

# ГЕРМЕНЕВТИКА В ХРОНОТОПЕ КЛИНИКИ: ПОНИМАНИЕ И РЕФЛЕКСИЯ В РУСЛЕ НАРРАТИВНОГО ПОДХОДА<sup>1</sup>

**В. Ю. Лебедев**

*Тверской государственной университет, Тверь*

**А. В. Федоров**

*Тверской государственной медицинский университет, Тверь*

Настоящая работа посвящена междисциплинарной проблеме – герменевтическому подходу в современной медицинской науке. Проведенный авторами краткий анализ особенностей медицинской культуры в период ее институционализации и социального освоения выступает в качестве обоснования актуальности нарративного подхода в данной области знания. Традиционное взаимодействие в системе «врач-пациент» (модель Р. Витча) создает множество проблем, часть которых может быть решена в русле нарративной медицины. Одной из ключевых задач такого рода является, по мнению авторов, достижение достаточного уровня взаимопонимания участников дискурсивной среды. Сопоставляя традиционный и нарративный подход, авторы склоняются в пользу последнего, логически обосновывая свой выбор на примере обширного фактологического материала.

*Ключевые слова: медиализация культуры, успешная коммуникация, нарративная медицина, общество ремиссии.*

Ключевыми проблемами, разрабатываемыми в русле герменевтики, являются вопросы интерпретации и понимания текстов. Если понятие текста рассматривать максимально широко, легко прийти к выводу об особой роли герменевтики в такой сложнейшей области, каковой является медицинская культура. Во-первых, понимание – это ключевой процесс для любой когнитивной деятельности человека, и медицинская наука в этом случае не является исключением. Во-вторых, именно понимание лежит в основе лечебно-диагностического процесса, выступая в качестве парадигмы взаимодействия врача и пациента и реализуясь в условиях общей коммуникативной среды. В-третьих, современная медицинская культура есть результат сложной динамики, в структуре которой особенно важную роль приобрели сегодня процессы институционализации и социального освоения медицины [3: 30], поэтому прицельный герменевтический анализ данных явлений – залог успешного взаимодействия двух макросистем: социума и медицины. Наконец, в-четвертых: нельзя упускать из виду этико-деонтологическое измерение медицины, поскольку изучение данной проблематики не только решает узкоспециализированные «внутримедицинские» проблемы, но также служит надежным «предохранителем», позволяющим не повторять те трагические ошибки, которые были допущены медициной в недалеком прошлом.

Традиционно проблематика медицинской герменевтики подразделяется на три части:

---

<sup>1</sup> Работа выполнена в рамках исследовательской деятельности Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество)

1. Вопросы взаимодействия с источниками медицинской информации (литература, интернет, исследовательские отчеты, и т.д.)

2. Вопросы взаимодействия, реализуемого в условиях хронотопа клиники (взаимоотношения врачей и пациентов, врачей и коллег, пациентов с другими пациентами, и т.д.)

3. Вопросы гносеологии (в узком смысле – эпистемологии) медицинской науки (проблемы доказательной медицины; исследования по сбору, анализу и интерпретации опытных и экспериментальных данных, и т.д.)

Разумеется, такому разделению присущ известный процент условности: медицина, явленная исследователю в ситуации *as is* (как есть), подчас представляет собой сложно переплетенный клубок проблем, разграничение которых слишком часто представляет собой неразрешимую задачу. Так, в структуре любого «клинического» взаимодействия всегда присутствуют проблемы первой и третьей групп: врач и пациент знакомятся с различными литературными источниками, стремясь к достижению искомого уровня понимания той или иной клинической ситуации, к формированию похожей апперцепционной базы. Наконец, любой лечебно-диагностический процесс, так или иначе, ассоциирован с наблюдением, экспериментом (мелкое «экспериментаторство» порой происходит и без предупреждения пациента, хотя это не означает, что соответствующие намерения врача не будут им распознаны), интерпретацией данных. Согласно известной максиме, врач может поставить один диагноз нескольким пациентам, но никогда эти пациенты не будут строго идентичны друг другу, и уж тем более – не будут одинаково болеть (это утверждение дополняется тем, что десять врачей могут легко выставить одному пациенту десять существенно разных диагнозов, если только будут освобождены от давления корпоративной этики). Отсюда следует ожидаемый вывод: каждый пациент уникален, а потому – в любом клиническом случае будет присутствовать та или иная степень новизны, предъявляющая к врачу те же требования, что и к научному исследователю, что на первый взгляд выглядит абсурдом, отождествлением «лекаря» и «светила науки». Именно эта особенность формирует два принципиально разных клинических подхода: врачебный и фельдшерский<sup>2</sup>. Причем первый мы, опять же с немалой долей условности, поделим на варианты «клинический» и «академический» (или «клинико-академический»). Фельдшер, мыслящий преимущественно категориями «случая» и «симптома», часто делает заключения по аналогии: например, если у пациента А. есть боли в правой подвздошной области, однократная рвота и небольшой субфебрилитет, то данный синдром схож со случаем пациента Б., которому был выставлен правильный диагноз острого аппендицита. При этом случай пациента Б. фельдшер может почерпнуть как из своего предшествующего опыта, так и из медицинской литературы. Врачебный

---

2

Названия «врачебный» и «фельдшерский» предлагаются нами с известной долей условности: не всем фельдшерам присущ стереотип мышления по аналогии, равно как и не все врачи обладают навыками последовательного дедуктивного, гипотетического или эвристического мышления.

же подход предусматривает не только этиопатогенетическое видение ситуации, но также – известную долю эвристики, творчества, научного поиска. Так, в упомянутом выше случае, стратегия поиска будет принципиально иной: как правило, грамотному врачу присуща известная строгость мышления, предусматривающая жесткое следование логике диагностического процесса. Исходя из этого, врач (в случае гипотетического подхода) выдвинет ряд рабочих гипотез, каждую из которых он последовательно проработает в ходе дифференциально-диагностического поиска и, остановившись на одной или нескольких наиболее вероятных, продолжит диагностирование до тех пор, пока окончательный диагноз не станет обоснованным и верифицированным. В случае дедуктивного подхода врач, производя диагностический поиск путем получения новых данных из уже имеющихся, произведет систематическое обследование, не упуская из вида ни одной детали (от физикальных данных общего осмотра к детальному исследованию пораженной системы), и после проведения специфических детализирующих исследований сформулирует окончательный диагноз, отвечающий критериям достоверности, непротиворечивости, логичности и верифицируемости. Будет также полноценно учтен эмоциональный фон, который не только может побуждать пациента к полуосознанной аггравации или диссимуляции, но и менять самоощущение (больной честно говорит об отсутствующем симптоме), равно как и видение данного симптома врачом. Снять беспокойство – часть диагностического умения врача, а если это беспокойство провоцируется недоверием, то это практически обязанность. Разумеется, диагностический поиск врача не сводится только к описанным выше подходам. Врач может полагаться на интуитивное знание, особенно – в случаях, когда интуиция базируется на обширной теоретико-практической базе; подчас правильный диагноз может быть поставлен исходя из чистой эвристики (таковы, например, диагнозы главного героя сериала «Доктор Хаус»). В ряде случаев оказывается приемлемым даже чисто синдромологический метод: например, в экстренных ситуациях перед врачом-реаниматологом ставится задача стабилизировать состояние больного, устранить критические нарушения жизненно важных функций, выиграв тем самым время для детального диагностического поиска и последующего этиопатогенетического лечения.

В ряде случаев синдромологической терапии бывает достаточно, диагноз же требуется по мотивам социальным. Расхождение синдромологического мышления и нозологической диагностики сильнее всего сказывается в психиатрии (особенно с учетом различия национальных школ). Этиотропных лекарств здесь нет (если не считать казуистическое противосифилитическое лечение при почти не встречающемся уже нейросифилисе). Даже удачное купирование острого состояния инсулино-коматозной терапией ключа к диагнозу не дает, так как может оказаться успешным при разных заболеваниях. М.И. Буянов указывал на позитивный эффект антибиотика, купленного родственниками больного по ошибке (о фармакогенезе успешного эффекта автор сообщения не задумывался, но внес лекарство в круг возможных

назначений на будущее). В результате наблюдается ситуация, в чем-то близкая рикеровскому конфликту интерпретаций: для успешного лечения необходима интерпретация симптомов, ориентированная на синдромологический уровень, для выполнения же всех требований, куда проникла социальность (от правильного заполнения истории болезни до направления больного на медико-социальную экспертизу или отказа в направлении) требуется интерпретация, очерченная шаблонами нозологического уровня. Синдром не вызывает сомнений, а нозология при этом совершенно не ясна – типичная ситуация. Отсюда и встречающаяся практика аккуратного подбора нозологии для ее закрепления в диагнозе, с тем, чтобы не повредить больному в социальном плане, ведь ни квалификация синдрома (или их совокупности), ни тактика ведения, во многом опирающаяся на прецеденты и эмпирический подбор, от этого диагноза не изменятся, болезнь останется самотождественной, той, что и была. Лишь в некоторых случаях, при наблюдении, порой очень длительном, можно выявить новый или незамеченный симптом, но и они часто предстают в настолько стертом и нетипичном виде, что лишь дают начало новому интерпретационному циклу. Ну и разумеется, критерием уточнения нозологического диагноза может служить резкое изменение течения болезни и появления явных совершенно новых симптомов, что встречается периодически, но не составляет общей картины. В 1990-е гг. ряд врачей говорили о желательности движения «в направлении французской медицины» (как раз подоспело и издание русских переводов В.Франкла, Ж. Гаррабе, К. Ясперса), к синдромологической диагностике, а не только лечению, что избавило бы многих от подбора диагноза с учетом всех нюансов, дабы не повредить больному, а других – от прямолинейной диагностической бескультурности, также ломающей жизнь в первую очередь больным. Однако такие изменения привели бы, помимо прочего, к обособлению психиатрии, что радикально противоречит центростремительным тенденциям современной медицины.

Одни из признаков «академического» варианта врачебного подхода – добровольное активное знакомство с научной периодикой и литературой вообще, не просто накапливание, а самостоятельное общение спорных и даже просто нерешенных проблем. Врач этого типа стремится к активной рефлексии, не абсолютизирует распространенные схемы диагностики и в какой-то степени рад обнаружению очередных лакун, так как изначально считает их наличие «нормально неизбежным». Так, еще в начале 1980-х гг. встречались врачи, интерпретирующие болезнь Бехтерева в соответствии с фенотипическими образами довоенного периода: бурно протекающий артрит быстро приводит к анкилозу, не щадящему даже височно-нижнечелюстные суставы, больной, по Оппелю, становится статуей, сохранившей форму, в котором его застигла лава болезни. Присоединяющийся иридоциклит в отсутствие антибиотиков течет тяжело и оставляет еще более тяжкие осложнения (глаукома). Соответственно, больной, пришедший на прием, должен быть либо сильно ссутулен («поза просителя»), либо неестественно прям (анкилозирование позвоночника без искривлений); он марширует (анкилоз коленных суставов, если тазобедренные

остались хотя бы частично функциональными), а самое главное – выдает классическую «горячую» биохимию. Отсутствие последней чаще всего означало сомнение в диагнозе и даже его пересмотр. Академический подход в данном случае подразумевает не только знакомство с литературой, указывающей на изменение патоморфоза болезни, но и с диагностическими критериями, предложенными разными школами (в том числе и теми, где «холодная биохимия» уже давно рассматривается как вполне возможное явление), с разными вариантами демаркации классической болезни Бехтерева-Штрюмпеля-Мари с пограничными расстройствами (ревматоидный полиартрит и синдром Рейтера) – и так далее. Заканчивается это не только формулировкой диагноза, но и определенным актом профессионального мужества, подразумевающим, что диагноз выставляется в среде коллег, принадлежащих другой школе или вообще не склонных мыслить академически. Диагноз может быть раскритикован, но врач заведомо берет обязательство по защите и пытается объяснить больному необходимость этого, опять же делая его своим сторонником и сотрудником.

В функциональном и методологическом плане оказывается удобным и допустимым принятие постулата Ж. Дерриды: «мир есть текст, текст есть мир», ибо тогда исчезает необходимость в искусственном разграничении областей медицинского праксиса, связанного с герменевтическим подходом. Условно говоря, остается только индивид как элемент медицинской культуры, окруженный множеством текстов и активно взаимодействующий с ними. В разряд текстов попадает практически все: и данные медицинской литературы, и результаты клинического обследования, и жалобы больных... К феномену больного «начитавшегося книжек» ныне необходимо подходить как минимум, спокойно, желательно же, учитывая этот фактор, превращать больного в диагностического союзника. Данный метод оказывается продуктивным и в вопросах разграничения информации, реципиентом которой выступает врач: традиционное деление методов исследования на субъективные и объективные отходит на второй план, снимая тем самым ряд противоречий, связанных с приматом «объективных» данных в лечебно-диагностическом процессе. Такая «текстоцентричность» в очередной раз напоминает врачу банальный факт: все мы люди, и «объективные» методы могут порой лгать больше, чем пациент, ибо врач УЗИ, лаборант и даже само оборудование может ошибаться, а потому будет уместным анализировать все данные с необходимой долей скепсиса. С другой стороны, взгляд на пациента как на продуцента различных текстов, логично увязывается с новым научным направлением, именуемым *нарративной медициной*. Данный подход (мы рассмотрим его ниже), хоть и проблематичный в плане применимости его к сегодняшним реалиям, в ситуации будущего чрезвычайно продуктивен, поскольку способен решить довольно острую проблему гуманизации медицины.

Современная социокультурная ситуация, помимо известных черт, характеризуется также тотальной медикализированностью. Нынешнее общество стало не только центрированным на проблемах здоровья, болезни и

медицины, но также ухитрилось внедрить элементы клинического мировосприятия в те области, которые были чрезвычайно далеки от естественнонаучного знания вообще и от медицины в частности. Причины и следствия медиализации подробно исследованы во множестве работ, в том числе и нами [2: 56]. Одним из важных следствий таких изменений стало, по мнению С. В. Чебанова, усиление чисто «технических» традиций в медицине, и без того принадлежащей к области *технэ*. [6: 323]. Выделяя пять типов лечебных практик по критерию объекта деятельности, С. В. Чебанов разграничивает медицину (работа с индивидуальным здоровьем отдельного человека); социальную гигиену (объект – отдельные критерии здоровья популяции); ветеринарию *homo sapiens*, ориентированную сугубо на телесность при полном игнорировании сознательной, душевной и духовной сфер; целительство (ориентированное на физическое и духовное здоровье человека) и народную медицину как совокупность лечебно-диагностических приемов далекого прошлого, по сей день сохранившихся в народной практике. В ходе исследования каждого из этих типов лечебных практик автором делается печальный, но закономерный вывод: в современных условиях врачи ортодоксальной медицины все сильнее тяготеют к технократическому подходу и, как следствие этого – к ветеринарии *homo sapiens*. [6: 360] Причины подобного явления легко выводимы и предсказуемы. Гораздо важнее другое: каковы последствия подобной тенденции в обозримом будущем и что с этим делать? Прогнозы, как правило, неутешительны: молодые доктора, активно ратующие за применение множества рискованных в биоэтическом отношении технологий, не имеют ни малейшего представления о биомедицинской этике. Более того – подавляющее большинство нынешних выпускников медицинских ВУЗов попросту не умеют общаться с пациентами.

Появление в современной ситуации конфессиональной медицины (прежде всего, православная психиатрия) приносит новый набор проблем, связанных и с диагностикой, и с лечением. Конфессиональная медицина – явление не новое, доктор Маймонид решал некоторые вопросы в свете талмудического мировоззрения, Джузеппе Москати, порой заявлявший больным, что их болезнь связана с пребыванием в грехе, уже канонизирован Римско-католической церковью. По распространенной научно-популярной литературе, посвященной психопатиям, неврозам и непсихотическим депрессиям (с серьезными психозами врачи такого типа иметь дело не стремятся) можно судить о четком тренде – почти вся этиология заболеваний переносится в сферу духовной жизни (вводится и новый терминологический аппарат – страсти, грехи, уныние, прощение и т.п.). Подробное рассмотрение медицинской помощи такого рода не входит в наши задачи, но важный момент необходимо обозначить: при общей тенденции к оживлению гносеологического интереса к болезни, ее диагностике и лечению, очень сильного повышения уровня грамотности больных сомнительные вопросы окончательно уходят таким образом в область веры. А психиатрия, до сих пор не расставшаяся с феноменологическим дескриптивным подходом, рискует уже не преодолеть его

никогда. Для работы в таком качестве требуется сочетание высокого медицинского профессионализма с серьезным религиозным опытом. Д.Е. Мелехов, на которого ссылаются как на предшественника современной отечественной конфессиональной медицины, обладал всем этим в высшей степени. Но будут ли обладать другие? Не получится ли так, что вся область малой психиатрии будет трактоваться как потакание страстям и недостаток покаяния, а вся большая – просто объявлена проявлением одержимости? Еще лет 20 назад многие священники, сталкивавшиеся с психическими расстройствами или подозрительными в этом отношении явлениями, спрашивали, есть ли заключение врача и каково оно. Порою так происходит и теперь, но интересно иное: врачи стали порой проявлять крайнюю осторожность в ответах, если больной оговаривает, что вопрос мотивирован религиозно, и тем более, что ответ будет предметом обсуждения с духовником на предмет разграничения психического страдания с явлениями иного порядка. Если эта тенденция закрепится, сплошь и рядом будет образовываться порочный круг, гносеологически бесплодный, а самое главное, мучительный для больного. Безусловно, конфессиональная медицина может рассматриваться как альтернатива упомянутому выше ветеринарному подходу, но не принесет ли и ряд новых, плохо отрефлектированных проблем? Впрочем, будущее прояснит многие вопросы, касающиеся конфессиональной медицины.

Подобная ситуация в немалой мере способствует активному осмыслению тех кризисных черт, которые уже присущи современной медицинской культуре. Результатом такой философской рефлексии явился курс на гуманизацию медицины, причем данное направление не стоит понимать только как поворот медицины «лицом к пациенту»; данное понятие более широко и подразумевает, в том числе активный диалог между представителями медицины и носителями гуманитарного знания.

В рамках дискурс-анализа медицинский дискурс традиционно рассматривается в структуре институционального; при этом исследователи обыкновенно акцентируют внимание на неравном статусе участников коммуникации. В аспекте медицинской герменевтики нас интересует, насколько такие различия в статусе взаимодействующих индивидов оказывают влияние на процесс взаимного понимания. Очевидно, что степень такого влияния чрезвычайно велика, но практическая значимость данного факта остается до конца не отрефлектированной.

В практической деятельности врачу, выступающему активной стороной коммуникации, удастся достичь такого уровня понимания пациента, при котором лечебно-диагностический процесс оказывается возможным. В свою очередь, вовлеченный в коммуникацию пациент также достигает определенного уровня понимания – как правило, достаточного для осмысленного взаимодействия и адекватной реакции на врачебные рекомендации. Разумеется, иногда, в силу ряда причин, и такого минимально-необходимого уровня достичь не удастся; более того – нередки антимедицинские установки, ассоциированные с комплексом коммуникативных барьеров. Проблемы преодоления таких

трудностей, в конечном итоге, сводятся к построению успешной коммуникации – но, как правило, лишь до такого уровня, чтобы осуществить необходимое лечебно-диагностическое взаимодействие, и не более того. Гораздо важнее другое: целесообразно ли добиваться более высокого уровня понимания, и если да – то каким образом? На наш взгляд, такая цель должна быть если не обязательной, то хотя бы желательной для врача любой квалификации и опыта. Попытаемся обосновать данное утверждение.

Во-первых, рост числа антимедицинских настроений, обусловленный неудовлетворенностью качеством медицинской помощи, тесно сопряжен с конфликтом интересов, целей и потребностей коммуницирующих сторон, особенно, если учесть, что болезнь в современном обществе – уже не «casus», а часть социального капитала. Пациенты жалуются на равнодушие, невнимание к их проблемам со стороны врачей, причем недовольство имеет место быть даже при успешном выполнении сугубо «лечебных» задач. Медики, в свою очередь, возмущены необоснованными требованиями пациентов и низким комплаенсом к лечению; тем более что наблюдается это на фоне повышенного интереса больных к альтернативным, в том числе – нетрадиционным способам лечения; объяснения экономией денег далеко не всегда бывают правдивы.

Во-вторых, весьма показательны ожидания пациентов, касающиеся желаемого образа врача. В исследовании А. Зисельсона [1: 20] более двух третей респондентов (77%) среди ожидаемых качеств идеального врача назвали внимательность, сострадание, умение слушать и объяснять пациенту суть болезни и лечения. Несмотря на обилие разнородных источников информации, пациенты хотят получить информацию о своем состоянии непосредственно от доктора, и если подобная потребность не удовлетворяется, подключают дополнительные источники (интернет, книги). Сильнейшее оживление когнитивной составляющей поведения больного требует не просто принятия к сведению, а корригирующего сам лечебный процесс учета.

В-третьих, результаты наблюдений авторов, полученные ими в ходе практической деятельности, демонстрируют готовность большого числа пациентов соблюдать все рекомендации, даваемые врачом, при условии их аргументированности и доступности для восприятия больным. Подобные факты показывают, что уровень взаимопонимания между врачами и пациентами явно недостаточен. Доктор слишком часто оказывается в ситуации враждебного Чужого, вдобавок – нечувствительного к проблемам пациента. Подобная ситуация вызывает у пациента активацию таких паттернов поведения, которые еще более затрудняют коммуникацию: они начинают писать жалобы, прибегают к сомнительным источникам для получения медицинских знаний, воспринимают врача в модусе «официанта», который обязан их «обслужить». В свою очередь врачи, столкнувшись с подобным поведением, навешивают на пациента ярлык сутяги, скандалиста и вообще – «вредного больного», вследствие чего конфликт еще более усугубляется. Большинство подобных проблем можно было бы избежать, достигнув индивидуально-необходимого уровня взаимопонимания и комфорта во взаимодействии. Расхожая максима,



бытующая в среде психотерапевтов, гласит: «Не бывает сопротивляющихся клиентов, бывают неграмотные терапевты». Современная практическая медицина, за счет проблемно-ориентированного подхода, не желает видеть иного пути, центрированного не на болезни, но на больном. Такое видение проблемы было предложено в рамках нарративной медицины.

Ключевое отличие такого подхода – в том, что болезнь, страдание рассматривается не только с медицинских аспектов, но также – с позиций индивидуальности и целостности «Я» отдельного пациента. Болезнь имеет не только физический и ментальный аспекты, она есть случай индивидуализации, обнажения самости страдающего. Единое, целостное бытие индивида подверглось внедрению Другого – болезни, и это «Я», изменившись, стало иным; претерпевающий это превращение субъект характеризуется П. Рикером как страдающий, но не только в аспекте физическом или психическом [5: 113]. По Рикеру, страдание есть покушение на целостность Я. Опыт этого изменения, вплетаясь в единую жизненную историю пациента, формирует его нарративную идентичность, являющуюся формой организации человеческого бытия. В традиционном понимании нарратив определяется как текст, описывающий некую последовательность событий; то же, что история, рассказ, повествование. Д. Шифрин определяет нарратив как "форму дискурса, через которую мы реконструируем и репрезентируем прошлый опыт для себя и для других" [7: 321]. В рамках нарративной медицины уместно говорить не только об историях боли, страдания и лечения, но более широко – об истории жизни, причем врач и пациент, выступая как рассказчик и слушатель, могут меняться ролями. Единственный опыт может быть источником нескольких нарративов, и в этом – ценность подобного подхода: речь идет не о репрезентации, но о конструировании реальностей, интерпретации и трансформации. Такое свойство нарратива помогает пересоздавать прошедший, настоящий и даже – будущий опыт. По меткому выражению С. Уотсона [9: 74] , «...в наших попытках осуществить заботу мы должны спросить: какую историю мы расскажем вместе?». В рамках нарративного подхода нет необходимости стремиться к максимальной объективности, ибо история жизни пациента – это не *anamnesis vitae*, где может неожиданно появиться упущенная диагностически релевантная деталь, но повествование о собственном «Я». Врач, преломляя услышанное через призму собственной идентичности, должен быть готов и к внутреннему созерцанию, рефлексии собственного «Я», поскольку его нарративная идентичность, помогая пациенту в его изменениях, сама подвергается внутренней динамике. С позиций нарративной медицины, врач и пациент имеют разные цели и задачи, наделены разным статусом, но только вместе они пишут совместную историю.

Медикализация современного социума привела к размыванию диспозиций «пациент-врач», «больной-здоровый», «норма-патология». Американский исследователь Артур Франк довольно точно охарактеризовал современную социокультурную среду как «общество ремиссии»: совокупность клинических случаев уступила место бытию-в-болезни: в структуре

заболеваемости лидирует хроническая патология, и говорить о лечебно-диагностическом процессе как о возврате пациента в исходное, здоровое состояние – по меньшей мере, странно. К этому можно стремиться только исходя из парамедицинских соображений.

Современная медицина, пройдя «фаустианский» этап, с его верой во всемогущество человеческого знания, сегодня еще не готова признать свое бессилие перед множеством хронических заболеваний. Во многом, такому признанию препятствует и социум, рассматривающий медицину как инструмент социального давления и контроля. Создав идола в виде абсолютно здорового (как физически, так и ментально), успешного, совершенного во всех смыслах индивида, социум бросил все ресурсы на поклонение этому недостижимому идеалу, заодно навязав эту цель медицине. Для поддержания тела в отличной форме адепты культа здоровья занимаются в тренажерных залах, принимают поливитамины и, согласно рекомендациям, два раза в год посещают стоматолога для профилактического осмотра. Для борьбы с душевными проблемами огромное число граждан высокоразвитых стран принимают антидепрессанты и снотворные, посещают тренинги личностного роста и постоянно ходят к личному психоаналитику.

Хронически больные в таком обществе не подвергаются явной дискриминации, ибо декларируемая толерантность признает подобное недопустимым. Вместе с тем, жизнь хронически больного в окружении таких адептов здоровья – это жизнь человека, мучимого угрызениями совести: больной – это «нахлебник» высокоразвитого социума, одержимого конкурентной борьбой за успешность и совершенство. Общество здоровья всеми силами пытается искоренить любое упоминание о смерти: подобная тема замалчивается в разговорах, умирание происходит в условиях клиники, покойник подвергается тщательному посмертному гриму, дабы тот смотрелся «живым и здоровым». Успехи протезирования и трансплантологии ставят работу врачей рядом с деятельностью механиков, готовых в любой момент (были бы запчасти!) поменять износившийся агрегат. Наравне с упоминаниями о болезни и смерти адепты культа здоровья стремятся скрыть и старость, для чего к их услугам огромная индустрия красоты – от косметологии до пластической хирургии. Такое общество старается не замечать хронически больных и стариков, которые остаются со своими проблемами наедине. Надо ли говорить, что превращение медицины в сферу услуг – явление в таких условиях вполне закономерное? Один из парадоксов современной культуры – более традиционное отношение к больному и болезни сохраняется в религии, включая христианство, поскольку основы той же православной антропологии болезни настолько тесно связаны с другими фундаментальными представлениями, что пересмотрены или отброшены просто не могут быть. Церковь привычно рассматривает болезнь как неизбежно случающееся, даже актуальное, а также телеологически ориентированное. В таком положении церковь может стать «заповедником» посреди пустыни медуслуг.

Вместе с тем такая картина характеризуется Артуром Франком как «общество ремиссии» [8: 740] , поскольку почти каждый из тех, кто прячет собственные проблемы под маской успешности, подспудно осознает, что когда-нибудь он станет хронически больным (если уже не стал), со временем превратится в старика, а потом умрет. Опыт болезни, умирания, дряхлости – все это должно быть наполнено хоть каким-то смыслом, иначе такой индивид – это всего лишь «винтик» в социальной системе, но никак не Личность. Вернуть персональность, открыть в себе экзистенциально значимое – вот ключевая задача нарративного подхода.

Современность предъявляет свои, особые требования ко всем индивидам, так или иначе соприкасающимся со сферой медицины. Дело даже не в тотальной медикализации и не в обилии заболеваний, просто именно в этой сфере человеческой деятельности наиболее ярко проступают глобальные проблемы современного социума: обезличенность, техницизм, избегание контактов с другими и, - как следствие этого – тотальное одиночество. Каждый из членов современного общества трагически одинок, но четкое осознание этого приходит лишь тогда, когда ценности экзистенциального плана становятся вдруг осязаемыми, трагически-значимыми. Именно тогда, оставаясь наедине с собой, приходит понимание собственной глухоты – не только к проблемам других, но и к своим собственным. Может, уместно говорить о гуманизме и сострадании не только в адрес врачей, но и по отношению к другим вообще – хотя бы потому, что каждому из членов глухого к страданиям других социума рано или поздно более всего на свете захочется, чтобы рядом был хотя бы один слышащий и понимающий? Причем, поскольку мы говорим о качественных атрибутах, а не о массовости, порою одного оказывается вполне достаточно.

### Список литературы

1. Зисельсон А. Вечная пара – врач-пациент. Кто кого выбирает?// Медицинский вестник, №38 (465), ноябрь, 2008, с. 20.
2. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. Мифологизация образа врача в условиях социального освоения и институционализации медицины //Вестник ТвГУ. Серия «Философия» – 2015. – №1. – с. 56-71
3. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. Философия и история науки: место истории медицины в современном вузе, социальное освоение и институционализация/ // Вестник ТвГУ. Серия «Философия». – 2014. – №2. – с. 30-42
4. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. Философия и история науки: место истории медицины в современном вузе, социальное освоение и институционализация/ // Вестник ТвГУ. Серия «Философия». – 2014. – №2. – с. 30-42
5. Рикёр П. Я-сам как другой; пер. с фр. М.: Изд-во гуманит. литературы, 2008. 416 с. – с. 113

6. Чебанов С. В. Собрание сочинений. Т.3. Петербург. Россия. Социум. Вильнюс. AB VLANI. 2004г. с. 323-360.
7. Schiffrin, D. In *Other Words: Variation in reference and narrative*. Cambridge, 2006, p.321
8. Frank A. *Wounded Storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University Of Chicago Press, 1997.
9. Watson S. An extraordinary moment. The healing power of stories // *Canadian Family Physician*. V. 53, № 8, p. 74

## **HERMENEUTICS IN THE CHRONOTOPE OF CLINICS: UNDERSTANDING AND REFLEXIVITY IN THE NARRATIVE APPROACH**

**Lebedev V.Yu.**

*Tver State University, Tver*

**Fedorov A.V.**

*Tver State Medical University, Tver*

The paper addresses an interdisciplinary issue, namely a hermeneutical approach in contemporary medical science. The authors briefly analyse specific features of medical culture when it enters the period of institutionalization and social assimilation. The results of the analysis prove the usability of the narrative approach in this field of research. Traditional cooperation in the system “doctor-patient” (model offered by R. Veatch) entails many problems that can be partially resolved inside the narrative medicine approach. The authors see the attainment of a reasonable mutual understanding among the discourse participants as one of the key tasks of the approach. Comparing the traditional and the narrative approaches the authors tend to resort to the second one as offering a wider choice of factual material.

*Keywords: medicalization of culture, successful communication, narrative medicine, society of remission.*