

НАРРАТИВНАЯ ЭТИКА АРТУРА ФРАНКА В КОНТЕКСТЕ ЭТИЧЕСКОГО УЧЕНИЯ ЭММАНЮЭЛЯ ЛЕВИНАСА

Екатерина Янчевская

ARTHUR FRANK'S NARRATIVE ETHICS IN THE CONTEXT
OF EMMANUEL LEVINAS'S ETHICAL DOCTRINE

© Katsiaryna Yancheuskaya

MA in Sociology, researcher in the Center for Research of Intersubjectivity and Interpersonal Communication, European Humanities University Savičiaus g. 17, LT-01127 Vilnius, Lithuania

ORCID ID: 0000-0002-3163-0609

E-mail: katsiaryna.yancheuskaya@ehu.lt

Abstract: Contemporary medical practices are concentrated on technologies and scientific conceptualization of disease. It is significant to note that, in spite of huge and powerful technological resource of biomedicine, there are many people who *suffer from chronic illnesses*. This situation reveals the extreme need not only in rational, objective understanding of illness but turns our attention to the unique subjective experience of being seriously ill. It is important to recognize this necessity to develop different approaches that can help patients to live *meaningful life* after losing health.

There is a way to rethink about such kind of subjective multilayered experience from perspective of philosophical *phenomenological tradition*. Phenomenology of medicine provides decisive insights into *personal becoming* in serious illness. This article is dedicated to the role of ethical issues in expressing of being ill and addresses to narratives as a source of ethical inspiration. We argue, that considering the possibilities of *medicine as ethical practice*, first of all, we can find directions for real support of chronic patients.

Arthur Frank aims to analyze *narrative ethics* as a resource for transformation of a dark, wounded experience of *being lost in crisis* into a healing space of *intersubjective relations*. The paper concerns the problem of



relation to others in the situation of senselessness in illness. We explain narrative as “ethical practice of the body” (Frank, 2013) within the Levinas’s ethical view of subjectivity as *one-for-the-other*. Levinas proposes the notion of subjectivity which enables philosophy to reopen an *embodied subject* as vulnerable, passive and at the same time responsible for the other. In some way Frank continues the Levinasian thought articulating the “*pedagogy of suffering*” when I as “the wounded storyteller” can teach others. During the process of storytelling-teaching I embody my ethical, social activity from the heart of vulnerability, weakness and passivity of being ill. Sharing my suffering with others via narratives and being responsible for my voice- I receive new impulse for recreating (remaking) body-self in *ethical communication*.

Keywords: chronic illness, suffering, narrative, embodied subject, ethical practice, Frank, Levinas

Введение

В конце XX – начале XXI вв. влияние разнообразных медицинских практик на все сферы человеческой жизни возрастает. Границы распространения медицинского профессионального знания постоянно изменяются, а специализированный технологический взгляд способен увидеть глубины человеческой природы и трансформировать структуру доступного и недоступного для объективного исследования. Нейрофармакология, геновая инженерия, репродуктивные технологии, трансплантация органов и т.д. – стали частью человеческой практики в целом, учитывая, что в той или иной степени наша повседневность заключает в себе возможность подобного «знания-вмешательства» (Фукс, 2007, с. 11). Несомненно, что во многом именно технические возможности помогают спасти жизнь человека, способствуют своевременной постановке диагноза и поддерживают определенное качество жизни. Тем не менее, несмотря на многочисленные процедуры «узнавания» болезни и влиятельный ресурс технологического сопровождения, все более отчетливо проступают вопросы, которые требуют не только научной концептуализации болезни и рационального «знания-вмешательства», но и отношения к медицине как, в первую очередь, *этической практике*. Очевидно, что только научно-рациональное знание не может обеспечить эффективную помощь, более того, гипертехничность (как используемого оборудования, так и медицинского мышления в целом) создает условия, когда оказание медицинской помощи замещается набором формальных процедур и ограничивается инструментализацией тела как объекта медицинских манипуляций. Естественно-научная рационализация получает все «права» на человека-в-болезни, а биомедицинские интерпретации оттесняют *деятельное*

со-страдание (Тищенко, 2017, с. 28) и этическую чувствительность (со стороны врача) на дальний план.

Учитывая, что современная медицина обнаруживает свое бессилие перед многими тяжелыми, хроническими заболеваниями (Frank, 2013; Лехциер, 2012, 2018; Дернер, 2006), зачастую и врач, и пациент оказываются в ситуации незащищенности, беспомощности и отчаяния. Основная проблема заключается не только в неизлечимости многих заболеваний (это, безусловно, один из драматичных моментов медицины) и неэффективности терапии. Неэффективность во многом связана с доминирующими способами восприятия человека-в-болезни, когда *опыт бытия больным* в контексте разнообразных жизненных перспектив совсем не учитывается или учитывается в малой степени в процессе лечения. Отмеченная специфическая слабость биомедицинского подхода может быть компенсирована вниманием к *субъективному опыту жизни-в-болезни* и к *этическим особенностям бытия больным*. Этические аспекты особенно значимы, когда речь идет о длительном процессе лечения и поддержании достойного качества жизни с помощью медицинских средств.

Современные гуманитарные исследования медицины (например, философия, феноменология медицины) намечают те направления философского осмысления *бытия больным*, которые позволили бы преодолеть восприятие больного человека как пассивного реципиента медицинской помощи и объекта медицинского мониторинга и наблюдения. Одной из значимых альтернатив оказывается *нарративный поворот*¹ в медицине. Цель данной статьи:

- 1 Ховард Броди в книге «Истории болезни» отмечает: «Почти одновременная публикация первого издания “Историй болезни” и произведения Артура Клейнмана “Нарративы о болезни” в 1987 и 1988 годах явились первым сигналом о появлении интереса к нарративу в области медицины. 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» (Броди, Х. (2013) Из книги «Истории болезни». Международный журнал исследований культуры, № 1 (10), с. 55). Виталий Лехциер в книге «Болезнь: опыт, нарратив, надежда» пишет, что «с определенной степенью уверенности можно заключить, что первым словосочетание “нарративный поворот” (или “нарративистский поворот”) относительно недавно, в 1992 году, употребил канадский лингвист и теоретик литературы Мартин Крейсворт в статье Trusting the Tale: Narrativist Turn in The Human Sciences. Он указывает на то, что нарратив – это область междисциплинарных взаимодействий и медиаций, собирает воедино все, что имеет отношение к нарративу в самых разных науках (филологии, историографии, психоанализе, философии, экономике), рассматривает его одновременно как предмет (форму письменного или устного дискурса) и как инструмент познания (например, нарративистское прочтение некоторых философских теорий), описывает сложную конфигурацию нарративного поворота, включающую множество

охарактеризовать взаимосвязь опыта субъективации и этических аспектов бытия больным исходя из концепции нарративной этики, развиваемой Артуром Франком, и этического учения Эмманюэля Левинаса. В центре нашего внимания – феноменологическое понимание живого опыта (*lived experience*) бытия больным и обращение к этике как возможности, которая позволяет человеку (даже в ситуации тяжелого кризиса) *действовать* в интерсубъективном пространстве для-другого.

Болезнь как кризис субъекта

Опыт бытия больным преимущественно воспринимается через негативные характеристики разрушения, дефекта, ограничения и т.п. Безусловно, серьезная болезнь может быть описана как практически бесконечная череда утрат (Тоомбс, 1987, р. 229): активности действий, свободы коммуникации с другими людьми, уверенности, целостности восприятия тела и привычного мира и т.п. Эти характеристики оказываются фундаментальными для опыта болезни, и надо отметить, что ключевым словом для этих характеристик становится слово *утрата* (Ibid, р. 229).

Однако можно предположить, что болезнь не ущемленное, недостаточное состояние, а вариация «целостного бытия субъекта» (Мерло-Понти, 1999, с. 149), которая требует не останавливаться лишь на сравнительных характеристиках здоровья и болезни, но искать новые способы и пути осмысления как со стороны врача, так и со стороны пациента. В этом случае понимание не может ограничиваться узкоспециализированной познавательной деятельностью, когда врач (а также любой человек, который болеет) имеет дело лишь с тем, что объективировано, узнано, тематизировано и визуализировано. Необходима артикуляция важности неопредмечивающего доступа к Я (Ямпольская, 2013, с. 123), когда опыт инаковости, уязвимости, страдания нуждается в *изменении* подхода к человеку-в-болезни. Такой подход, наряду с биомедицинским направлением анализа, должен принимать во внимание непрозрачность, сложность, множественность человеческого опыта. Выявляя суть обозначенной ранее негативности, необходимо подчеркнуть, что одна из основных угроз в случае серьезной болезни определяется не только как утрата здоровья и определенного качества жизни, но как «утрата самости» (Тоомбс, 1987, р. 230), «кризис себя» (Frank, 2013, р. 56)². Фокусирование внимания

«разнообразных троп»» (Лехциер, В. (2018) Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины. Вильнюс: Logvino literatūros namai, с. 117).

2 В контексте данной статьи термины «самость» (self) и «субъективность» употребляются как синонимы.

исключительно на медицинских характеристиках, идентификация больного человека только с соответствующим диагнозом в случае тяжелой продолжительной болезни создает замкнутую ситуацию, когда вся жизнь редуцируется к осознанию утраты, фиксируя безвыходность положения и бессмысленность такого опыта. «Утрата смыслообразующего истолкования мира и связанных с этим идеалов оставляет после себя брешь, которую наука и техника как таковые заполнить не в состоянии. В эту брешь устремляется телесное как тело-самость и, соответственно, как нуждающийся субъект» (Хольцхей-Кунц, 2016, с. 112).

Бытие больным требует от человека научиться жить иначе, нежели в период до болезни (если таковой период вообще был). Совокупность разнообразных аффективных тоналностей, наполняющая способы бытия больным, размывает несколько уровней чувствительности, которые ранее, до болезни, находились в контексте неприметного или само собой разумеющегося. В этой связи на первый план выходит чувствительность (к) собственной живой телесности и *этическая чувствительность к другому*, которому будет адресована просьба о помощи. Характер этих уровней чувствительности определяет тот факт, что претерпевание нездорового состояния имеет преимущественно негативный оттенок. Как было обозначено ранее, негативность проявляется в своего рода экзистенциальной ловушке, где «я» утрачивает прежнюю свободу взаимодействия и самовыражения. На месте утраченного «я могу» оказывается ощущение собственной телесной уязвимости и неотделимости телесной воплощенности (*incarnation*) от «я». Такая проблематизация в опыте становления больным выявляет необходимость некоторого отношения к себе (к своим способам переживания нездоровья) и в то же время обнаруживает неотъемлемую *задетость другим*. Происходит «опрашивание указанного опыта» (Щитцова, 2015, с. 39) бытия больным на предмет нахождения или отсутствия другого человека в реальности *моей* болезни. Во многом обозначенная *задетость другим* ощущается как определенный конфликт и отношение между репрезентацией и тем, что не может быть репрезентировано (Там же, с. 130–136). Бытие больным подчеркивает амбивалентность наших отношений друг с другом, когда, с одной стороны, боль и страдание ускользают от любой репрезентации и объективации, а с другой стороны, именно этот травматичный опыт ускользания, отчуждения, разрыва коммуникации создает пространство для переосмысления интересубъективной связи и совместности. Живая телесность человека (тут нет разделения психического и соматического) требует новых ответов для себя и в то же время сама отвечает теми способами, которые трудно поставить в разряд само собой разумеющихся. В этой связи болезнь не должна быть воспринята лишь как данность, подлежащая объективации и «обработке» научным дискурсом. Необходимо качественное смещение акцента с медикализованного

восприятия жизни-в-болезни к кардинально иным способам принятия своего недуга. Безусловно, от болезни «не спрятаться, не скрыться», однако человек способен интерпретировать, понимать себя не только как заложника своего угнетающего, болезненного состояния.

Таким способом открыть себя заново, заполнить ту молчаливую, пугающую пустоту, которую естественно-научное знание заполнить не в состоянии, – этим становится история, рассказанная от первого лица. Значимость нарратива определяется его ролью в *персональном становлении* человека, который болеет. Рассказ из глубины собственной телесности и уязвимости в той или иной мере является способом преодоления раскола между телом и собой как субъектом, а также способом поддержания intersубъективных отношений. На наш взгляд, одним из наиболее важных моментов в этой связи является совмещение *этического* и *телесного* в субъективном и intersубъективном опыте (именно этому аспекту Артур Франк уделяет особое внимание).

Поиск голоса для своего страдания

Когда человек тяжело болеет, то каждое слово, сказанное им самим или услышанное от другого, обретает особый вес и смысловую значимость. Высказанное устно или артикулируемое письменно в этом случае обязательно соотносится с опытом немощности, который делает жизнь человека-в-болезни и жизнь близких ему людей наполненной переживаниями, трудно поддающимися описанию. Согласно Франку, в болезни слово и тело неизменно взаимосвязаны. Рассказывая о своих недомоганиях или формулируя просьбу о помощи, сообщая что-то шепотом или наполняя пространство криком, – слова становятся продолжением тела, которое стремится быть услышанным. Рассказывая свою историю бытия больным, человек будто говорит: «*вот я*», я существую и прошу о помощи. Тем не менее «проблема бытия тяжело-больным становится проблемой нахождения голоса» (Frank, 2013, p. 133). Нахождение голоса для своей болезни обнаруживает момент перехода от определенной изоляции в болезни к коммуникации. Однако в данном случае эта история становится не отстраненным от страдающего человека формальным сообщением, но *этическим действием*.

Формулируя концепцию *раненого рассказчика*, Артур Франк обращает внимание на проблему игнорирования больного человека как *воплощенного субъекта*. Подобное игнорирование происходит как со стороны медицинских институций и административных систем, так и со стороны самого пациента. Человек-в-болезни может «раствориться» в хаосе переживаний, неопределенности, растерянности, безымянности своего страдания.

Такому состоянию, согласно Франку, наиболее присущ хаотический нарратив (*chaos narrative*), который, возможно, «наиболее воплощенная форма истории» (Ibid, p. 101). На уровне хаотического состояния бытие больным не проговариваемо и в определенной мере остается неслышанным, т.к. страдание слишком велико, чтобы быть выраженным вербально, и претерпевается без надежды разделить его с кем-либо. Больной, уязвимый, страдающий человек замыкается на самом себе, без обращенности к другому, попадая в ловушку провала, безысходности, неудачи. Противоположностью нарратива хаоса является нарратив выздоровления (*restitution narrative*). Это нарратив, в первую очередь, не об опыте бытия больным, но о здоровье (Ibid, 2013, p. 77). Да, подобные истории могут быть достаточно позитивны, т.к. они «равняются» на выздоровление, но в то же время это в большей степени нарративы, отражающие определенные стандартизированные подходы к заболеванию и дисциплинирующие пациента в рамках уже-известного и прочувствованного другими. Тело воспринимается как «оно» (Ibid, 2013, p. 86), которое требует заботы, ухода, контроля, дисциплины, но в то же время отчуждено от человека. Опыт субъективации в-болезни оказывается на дальнем плане: человек проводит границу между болезнью и собой как отдельной личностью, ориентируясь на желание выздоровления. Желание выздороветь, конечно, продуктивно при острых заболеваниях, но не при тяжелых хронических. Ни в нарративе хаоса, ни в нарративе выздоровления не происходит принятия себя в целостности бытия больным. Такое принятие, согласно Франку, реализуется в поисковом нарративе (*quest narrative*). Оставляя молчание, человек, претерпевающий тяжелый недуг, говорит о своем страдании. Голос прорывается сквозь неуверенность, отчаяние, усталость, боль. Слово формирует новое направление и стиль жизни-в-болезни, когда о своем страдании говорю я сам, не перепоручая эту задачу – говорить – другим. Рассказываемая история – это не «узкоспециализированная» история о болезни, но история моей жизни, которая продолжается, обретая новые формы в словах и тем самым создавая меня, способного говорить в страдании и через страдание. Посредством слова я воспринимаю себя по-иному и утверждаю (или даже переутверждаю) свое присутствие в мире. Слово становится продолжением моего тела и способом связи меня с самим собой и социумом.

«Заболевание означает новизну, нежелаемую новизну: новый порядок вещей; новую ситуацию; часто даже новый образ жизни и бытия» (Sundström, 2001, p. 115). Поисковый нарратив предполагает принятие во многом устрашающей новизны на разных уровнях. С одной стороны, происходит защита границ своего отдельного «я» (того, что Левинас называет «у себя», этот аспект будет рассмотрен нами чуть позже), в то же время подобная защита невозможна без ассоциированной связи с телом и диадической

связи с другим (Frank, 2013, pp. 48–52). Здесь нерепрезентируемое страдание и боль совмещены с определенной рефлексивной дистанцией. Отметим, что Франк подчеркивает важность рефлексивного самонаблюдения. «Размышление с (*with*) историями является базисом нарративной этики» (Ibid, p. 158). Однако рефлексия не должна стать нейтральной объясняющей схемой, фиксированной, статичной репрезентацией. Нарратив – своеобразный медиум между раненой, вербально непроговариваемой телесностью и поиском способа выразить свое состояние формальными языковыми средствами. «...Поисковые истории – это этическая практика тела» (Ibid, p. 126). Сохраняя парадокс соединения случайности и уверенности, «поиск учит, что случайность есть единственная реальная уверенность», а кризис становится источником изменения и развития (Ibid, p. 126).

Болезнь содержит в себе не только негативное, угнетающее содержание, но и импульс перехода к новому опыту переживания себя и создания (через болезнь) новой реальности с иными направлениями и возможностями (как бы парадоксально это ни звучало). Итак, акцент смещается с человека как пациента в системе здравоохранения на человека, который претерпевает особый опыт, наполненный страданиями и болью, – и именно этот опыт выявляет новые возможности болеющего человека как субъекта, который способен говорить от первого лица исходя из собственной жизненной перспективы. Голос – это говорение не только о (*about*) теле и болезни, но сквозь, через (*through*) тело, страдание и т.п. Человек рассказывает историю своей болезни и в то же время говорит его тело, т.к. поисковый нарратив воплощает персональное переживание и стремление найти новые направления развития собственной жизни. История рассказывается для себя и от первого лица, но одновременно это история и для другого (*for other*). Обращенность к другому (в контексте поиска новых немедицинских смыслов опыта бытия больным) позволяет начать путь к трансформации угнетающего содержания болезни в историю самости (*self-story* в терминологии Франка). Как мы ранее обозначили, речь идет не о повествовании в рамках медицинского диагноза, но об открытии ценности жизни и значимости опыта субъективации в сложных условиях бытия больным (Ibid, p. 205), о «способности действовать, когда конструктивное действие кажется невозможным» (Ibid, p. 212). Стремление (и нахождение способа – посредством нарратива) разделить (*share*) страдание дарит энергию для болеющего человека. Эта энергия персонального и социального преобразования. Когда болеющий человек рассказывает свою историю (в письменной или устной форме), то он кардинально смещает акценты от себя как медикализованного субъекта и жертвы заболевания к себе как личности, способной активно взаимодействовать со своим недугом. В этом случае возможно изменение доминирующей социокультурной концепции

больного человека как пассивного реципиента заботы, ухода, объекта наблюдения и приложения медицинских знаний к активному человеку, который трансформирует свою судьбу в особый опыт. Однако следует обратить внимание на специфический характер активности в болезни. Речь идет в первую очередь об *этическом* поиске и, соответственно, *этической активности*. Несомненно, что для Франка «активность» – одно из ключевых слов на пути трансформации субъекта из «пассивного» в «активного». И здесь, как мы считаем, важно обратиться к отдельным аспектам этического учения Э. Левинаса, чтобы прояснить суть нарративной этики А. Франка.

Отношение один-для-другого как этическое действие (Э. Левинас и А. Франк)

Этическое учение Эмманюэля Левинаса не предполагает формальный подход к этике. Как отмечает Simon Critchley, речь не идет об универсальных максимах и призыве к чистой совести, настоящей провокацией здесь становится то, что этика проживается (*lived*) «в чувственности воплощенной выставленности другому. Именно потому, что самость (*the self*) чувственна, то есть уязвима, пассивна, открыта и голоду, и эросу, – она этична» (Critchley, 2008, p. 21). Неконцептуализируемым праисточником смысла становится инаковость (*alterité*) другого человека. Инаковость открывается не в рефлексии о... и самопознании, а в беспокойстве (*l'inquiétude*) встречи с *другим*, в обнаружении *лица* (*visage*) вне заданности пластической формы, в языке *этического*, который сбывается по ту сторону (*au-delà*) формальных структур познания и представления.

В контексте нашего исследования мы обратимся к различным аспектам концепции субъективности, представленной Э. Левинасом, прежде всего в его работах «Тотальность и Бесконечное» (*Totalité et Infini*), «Иначе, чем быть, или По ту сторону сущности» (*Autrement qu' être ou au-delà de l'essence*), а также в эссе «Беспольное страдание» (*La souffrance inutile*).

Анализ инаковости и экстерииорности другого (который открывает пространство для последующего размышления о субъективности как чувственности, уязвимости и ответственности) мы начнем с обращения к концепции тела и лица, подробно представленной Э. Левинасом в книге «Тотальность и Бесконечное». Некоторое наметившееся «разграничение» (что может показаться из предыдущей фразы) тела и лица в данном случае не свидетельствует о проявлении дуализма или противоречия. Лицо, конечно же, «часть» тела и «все тело – это лицо» (Burggraefe, 2013, p. 6). Тело воплощает двусмысленность и парадокс жизни человека. «Телесность живого существа, его незащищенность как нагого

и испытывающего чувство голода» (Левинас, 2013, с. 148) позволяет оспаривать «привилегию, приписываемую сознанию» (Там же, с. 149), привилегию «создавать смысл». Благодаря телу возможно изменение самой структуры смысла. Так, Левинас пишет: «Нагое и испытывающее голод тело – вот изменение смысла» (Там же, с. 149). Для нас кажется важным зафиксировать на данном этапе размышлений, что лицо, взгляд глаз (как призыв к ответу и призыв принять дар бесконечного) и тело в целом – неотделимы друг от друга. Тут подразумевается, что телесное, например принятие пищи или наслаждение свежим воздухом, «питает» нас как земных существ.

Левинас «...разворачивает свой метафизический проект, оставаясь в материальных связях и материальной обусловленности человеческого существования, не абстрагируясь от тех конкретных дифференциаций, которые влечет за собой воплощенность, а проясняя их собственный этический контекст, т.е. через сами эти структуры (различие полов, различие поколений) проводя метафизический интерес (или, как говорит Левинас, «желание») субъекта» (Щитцова, 2006, с. 309–310). Таким образом, метафизическое не отделено от телесного существования. Однако, возвращаясь к проблематике лица, заметим, что именно нагота лица (и в первую очередь открытость, прямота взгляда) не требует покровов, т.е. лицо практически всегда обнажено, его невозможно полностью закрыть одеждой или косметикой. В силу своей незащищенности и способности к выражению лицо вырывает меня из анонимного существования и образует новую структуру познания, когда «смысл – это лицо другого» (Левинас, 2013, с. 210). Нищета и величие лица сопротивляются объективации и, согласно Левинасу, освобождают «я» и «другого» от скованности нейтральным и анонимным «имеется». В то же время «я живу всем тем, что содержит в себе жизнь, в том числе и трудом, который обеспечивает мое будущее» (Там же, с. 163). Здесь мы подходим к парадоксу (все же достаточно счастливому, согласно Левинасу), который воплощает человек. «Я» нуждается в отделении от мира через труд и обладание, через «сосредоточение “я” в своем жилище» (Там же, с. 171). Отделение, сосредоточение дает возможность наслаждения «встречей с собой» (Там же, с. 170). Человек существует не только для-другого, но и для-себя. Предварительно заметим, что в *Тотальности* и *Бесконечном для-себя* преимущественно реализуется через обращение к наслаждению, когда на первый план выходит счастье жить. Однако «счастье жить», в котором формируется субъект, неотделимо от метафизического измерения. Таким образом, учитывая особенности левинасовского подхода, важно подчеркнуть, что философ уделяет внимание двум взаимодополняющим измерениям субъективности. Как мы ранее отметили, один значимый аспект связан с опытом субъективации как бытия у себя, с интериорностью наслаждения (*jouissance*) и счастьем

жизни. Здесь наблюдается определенная изоляция «я», сосредоточенность на себе. В этой связи Левинас обращается к рассмотрению конкретной области жилища и труда, к сфере экономики. Субъект «предъявлен» самому себе как отдельное «у себя», как отделившееся бытие, которое живет чем-то, наслаждаясь стихией (Там же, с. 164). В наслаждении, в счастье (которое «есть принцип индивидуации») «пульсирует “я”» (Там же, с. 164). И именно такое отделение и наслаждение необходимо для идеи Бесконечности (которая в определенном смысле воплощена в инаковости другого), т. е. между «я» как «у себя» и «я» как один-для-другого не возникает непреодолимого препятствия. Как замечает Левинас, «надо, чтобы в отделившемся бытии дверь в экстериорность была одновременно и открыта, и закрыта» (Там же, с. 165). Вторая «форма» субъективности – это своеобразный переход по ту сторону видимого и заинтересованного (под «заинтересованным» подразумевается сознательный выбор, рациональное отношение) бытия «у себя» – к трансцендентности другого человека.

Открытие другого человека уникально, т.к. оказывается вдохновением и одновременно драмой обретения «я» и «другого». Отношения меня и другого происходят по ту сторону (l'au-delà) самождественного и интериорного. Смысл вне привычных схем познания открывается в лице Другого, избавляя «я» от собственного эгоизма. Присутствие другого человека, выраженное в его лице, отрывает «я» от прикованности к себе, выявляя измерение инаковости. Заметим, что «прикованность к себе» тут понимается двояко. Как мы ранее заметили, важно, что именно эгоизм «я» позволяет отделить «я» от анонимного, безличностного «имеется» (il y a). Этот разрыв тотальности может состояться, когда есть субъект. При наличии субъекта (себя) «я» отделяется от тотальности, укрываясь в интериорности дома, у себя. Здесь, как отмечает Б. Вальденфельс (2008, р. 66), происходит первый разрыв с тотальностью. Второе действие этой необычной драмы свершается, когда лицо другого начинает играть центральную роль. Здесь тотальность контрастирует с бесконечностью другого.

Итак, Другой «ставит меня под вопрос» (Левинас, 2013, с. 183), «прорывает тотальность» (Там же, с. 184). Такая постановка под вопрос становится «первичным этическим жестом» (Там же, с. 186), когда отношение с другим начинается не с моего решения, но как вызов, призыв к ответу. Непосредственность лица отрывает меня от познания, поглощающего другого (Там же, с. 200), и вбрасывает меня в измерение прямоты (droiture) этического движения. Для Левинаса важно обнаружить возможности иного, превосходящего любое мое знание о нем. Так, инаковость оказывается одновременно высотой и наготой, тем, что удаляет от изолированности «Я» и приближает к другому. Особая значимость лица, его невозможность раствориться в нейтральном «имеется» (il y a) становится для меня научением (enseignement) (Там же, с. 207). Это

не отношения господина и раба или победителя и побежденного. В этом случае «мы все – господа» (Waldenfels, 2008, p. 69). Способ обнаружения лица – это слово. «Я» покидает область изолированного «у себя» и становится гостеприимным хозяином. Я и другой оказываются собеседниками. «Лицо говорит» (Левинас, 2013, с. 100).

Таким образом, коммуникация, согласно Левинасу, является *этическим событием*. В основе этого события – отношение один-для-другого. Структура один-для-другого составляет сердцевину субъективности, исток которой находится в другом человеке. Вернее, речь идет о нетематизируемости этого истока, о его ускользании из любой системы определений и расчетов. Моя субъективность не принадлежит мне как вещь среди вещей, я не могу ею распоряжаться исключительно по своему собственному выбору и решению. Более того, Левинас радикализирует это утверждение: субъективность возможна «несмотря на меня». Речь идет о моей пассивности перед лицом другого, однако эта пассивность оказывается за пределами противопоставления активности и пассивности. Пассивность описывается (особенно в поздних работах, например, в «Иначе, чем быть, или По ту сторону сущности») этическими терминами: «обвинение, преследование, ответственность за других» (Levinas, 2013, p. 192).

В состоянии болезни человек предельно пассивен и уязвим. Как в этом случае он может быть ответственным за другого? Рассуждая о важности поиска нового значимого направления для бытия-в-болезни, Артур Франк, на наш взгляд, близок к пониманию активности именно в этическом левинасовском ключе. Как мы ранее отмечали, для Франка «связанность с собой» предполагает неотъемлемую связанность со своей телесностью и с другим (например, Франк описывает такую связанность в терминах «диадическое», «коммуникативное тело», «этика тела»). Чтобы практиковать поисковый нарратив, необходима, с одной стороны, сосредоточенность на себе (и определенного рода рефлексия и тематизация), с другой стороны, обязателен выход из монадической замкнутости и самообъективации. Эти уровни опыта субъективации (согласно Левинасу и Франку) необходимы для того, чтобы вести полноценную жизнь даже в ситуации болезни.

Человек-в-болезни обладает уникальным знанием о самом себе, более того, это знание, полученное из сердцевины страдания, становится научением. Слово «научение» (*enseignement*) нередко употребляет и Левинас, однако у него речь идет о том, что нас учит другой. У Франка же я (как человек, претерпевающий недуг) способен научить другого человека. Моя пассивность, немощность преобразуется в этическую активность. Раненая телесность, обращенная к другому, дарит мне возможность почувствовать свое больное тело как коммуникативное, выходящее за пределы замкнутости и изолированности. «Коммуникативное тело реализует

этический идеал существования для другого» (Frank, 2013, p. 49). Главное изменение смысла происходит не на уровне тематизации и репрезентации, но на уровне преобразенной телесности. В этой связи Франк пишет о педагогике страдания. «Педагогика страдания обозначает, что у того, кто страдает, есть что-то, чему он может научить...» (Ibid, p. 150). Научение со стороны человека-в-болезни становится «противоядием административным системам, которые не принимают страдание в расчет, так как они [системы] абстрагированы от нужд тел. Когда уязвимость и боль тела выходят на первый план, требуется новая социальная этика» (Ibid, p. 146). Во многом не опознаваемым, не тематизируемым импульсом для такого научения становится парадокс ответственности рассказчика перед лицом тех, кого он даже не знает.

Интрига ответственности неотъемлема от медицинских практик. Употребление слова «интрига» отнюдь не отсылает нас к игре слов. Помимо того, что это одно из любимых слов Левинаса для размышлений об отношениях для-другого, «интрига» в данном случае подчеркивает актуальность и жизненность рассматриваемых проблем, а также говорит нам о незавершенности субъективно телесного и вдохновении иным. Левинасовский субъект – это, прежде всего, телесный субъект. Конечно, речь не идет об исключении рефлексивности или отрицании мышления. Однако именно потому, что я сам – немощен, телесен и пассивен, я могу быть не только для-себя, но и для-другого. В этой ответственности никто не может меня заменить. И именно моя незаменимость и избранность (в этическом отношении) создает уникальную ситуацию, когда в болезни я могу научить, воплощая смысл самим своим бытием больным. В этом случае болезнь не выполняет отчуждающую функцию, но оказывается поводом для *ответа и этической самостоятельности* (Щитцова, 2006, с. 178). Страдающий (и пассивный в силу претерпевания болезни) субъект отвечает на свою пассивность включенностью в интересубъективные отношения. В книге «Раненый рассказчик» А. Франк анализирует эссе Э. Левинаса «Бесполезное страдание» (Frank, 2013, pp. 176–185). Уход от мрачного видения деперсонализированного, безымянного страдания возможен, когда есть ориентация на межчеловеческую связанность. Если мы останавливаемся на уровне того, что может быть репрезентировано и освоено, скажем так, сознанием, то в этом контексте страдание не может быть принято, оно не находит никакого смысла, оно, в терминах Левинаса, остается бесполезным. Однако в открытии для-других (даже в просьбе, зове о помощи) страдание в определенной степени смягчается самим фактом его (страдания) разделенности. Франк сравнивает безымянное страдание с нарративом хаоса, когда нет никакой точки опоры, когда человек пребывает в состоянии анонимного страха, ужаса, отчаяния. Открытие себя другому – подобно поисковому нарративу – содержит в себе этическую интригу выхода

из ситуации немощности к этической самостоятельности, о которой мы ранее рассуждали. Болезнь (рана в терминах Франка) «является источником историй» (Ibid, p. 183). Эта рана открывается одновременно и вовне (я слушаю другие истории), и внутрь – человек говорит из глубины собственных переживаний, из перспективы первого лица. «Слушание и рассказывание есть фазы исцеления; целитель и рассказчик есть единое» (Ibid, p. 183). Благодаря нарративу человек-в-болезни оказывается включен в интересующие отношения. Через истории (выраженные разными способами) преодолевается чувство утраты себя как целостной личности; отчуждение себя (как телесного, страдающего субъекта) замещается ответственностью за другого. Импульс к поиску нового направления собственного становления в-болезни оказывается в пространстве коммуникации.

Восприятие и понимание феномена болезни во всей множественности подходов, разнообразии и сложности имеют огромную ценность и значимость как для отдельного человека, так и для социума в целом. Нарратив важен как для самого рассказывающего человека, так и для того, кто его слушает или читает. Артур Франк подчеркивает, что нарратив в данном случае не остается в области социокультурного конструкта, но приобретает особое феноменологически-экзистенциальное звучание в жизни самого больного и в жизни тех людей, которые в той или иной форме соприкасаются с данным нарративом. Жизнь тяжелобольного человека обретает смысл не через возможность объективного улучшения состояния здоровья посредством медицинских практик, но в контексте этической значимости опыта бытия больным, через нарративную этику, которая в то же время оказывается этикой тела. Через историю, рассказанную от первого лица, происходит этическое самопознание и экзистенциальная реабилитация человека, который претерпевает серьезный недуг. В этом случае речь идет не об ограничении, дефекте или утрате, но об избытке смысла, который «прорастает» сквозь телесную немощность. Во многом задача философского феноменологического осмысления современных медицинских практик состоит в том, чтобы своими философскими историями создавать комфортное, жизненное пространство для появления нарративов тех, кто находится в состоянии претерпевания страдания и кризиса в болезни. «Вопрос не в поиске объяснения сторителлингу и слушанию, но в создании условий для того, чтобы они [нарративы] появлялись» (Frank, 2001, p. 242). *Нарративный поворот* в определенной мере указывает на возможность совмещения научно-ориентированной и гуманистической медицины, когда опыт инаковости, уязвимости, страдания оказывается не менее важен, чем прикладное естественно-научное знание.

Литература

- Броди, Х. (2013) [онлайн] Из книги «Истории болезни». *Международный журнал исследований культуры*, № 1 (10), с. 52–64. Доступ по: [https://culturalresearch.ru/files/open_issues/01_2013/IJCR_01\(10\)_2013_Brody.pdf](https://culturalresearch.ru/files/open_issues/01_2013/IJCR_01(10)_2013_Brody.pdf). [Просмотрено 15 мая 2019].
- Дернер, К. (2006). *Хороший врач. Учебник основной позиции врача* (И. Сапожникова, пер. с нем. при участии Э.Л. Гушанского). Москва: Алетейа, 544 с.
- Левинас, Э. (2013) *Тотальность и Бесконечное*. В: *Тотальность и Бесконечное* (пер. с франц.). Москва: Modern, с. 66–291.
- Лехциер, В. (2018) *Болезнь: опыт, нарратив, надежда. Очерк социальных и гуманитарных исследований медицины*, Вильнюс: Logvino literatūros namai, 312 с.
- Лехциер, В. (2012) *Общество ремиссии: методология, проблемы, практики*. В: Лехциер, В., ред. *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине*. Самара: Самарский университет, 296 с.
- Мерло-Понти, М. (1999) *Феноменология восприятия* (И. Вдовина, С. Фокин, ред., пер. с франц.). Санкт-Петербург: Ювента, Наука, 606 с.
- Тищенко, П. (2017) *Персонализированная медицина. Консьюмеризм и жизненные практики «заботы о себе»*. В: Тищенко, П., ред. *Философско-антропологические основания персонализированной медицины (междисциплинарный анализ). Рабочие тетради по биоэтике*, сб. науч. ст. Москва: Изд-во Московского гуманитарного университета, с. 26–45.
- Фукс, Т. (2007) «Науки о жизни» и жизненный мир. *Топос*, № 2 (16), с. 5–21.
- Хольцгей-Кунц, А. (2016) *Страдание из-за собственного бытия: Дазайн-анализ и задача герменевтики психопатологических феноменов* (И. Глухова, пер. с нем., Т. Щитцова, ред.). Вильнюс: Logvino literatūros namai, 312 с.
- Щитцова, Т. (2006), *Memento nasci: сообщество и генеративный опыт* (Штудии по экзистенциальной антропологии). Вильнюс: ЕГУ. Москва: ООО «Вариант», 384 с.
- Щитцова, Т. (2015) *Антропология. Этика. Политика. Сборник философских статей и докладов*. Вильнюс: ЕГУ, 254 с.
- Ямпольская, А. (2013) *Феноменология в Германии и Франции: проблемы метода*. Москва: РГГУ, 258 с.
- Burggraeve, R. (2013) Responsible for the Responsibility of the Other: Emmanuel Levinas gives to thought on psychotherapeutic counseling as ethical relationship. In: *Presencing EPIS*. Vol. 2, iss. 1, pp. 1–23. Available from: <https://issuu.com/episjournal/docs/episjournal2013/11> [Accessed 18 May 2019].
- Critchley, S. (2008) Introduction. In: Critchley, S., Bernasconi R., ed. *The Cambridge Companion to Levinas*. New York: Cambridge University Press, pp. 1–32.
- Frank, A. W. (2013) *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Second Edition. Chicago and London: The University of Chicago Press, 253 p.
- Frank, A. W. (2001) Experiencing Illness Through Storytelling. In: Toombs S.K.ed. *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, pp. 229–245.
- Levinas, E. (2013) *Autrement qu' être ou au-delà de l'essence*. Paris: Kluwer Academic: Martinus Nijhoff, 284 p.

- Levinas, E. (2014) *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Grasset, 252 p.
- Sodeika, T. (2009) On the Non-theoretical Source of Meaning. In Šerpytytė R., ed. *A Century with Levinas: on the Ruins of Totality*. Vilnius: Vilnius University Publishing House, pp. 62–67.
- Sundström, P. (2001) Disease: the phenomenological and conceptual center of practical-clinical medicine. In: Toombs S.K, ed. *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, pp. 109–126.
- Toombs, Kay S. (1987) The Meaning of Illness: A Phenomenological approach to the patient-physician relationship. *The Journal of Medicine and Philosophy*, no. 12, pp. 219–240.
- Waldenfels, B. (2008) Levinas and the Face of the Other. In: Critchley, S., Bernasconi R., ed. *The Cambridge Companion to Levinas*. New York: Cambridge University Press, pp. 63–81.

References

- Brody, H. (2013) Iz knigi “Istorii bolezni”. *Mezhdunarodnyi zhurnal issledovaniï kul'tury* [International Journal of Cultural Research] [online] no. 1 (10), pp. 52–64. Available from: [https://culturalresearch.ru/files/open_issues/01_2013/IJCR_01\(10\)_2013_Brody.pdf](https://culturalresearch.ru/files/open_issues/01_2013/IJCR_01(10)_2013_Brody.pdf). [Accessed 15 May 2019].
- Burggraeve, R. (2013) Responsible for the Responsibility of the Other: Emmanuel Levinas gives to thought on psychotherapeutic counseling as ethical relationship. In: *Presencing EPIS*. Vol. 2, no. 1, pp. 1–23. Available from: <https://issuu.com/episjournal/docs/episjournal2013/11> [Accessed 18 May 2019].
- Critchley, S. (2008) Introduction. In: Critchley, S., Bernasconi R., ed. *The Cambridge Companion to Levinas*. New York: Cambridge University Press, pp. 1–32.
- Dörner, K. (2006). *Khoroshii vrach. Uchebnik osnovnoi pozitsii vracha*. [Good doctor. The book for basic doctor's position] (I. Sapozhnikova, per. s nem. pri uchastii E.L. Gushanskogo). Moscow: Aleteiia, 544 p.
- Frank, A. W. (2013) *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Second Edition. Chicago and London: The University of Chicago Press., 253 p.
- Frank, A. W. (2001) Experiencing Illness Through Storytelling. In: Toombs S.K.ed., *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, pp. 229–245.
- Fuks, T. (2007) *Nauki o zhizni' i zhiznennyi mir* [Science of Life and Lifeworld]. *Topos*, no. 2 (16), pp. 5–21.
- Khol'tskhei-Kunts, A. (2016) *Stradanie iz-za sobstvennogo bytiia: Dazain-analiz i zadacha germenevtiki psikhopatologicheskikh fenomenov* [Suffering from the own being. Dasein-analysis and the aim of the hermeneutics of psychopathological phenomena] (I. Glukhova, per. s nem., T. Shchittsova, red.). Vilnius: Logvino literatūros namai, 312 p.
- Lekhtsier, V. (2018) *Bolezn': opyt, narrativ, nadezhda. Ocherk sotsial'nykh i gumanitarnykh issledovaniï meditsiny* [Illness: experience, narrative, hope. Study of social and medical humanities] Vilnius: Logvino literatūros namai, 312 p.
- Lekhtsier, V. (2012) *Obshchestvo remissii: metodologiia, problemy, praktiki*. In: Lekhtsier, V. red., *Obshchestvo remissii: na puti k narrativnoi meditsine*

- [Remission society: on the way to narrative medicine]. Samara: Samarskii universitet, pp. 4–10.
- Levinas, E. (2013) *Autrement qu' être ou au-delà de l'essence*. [Otherwise than Being or Beyond Essence]. Paris, Kluwer Academic: Martinus Nijhoff, 284 p.
- Levinas, E. (2014) *Entre nous. Essais sur le penser-à-l'autre* [Entre-nous: Thinking-of-the-Other]. Paris: Grasset, 252 p.
- Levinas, E. (2013) Total'nost' i Beskonechnoe. In: Total'nost' i Beskonechnoe [Totality and Infinity] (per. s frants.). Moscow: Modern, pp. 66–291.
- Merleau-Ponty, M. (1999) *Fenomenologiya vospriyatiya* [Phenomenology of perception] (I. Vdovina, S. Fokin, red., per. s frants.). Saint-Petersburg: Iuventa, Nauka, 606 p.
- Shchittsova, T. (2006), *Memento nasci: soobshchestvo i generativnyi opyt. Shtudii po ekzistentsial'noi antropologii*. [Memento nasci: Community and Generative Experience. Studies in the Existential Anthropology]. Vilnius: EHU-Moskva: OOO "Variant", 384 p.
- Shchittsova, T. (2015) *Antropologiya. Etika. Politika. Sbornik filosofskikh statei i dokladov* [Anthropology. Ethics. Politics. Book of philosophical articles and reports]. Vil'nius: EHU, 2015, 254 p.
- Sodeika, T. (2009) On the Non-theoretical Source of Meaning. In Šerpytyté, R. ed.: *A Century with Levinas: on the Ruins of Totality*. Vilnius: Vilnius University Publishing House, pp. 62–67.
- Sundström, P. (2001) Disease: the phenomenological and conceptual center of practical-clinical medicine. In: Toombs S.K, ed. *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, pp. 109–126.
- Tishchenko, P. (2017) Personalizirovannaya meditsina. Kons'umerizm i zhiznennyye praktiki "zaboty o sebe". In: Tishchenko, P. red. *Filosofsko-antropologicheskie osnovaniya personalizirovannoy meditsiny (mezhdistsiplinarnyy analiz)*. Rabochie tetradi po bioetike, sb. nauch. st. [Philosophical and anthropological foundation of personalized medicine (interdisciplinary analysis). Workbooks on bioethics]. Moscow: Izd-vo Moskovskogo gumanitarnogo universiteta, pp. 26–45.
- Toombs, Kay S. (1987) The Meaning of Illness: A Phenomenological approach to the patient-physician relationship. *The Journal of Medicine and Philosophy*, no. 12, pp. 219–240.
- Waldenfels, B. (2008) Levinas and the Face of the Other. In: Critchley, S., Bernasconi R., ed. *The Cambridge Companion to Levinas*. New York: Cambridge University Press, pp. 63–81.
- Yampolskaya, A. (2013) *Fenomenologiya v Germanii i Frantsii: problemy metoda* [Phenomenology in Germany and France: problems of the method]. Moscow: RGGU, 258 p.