарративистская рефлексия тех гуманитарных проблем, которые порождает медицина 4П. В частности, поднимается проблема усиливающегося рассогласования дискурсов персональности (медицинского и повседневного) и обсуждается феномен «нарративного априори», то есть соотнесенности нашего опыта будущего с типичными сюжетными схемами, наличествующими в релевантной культуре.

Ключевые слова: Медицина 4П, повседневность, дискурс персональности, конфликт нарративов, нарративное априори, сюжетные схемы, сюжетизация будущего, культура.

Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 15-03-00822.

ВВЕДЕНИЕ

С медициной 4П, названной так после добавления Лероем Худом к медицине 3П (персонализированной и предиктивно-превентивной) принципа партисипативности [1: 110], связывают сегодня новую парадигму медицинского мышления и медицинской помощи вообще [2: 4-14; 3]. Можно понять энтузиазм специалистов в этой области, рисующих грандиозные планы по переустройству всей системы здравоохранения, неизбежно наталкивающиеся, в том числе в США – родине медицины 4П, на сопротивление со стороны этой системы в силу разных объективных и субъективных причин. Однако совершенно очевидно, что помимо новых институциональных, системных задач медицина 4П порождает серьезные гуманитарные вопросы – постольку, поскольку невольно претендует на трансформацию ключевых структур экзистенции [4: 12-26]. Появление генетического паспорта, технологий молекулярно-генетической диагностики на всех жизненных этапах с целью выявления предрасположенности к конкретным патологиям, возможность персонализированной фармакотерапии на основе персональной геномики [5] уже говорят о том, что в случае медицины 4П мы находимся в ситуации вполне актуальной и требующей от нас задействования различных методологических ресурсов философии для проведения гуманитарной экспертизы медицины нового типа и прежде всего тех, которые предоставляют средства для анализа повседневного человеческого опыта.

Основная, имеющая наибольшие гуманитарные последствия трансформирующая сила медицины 4П в отношении индивидуального опыта человека заключается в ее *предиктивности*, то есть *предсказательности*, совершенно уникального свойства. Институционализация практик *биопредикции*, как утверждают специалисты, должна позволить вырабатывать алгоритмы (и протоколы) *биопревенции* разного рода (изменение образа жизни, молекулярная коррекция, фармкоррекция) [6: 82], то есть устранять «патологический» процесс на доклинической стадии, подчас *задолго* до того, как, согласно научному предсказанию, должна п(р)оявиться клиническая картина болезни. Это «задолго» теперь, благодаря геномике, генетическим тестам, а также другим методам системной биологии, означает *многие годы*, даже *десятилетия*. Вот этот *судьбоносный*, «провиденциальный» диагностический факт имеет все шансы стать решающим для экзистирования, поскольку обладает большим потенциалом влияния на привычные способы *временения из-будущего* в нашей повседневной жизни. Ситуация, в которой окажется человек, которому выдано экспертное заключение о том, что ему *на роду написано* то-то и то-то, что, например, через 15-20-30 и более лет его ждет при определенных эпигенетических условиях болезнь Альцгеймера, рак простаты или легких, различные аутоиммунные заболевания, может быть охарактеризована как приобретающая новые одежды архетипическая *ситуация Эдипа*. Ситуация нового Эдипа, невольно реанимирующая различные экзистенциальные архетипы, фактически готовящая почву для ресакрализации жизненных траекторий, принуждающая

Лехциер Виталий Леонидович, доктор философских наук, профессор. E-mail: lekhtsiervitaly@mail.ru

человека к судьбоносному выбору на основе медицинских практик, – тот антропологический случай, когда методологически будет не только уместно, но и продуктивно обратиться к концептуальным ресурсам «нарративного поворота», затронувшего, как известно, практически все гуманитарные науки, в том числе философию и медицинскую антропологию. Осмелимся предположить, что именно нарратив является тем *привилегированным* «типичным способом явленности» [7: 675], в котором мы обычно переживаем наше будущее, *типизированное* по своим объектным ожиданиям, как показал Альфред Шюц. В нарративе эти объектные ожидания приобретают характер *типового сюжета*. Однако этим перспектива применения нарративизма в контексте гуманитарной экспертизы медицины 4П не ограничивается. Выделю два аспекта нарративистской рефлексии тех гуманитарных проблем, которые потенциально несет медицина 4П, и рассмотрю их последовательно: 1. пролиферация «конфликта нарративов» [8: 17-31] – биомедицинского и «пациентского»; 2. моделирование собственного «пациентского» будущего на основе нарративного содержания релевантной культуры.

1. ЯЗЫКИ ПЕРСОНАЛЬНОСТИ: УГЛУБЛЯЮЩЕЕСЯ РАССОГЛАСОВАНИЕ

Во-первых, масштабное внедрение медицины 4П означает дальнейшую побочную *колониацию Lebenswelt*, причем даже не столько в духе Юргена Хабермаса, связывающего этот процесс с логикой позднего капитализма и одновременно позднего модерна, фрагментирующего и овеществляющего, по мнению философа, повседневное сознание [9: 123-136], сколько в духе Ульриха Бека, который видел в научных, в том числе медицинских революционных открытиях, проявления «субполитической власти профессии» [10: 314], распространяющейся на культурные основы жизни и смерти. Дальнейшая колонизация *Lebenswelt* посредством широкого, а по планам многих и принудительного, применения диагностической биопредикции будет осуществляться как углубляющийся процесс *патологизации* повседневного опыта человека, производства «пациентов» и пациентского самосознания еще до возникновения привычных и уже практически освоенных обыденным разумом нозологических форм патологии. Бек в этой связи писал о *генерализации* болезни как «продукта диагностического процесса», когда «все и каждый актуально или потенциально «болеют» – независимо от самочувствия» [10: 307].

Колонизация жизненного мира на основе новых прогрессивных генетических технологий будет означать не только его новую (био)тех-

низацию или усиливающуюся зависимость от научной рациональности и ее соответствующих представителей и институтов. Существенным обстоятельством, которое возникнет неизбежно, станет дальнейшая языковая, нарративная капитуляция повседневного языка перед сакральным языком науки. Медицина 4П имеет все шансы только усилить разрыв между специализированным медикализированным языком описания фундаментальных состояний человека и тем языком, на котором человек привык говорить о собственном страдании. Язык генетики, биоинформатики в целом гораздо более эзотеричен и более «объективен», чем даже язык обычного клинициста, рожденный когда-то «у постели больного». На языке «лабораторной медицины» невозможно выразить те экзистенциальные проблемы, которые конститутивны для ситуации нового Эдипа, то есть с момента персонализированного генетического предсказания будущих патологий. Но именно этот язык будет поставлять те когнитивные схемы и понятия, в координатах которых новый Эдип по необходимости должен будет себя осмыслять.

Проблема рассогласования языков описания болезни как познавательного объекта биомедицины и как личного опыта осознана довольно давно. Как правило, корни ее видят в процессах как минимум трехвековой медикализации, в новой социальной роли медицинского знания, приобретенной им в эпоху индустриального модерна, в заслуженном торжестве биомедицины, во всепроникающей власти государственной биополитики. Пациент модерна согласился на то, чтобы быть исключительно объектом описания, принял «роль больного» и стал осваивать медицинские термины и когнитивные схемы «медицины страдающих органов» [11: 287], получая даже специфическое удовольствие от чувства приобщенности к «тайному знанию». Как формулирует известный канадский социолог Артур Франк, автор парадигмальных для *Medical Humanities* теоретических исследований и личного рефлексивного дневника о борьбе с раком: в эпоху модерна «больной человек не просто соглашается соблюдать предписанный режим; он также даёт согласие, молчаливое, но от этого в не менее значительной степени подразумеваемое, рассказывать свою историю на языке медицины» [12: 6]. Правда, впоследствии пациент понимает, что таким образом он может лишиться языка, на котором описывается и проговаривается неотчуждаемое, всегда имеющееся в спектре его онтологических возможностей экзистенциальное измерение болезни. Отсюда – желание пациента вернуть себе нарративную субъектность, а с ней и ответственность за самого себя, – желание, которое некоторые авторы, включая

Франка, связывают уже с эпохой *постмодерной медицины*¹, однако, не будем здесь настаивать на этих зыбких терминах. Важно, что – из перспективы пациентов – практика написания и опубликования личных нарративов о болезни (а таких публикаций – огромное множество, в том числе организованных в тематические сборники) расценивается как новая культурная политика и новая этика присвоения себе собственных состояний, предполагающая выражение индивидуального аспекта опыта болезни и в то же время сообщаемого в интересующей коммуникации, вплоть до возможности учреждения вокруг той или иной болезни *нарративных сообществ*. По отношению к клиническим нарративам, однозначно доминирующим в институционально регламентированной коммуникации пациент-врач, пациентские рассказы, циркулирующие в различной медийной среде (как офлайн, так и онлайн), выступают в роли альтернативных *контрнарративов*, пытающихся – на фоне гегемонии медицинского дискурса – найти экзистенциальное обоснование болезни, борьбы с ней или жизни с ней, если победа становится невозможна. А гегемонию эту проанализировал, например, американский социальный психолог Эллиот Мишлер. Он исследовал клинические интервью и описал те отношения, которые происходят между врачом и пациентом во время клинических встреч, как борьбу между «голосом жизненного мира» и «голосом медицины». Как показал Мишлер, в типичной медицинской встрече голос жизненного мира, как правило, подавляется в пользу голоса медицины, и как следствие существуют серьезные ограничения, в пределах которых пациенты могут выразить свое понимание случившихся с ними проблем. Мишлер даже по результатам своих исследований выработал некоторые практические рекомендации, адресованные врачам, касающиеся «прерывания медицинского дискурса», использования обыденного языка и т.п. – в целях движения к более гуманному здравоохранению [14].

Примечательно, что *нарративные* импульсы к таким пациентским действиям иногда исхо-

дят от врачей. Это симптом новой тенденции, начавшейся с середины 80-х годов. Первыми систематическими работами, которые эту тенденцию попытались очертить и обосновать, были вышедшие почти одновременно замечательные книги Ховарда Броди «Истории болезни» [15] и Артура Клейнмана «Нарративы о болезни» [16]. За ними появились исследования Кэтрин Монтгомери Хантер [17], Анны Хансейкер Хокинс [18], серии статей по *литературе и медицине* в «Ланцете» в 1996 г. [19: 109-111], британская антология «Медицина, основанная на нарративе» в 1998 г. [20], различные сборники по медицинской нарративной этике, например, под таким манифестарным названием, как «Stories matter» [21], и др. Действительно, в последние десятилетия мы наблюдаем и в теории, и на практике настоящую и даже вызывающую реабилитацию немедицинского дискурса о болезни, о сопутствующих ей субъективных и интересующих смыслах, реабилитацию, возникающую в недрах медицинских институций. Ведущие представители гуманитарных исследований медицины, многие из которых сами являются врачами различного профиля, систематически различив *illness* и *disease* [22: 9-23; 16: 14], постоянно пишут о том, что разрыв между ними, вполне объективный и функционально-полезный, – если он ничем не компенсирован, то приводит к фатальному расширению пропасти между медициной и обществом, между врачом и пациентом, что не может не сказываться весьма печально на результатах лечения в каждом конкретном случае. Врачи пишут, что крайне необходимо наводить мосты между этими берегами, в частности, включать пациентские нарративы, с выраженными в них субъективными и культурными смыслами болезни, в процесс терапии, благодаря чему она должна стать не только более этичной, но и более *эффективной*. С одной стороны, имманентная медицинская этика, трактуемая как *этика заботы*, все чаще получает нарративное истолкование [23: 28]. С другой стороны, эффективность терапии возможна только на основе высокого комплаенса пациента, достижимого в процессе согласования *историй* – медицинской истории болезни и пациентской истории и мифологии болезни [24: 12-33]. Конфликт интерпретаций, ожиданий, нарративов, мифологий, языков описания состояний пациента, существующий между врачами и пациентами и их семьями, никогда не будет способствовать лечебному успеху, особенно в *обществе ремиссии*, где болезнь срастается с биографией, где она растянута во времени, и многое происходит в мучительной тишине пациентских истолкований собственных симптомов. Врачи начинают видеть в пациентских нарративах (как письменных, так и устных) окно в мир их действительных страданий, а также способ доступа к индивидуальным констелляциям патологических симптомов и их причин.

¹ «Эпоха постмодернизма характеризуется восстановлением способности рассказать свою историю... Болезнь при постмодернизме является опытом, размышлением о теле, о себе и пунктом назначения, к которому ведёт карта жизни», – пишет Франк [12: 7]. Дэвид Моррис, работая, по-видимому, с неопубликованными документами – дневниками Анатоля Броярда, умершего от рака простаты в 1990 г., приводя конкретные цитаты, отмечает, что Броярд: «за четырнадцать месяцев до кончины записал свои мысли, из которых мы видим, насколько сильно он хотел изменить традиционные описания умирания. Записав свои идеи в возрасте шестидесяти девяти лет, он совершил переход от модернизма к постмодернизму...», поскольку сознательно противопоставил свой нарратив «культурно predetermined биомедицинской модели (отказ какого-либо органа, количество тромбоцитов и др.)» [13: 44].

Так Рита Шерон, врач и филолог, одна из ведущих идеологов и реальных деятелей «нарративного поворота» в соматической медицине, автор термина «нарративная медицина», вводит целый ряд понятий («нарративное знание», «нарративная компетенция», «свидетельствование» и др.), призванных указать новые горизонты для медицинского опыта, трансформировать его в сторону открытия нарративным практикам – и пациентов, и врачей, несмотря на все бюрократические препоны и по большей части технологизаторское, дегуманизированное и стандартизированное самоистолкование современной медицины [25; 26: 110-123]. Судя по целому ряду публикаций, подобные инновации постепенно получают институциональную поддержку, и уже внедрены в некоторые американские клиники, отделения и образовательные программы для работников медицинской сферы.

Медицина 4П исполнена благородного пафоса эпистемологического персонализма, предлагая могущественные инструменты для реализации древней, но вечно забываемой формулы «лечить больного, а не болезнь». И действительно, на фоне идеологии стандартизации, которой охвачена современная медицина, причем в ее лучших достижениях, все это звучит как ошеломляющая новость и надежда. Однако персональность, которую открывает медицина 4П, является коррелятом научной рациональности, специфическим дискурсивным конструктом, существующим для человека в повседневности только в контексте лабораторных анализов и вердиктов специалистов. Генетическая персональность как коррелят всеобщего языка науки и персональность как динамичная структура фактического экзистирования, выстраивающаяся в процессе повседневного самоописания, – далеко не одно и то же. Проблема согласования разных нарративных форм этих персональностей в медицине 4П, очевидно, будет острее, чем в какой-либо другой.

2. МЕДИЦИНСКОЕ ПРЕДСКАЗАНИЕ И СЮЖЕТИЗАЦИЯ БУДУЩЕГО

Медикализированное персонализированное предсказание, безусловно, будет сказываться на наших предвосхищениях типичного будущего, взаимодействуя с теми нарративными формами будущего, которые всегда уже структурируют наше бытие-вперед-себя. В гуманитарных науках феномен этого структурирования схватывается в разных понятиях, от *скриптов* [27] до *нарративных моделей* [28: 694].

Обозначим понятием «нарративное априори» то обстоятельство, что наш опыт будущего всегда уже задан повествовательными структурами, которые наличествуют в данной культуре. Нарративное априори, конечно, предполагает и другой

смысл, а именно, что «ритуалы повседневной жизни выстроены так, чтобы мы рассказывали истории» [29: 15-16], или что «истории случаются с людьми, которые знают, как их рассказывать» [28: 691]. Действие, понятое из горизонта предварительной (часто не осознаваемой) повествовательной задачи, видимо, требует отдельной концептуализации. Однако нас здесь интересует культурологический смысл «нарративного априори». Практически все исследователи, имеющие отношение к «нарративному повороту», признают, что те схемы, которые мы используем, рассказывая о своем прошлом, оценивая свое настоящее или предчувствуя свое будущее, заимствованы из нарративного содержания релевантной культуры. Станным образом наиболее последовательные конструктивисты в вопросе о соотношении рассказа и жизни, такие, например, как Джером Брунер, утверждающие, что посредством автонаррации мы не репрезентируем, а конструируем свою жизнь, создаем новые миры, полагают, что культура детерминирует схемы наших рассказов, а, следовательно, и схемы нашего опыта. Будучи в одной части конструктивистами, в другой – они становятся на платформу культурологического объективизма, то есть признания сверхличного культурного производства индивидуального опыта. Вот, например, в отношении автонаррации Брунер пишет: «В конце концов, мы становимся теми автобиографическими нарративами, в которых мы “рассказываем о” наших жизнях. И обусловленные культурной оформленностью... мы также становимся вариантами канонических форм культуры» [28: 694]. Согласно Брунеру, тут действует *механизм привычки*: то есть способы повествования и имманентные им сюжеты, принятые в той или иной культуре, становятся настолько привычными, что начинают структурировать сам опыт, как в отношении настоящего, так и в отношении будущего.

Понятие *emplotment* (сюжетизация), крайне важное для нарративистики, может в таком контексте быть истолковано как объективное принуждение к сюжету, к встраиванию отдельных событий своей жизни, уже случившихся или еще только ожидаемых, в ту или иную имеющуюся сюжетную канву. Сарбин по этому поводу пишет, что наши воспоминания и планы направляются сюжетами из тех историй, которые мы начинаем усваивать с детства и которые нас постоянно окружают. Даже те, кто призывает не субстантивировать нарративы, сюжетные схемы, кто предупреждает от всяческих онтологических и *репрезентационных заблуждений* [30], в частности, от гипостазирования нарративов, якобы существующих до самого нарративного процесса, до акта рассказывания, усматривают в этом акте свойство императивности, и как следствие, только подтверждают доводы детерминистов. То есть сюжетные матрицы, циркулирующие в культуре,

посредством самых разных рассказов, обладают – в своем перформативном измерении – принудительным характером для индивидуального опыта. Вот как это формулируют *Йенс Брокмейер* и *Ром Харре*: «...нарратив – это слово для обозначения специального набора инструкций и норм, предписывающих, что следует и чего не следует делать в жизни, и определяющих, как тот или иной индивидуальный случай может быть интегрирован в некий обобщенный и культурно установленный канон» [30]. Хотя в других своих работах Йенс Брокмейер пишет, что нарративы пациентов не должны однозначно трактоваться, например, как линейные сюжеты, что они должны быть поняты как ресурс рассказчика для изучения возможностей жизни, для проигрывания различных автобиографических стратегий, для конфигурации и переконфигурации идентичности [31: 4]. И Брунер также признает, что у индивида остается возможность комбинирования тех элементов, из которых состоят канонические формы культуры.

Конечно, в нарративистике идет не прекращающийся спор о том, что нельзя редуцировать персональный опыт к общекультурным сюжетным схемам, что опыт всегда не завершен, неуловим, в отличие от стандартного нарратива, и всегда индивидуален, что реальность лишена последовательности и сюжета [32: 181-211]. Представители *когнитивной медицинской антропологии*, исследующие эмпирическими методами то, как культурное знание влияет на рассказы о болезнях и способы принятия пациентами терапевтических решений, констатируют, что тут нет однозначного детерминизма, что в ряде случаев имеет место быть «разнообразие способов применения людьми культурно доступных схем к определенным случаям болезни» [33: 349], что личный опыт и культурное знание постоянно корректируют друг друга.

Вместе с тем этот своеобразный спор о «свободе и благодати» может быть решен вполне примирительно, если основываться на продуктивной шюцевской идее предвосхищения типичного будущего, которую мы выше описали, предвосхищения, основанного, в свою очередь, на типизированном наличном запасе знания. В таком подходе остается место и «свободе», и «благодати». Свобода заключается не только в возможном перформативном комбинировании элементов сюжетных схем *опыта будущего*, типичных для той или иной культуры, но и в их индивидуальном предвосхищающем наполнении. Это наполнение опыта будущего конкретной предвосхищаемой событийностью может быть впоследствии опровергнуто наступившим будущим или, наоборот, подтверждено. Свобода также заключается в нашем практическом, *заинтересованном* отношении к тем или иным предвосхищаемым реалиям, которые мы можем

пытаться либо осуществлять, либо блокировать. Все это не отменяет, однако, наличие в нашем опыте типологически предвосхищаемого будущего, сюжетных схем, нарративного априори. Еще раз подчеркнем: *типичное* в данном подходе появляется не как результат некоей методологической дискриминации индивида в его праве на индивидуальный опыт, не как результат тех или иных объективирующих методологий, культурологического детерминизма и т.п., а как результат феноменологического анализа самого опыта. Более того, типичные сюжеты часто выявляются в результате эмпирического анализа человеческих документов. Неслучайно, что современные «нарративщики» в области медицинской антропологии признают безусловный авторитет Артура Франка по поднятым здесь вопросам. Во многом он связан именно с тем, что Франк эксплицитно вывел свои типовые структуры опыта болезни эмпирическим образом, проанализировав большой объем пациентских письменных первичных нарративов. Типы пациентского сторителлинга, выделенные Франком, – это как раз типы тех сюжетных схем, релевантных, в частности, современной американской культуре, в рамках которых пациент переживает и *проживает* свою патологию.

В строгом смысле истории о будущих патологиях – ни устные, ни письменные – еще не изучались. Анализ пациентского сторителлинга до сих пор основывается на историях, вызванных к жизни прошлыми или текущими патологиями. Правда, Франк приводит пример рассказа одного молодого человека за день до химиотерапии, рассказа, в котором присутствовала история ожидания рака задолго до того, как он вошел в жизнь этого человека. «По крайней мере в тот вечер, вспоминая свою жизнь, он рассказывал историю ожидания рака: история была придумана еще до того, как случилась сама болезнь. Рак задолго до этого был отмечен на его карте как вероятный пункт назначения» [12: 54]. Тем не менее, и этот *ретроспективный рассказ о будущем* происходит в ситуации наступившей патологии. Безусловно, по мере того, как медицина будет совершенствовать свои предиктивные способности, отодвигая все дальше и дальше во времени событие заболевания, будут умножаться и *проективные истории* ожидания болезни, истории о будущем, а не о прошлом. Такие понятия, например, как «онкологическая настороженность», уже начинают оказывать влияние на наше ощущение времени.

Определенный сюжет будущего – обязательный компонент по крайней мере двух выделенных Франком типов пациентского сторителлинга в отношении уже имеющийся патологии и тех разрывов в жизненном мире человека, которая она вызвала. Это «*нарратив выздоровления*» (*Restitution Narrative*) и «*поисковый нарратив*» (*Quest Narrative*). Сюжет нарратива выздоровле-

ния: вчера я был здоров, сегодня я болен, завтра я опять буду здоров. Не исключено, что медицина 4П привнесет какую-то модификацию в него, потому само понятие генетической предрасположенности к патологии несколько меняет смысл «вчера»: ведь выясняется, что и вчера, и сегодня я генетически предрасположен к тому или иному заболеванию. Однако современный оптимизм в отношении к «завтра» остается, несмотря на то, что именно на неопределенное «завтра» и отложена болезнь. Оно остается, потому что в этом нарративе ставка делается на выполнение медицинских предписаний, на дисциплинированное медициной тело, на волшебные, в данном контексте превентивные, технологии, которые могут победить будущий недуг. Если регулятивной метафорой этого нарратива являлась метафора *поломанной машины*, то в случае предиктивной медицины ей может стать метафора изначально *бракованной машины*, требующей глубинного «доведения до ума». Общую сюжетную схему этого нарратива, а также его детали человек будет черпать, как и в ситуации обычного заболевания, из институциональной медицины, транслирующей свои рассказы через научно-популярные тексты и рекламу.

Ключевой сюжет поискового нарратива – это сюжет экзистенциального преобразования пациента. Он предназначен для немедициализированного переживания и проектирования собственного настоящего и будущего. С момента появления симптома в обычной ситуации или с момента постановки предиктивного диагноза начинается отправление на поиск блага и преобразования. Сюжет поискового нарратива по существу близок к архетипической структуре *перехода* (обрядов перехода), описанного антропологами. Поисковый нарратив максимально этицирован, именно в нем в большей степени становится значимой *self-story*. Поставленный диагноз здесь будет осмысляться как экзистенциальная возможность, как основа для извлечения значимых смыслов, касающихся как конструирования самости, так и интерсубъективного опыта [34: 65-71].

Наверняка, возможна экспликация более детализированных сюжетных матриц, которые можно было бы иметь в виду при анализе ситуации нового Эдипа. Возможно, сама генетическая медицина с присущей ей картиной мира и имплицитной антропологией породит свои повседневные мифы и сюжетные схемы, подобно тому как это произошло с экологическим мышлением и психиатрической наукой: «все от экологии», все от состояния души». Принципиально важно, чтобы подобные типовые сюжеты выявлялись эмпирическими методами, с учетом разнообразных социокультурных контекстов, а не гипостазировались метафизическим образом на путях нарративистского универсализма, даже несмотря на то, что генетическое предсказание

высвобождает из тенет архетипическое понятие судьбы.

Если иметь в виду, что предиктивный диагноз, который ставит медицина 4П, есть *здесь-и-сейчас актуализация* будущего события болезни, то наблюдения Франка становятся весьма инструментальными для ситуации новых эдипов. В особенности подходит для сферы предиктивной медицины и попавшего в сферу ее влияния человека метафора *карты и пункта назначения*, которые Франк заимствует у Джудит Заручес и применяет повсеместно в своих книгах. С уверенностью можно констатировать, что предиктивная генетическая диагностика подстегнет очередную нарративную активность людей, ставших пациентами после постановки диагноза. Несмотря на то, что болезнь отнесена в неопределенное будущее, человеку все равно потребуется включить ее в предшествующую личную и тем более родовую историю, связать будущее с прошлым, найти для себя действенный способ реагирования на полученное знание; человеку придется также создавать рассказы о нем, предназначенные для окружающих и для самого себя. Более того, у проективной истории еще более очевиден ее креативный и перформативный характер, чем у рассказа о прошлом, хотя и в рассказе о прошлом дескрипция служит задаче актуального формирования самости, тому, чтобы «оставаться в зоне собственной досягаемости» [35: 65]. К ситуации нового Эдипа, как и к обычному пациенту, можно поэтому отнести слова Франка, которыми я закончу эту статью: «Истории должны *компенсировать* (курсив автора – В.Л.) ущерб, который болезнь нанесла осознанию больным человеком своего места в жизни и своего возможного места назначения. Истории являются одним из способов создания новых карт и обретения новых пунктов назначения» [12: 53].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну. М.: Прогресс-Традиция, 2000.
2. Беляетдинов Р.Р., Гребенщикова Е.Г., Киященко Л.П., Попова О.В., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г. Социогуманитарное обеспечение проектов персонализированной медицины: философский аспект // Философия и современность. 2014. N.4.
3. Брокмейер Й., Харре Р. Нарратив: проблемы и обещания одной альтернативной парадигмы // Вопросы философии. 2000. №3. URL: <http://galapsy.narod.ru/PsyNarrative/Brockmeier.htm> (дата обращения 20.09.2015).
4. Голубничая О. Время новых законодательных мер по сахарному диабету: смена парадигмы – от запоздалых интервенций к предиктивной, превентивной, и персонализированной медицине // TERRA MEDICA. 2012. № 2.
5. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. – М.: Алетейя, 2006.
6. Лехциер В.Л. Нарративная медицина: светлая уто-

- пия доктора Риты Шэрон? // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. – Самара: Самарский университет, 2012.
7. *Лехциер В.Л.* Типология пациентского сторителлинга в этическом учении Артура Франка // Международный журнал исследований культуры. 2013. № 1(10).
 8. *Мещерякова Т.В.* Конфликт нарративов как проблема биоэтики // Идеи и идеалы. № 4 (14). 2014.
 9. *Сарбин Т.Р.* Нарратив как базовая метафора для психологии // Постнеклассическая психология. 2004. № 1.
 10. *Сучков С.В., Роуз Н., Ноткинс А., Голубничая О., Херрат М., Легг М., Маршалл Т.* Введение в предиктивно-превентивную медицину: опыт прошлого и реальности дня завтрашнего // Терапевтический архив. 2012. № 8.
 11. *Тхостов А.Ш. Нелюбина А.С.* Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения (на модели сердечно-сосудистых заболеваний) // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. – Самара: Самарский университет, 2012. С.12-33.
 12. *Фуко М.* Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998.
 13. *Хабермас Ю.* Отношения между системой и жизненным миром в условиях позднего капитализма // Thesis. 1993. Выпуск 2.
 14. *Щюц А.* Избранное: Мир, светящийся смыслом. М.: РОССПЭН, 2004.
 15. *Brody, H.* Stories of sickness. New Haven: Yale University Press, 1987.
 16. *Bruner J.* Life as Narrative // Social Research. Vol 71: No 3: Fall. 2004.
 17. *Charon, R.* Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. – New York: Oxford University Press, 2006.
 18. *Eisenberg L.* Disease and Illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness // Culture, Medicine and Psychiatry. 1977. № 1.
 19. *Greenhalgh T., Hurwitz B.* Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice. London: BMJ, 1998.
 20. *Garro L.* On the Rationality of Decision-Making Studies: Part 2. Divergent Rationalities // Medical Anthropology Quarterly. 1998. № 12(3).
 21. *Frank, A.* Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. – Chicago: University Of Chicago Press, 1997.
 22. *Hunter K.M.* Doctor's Stories: the Narratives Structure of Medical Knowledge. Princeton: Princeton University Press, 1991.
 23. *Hawkins A.H.* Reconstructing Illness: Studies in Pathography. 2nd ed. West Lafayette, IN: Purdue University Press, 1999.
 24. Health, illness, and culture : broken narratives / edited by Lars-Christer Hydén and Jens Brockmeier. – N.Y., London: Routledge. Taylor & Francis Group. 2008.
 25. *Hood L., Auffray C.* Participatory medicine: a driving force for revolutionizing healthcare // Genome medicine. 2013.V 5, Is. 12.
 26. *Kleinman A.* The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. N.Y.: Basic Books, 1988.
 27. *Lord A.* The Cancer Journals: The Original Edition. The Critic's choice award 1995-1996. – San Francisco: Aunt Lute Books. 1980.
 28. *Mattingly Ch.* Emergent Narratives // Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing. Berkeley, Los Angeles, London: UC Press. 2000. P.181-211.
 29. *Morris D.B.* Illness and culture in the postmodern age. – Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 2000.
 30. *Mishler E.G.* The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex Publishing Company, 1984.
 31. *McClellan M.F., Jones A.H.* Why literature and medicine? // Lancet. V. 348. July 13. 1996.
 32. Predictive Diagnostics and Personalized Treatment: Dream or Reality / Editor: O. Golubnitschaja. New York: Nova Science Publishers, 2009.
 33. Stories matter. The role of narrative in medical ethics. New York: Routledge, 2002.
 34. *Schank R.C.* Tell me a story: A new look at real and artificial Memory. – N.Y.: Charles Scribner's Sons; Toronto (Canada): Collier Macmillan; N.Y. etc.: Maxwell Macmillan International, 1990. – xv, 253 p.
 35. *Tutton R.* Genomics and the reimagining of personalized medicine. Farnham: Ashgate Publishing. 2014. 214 p.

4P MEDICINE IN THE PERSPECTIVE OF NARRATIVE PHILOSOPHICAL AND MEDICAL ANTHROPOLOGY

© 2015 V.L. Lekhtsier

Samara State University

This article deals with the narrativist reflection of the humanitarian problems that creates 4P medicine. The author discusses the problem of the growing mismatch of personality discourses (medical and everyday) and the phenomenon of “narrative a priori”, that is considered as the correlation of our experience in future with the typical plot schemes in the relevant culture.

Keywords: Medicine 4P, everyday life, discourse of personality, the conflict of narratives, narrative a priori, plot schemes, emplotment of future, culture.