

Два медицинских случая – два способа самоосуществления

ИРИНА ПУПЫШЕВА¹, ИЛОНА КИШШ^{2*}

¹ Кафедра философии, Тюменский государственный университет, ул. Володарского, д. 6, RU-625003
Тюмень, Россия

² Кафедра русского языка, Тюменский государственный университет, ул. Володарского, д. 6, RU-625003
Тюмень, Россия

Received: 27 October 2020 • Accepted: 1 December 2020

© 2021 Akadémiai Kiadó, Budapest



АННОТАЦИЯ

В статье сравниваются два художественных произведения как два медицинских случая. В романе венгерского писателя Фридьеша Каринти «Путешествие вокруг моего черепа» (1936) рассказывается об обнаружении, диагностировании и операции опухоли мозга, а в романе А. Солженицына «Раковый корпус» (1966) – о лечении рака горла и других онкологических случаев. Болезнь в них рассматривается как нарративная структура, а ее повествовательное осмысление – как способ бытия. Повествователем в обоих романах является пациент, противопоставленный традициям медицинского нарратива, в котором пациент лишен компетенции для рассказывания. В этом состоит новизна художественного подхода исследуемых авторов, которые, при всем их различии, совершают некий «онтологический поворот» в истории медицинского нарратива, создав две его новые модели в литературе XX века.

Теоретическая база исследования разработана по концепциям М. Фуко, С. Сонтаг о «гуманистическом повороте» во взаимоотношениях «власть – медицина», по которому пациент перестает быть лишь «контролируемым телом» в качестве бессловесного заложника системы, а, с завоеванием биоэтического права высказаться о своем теле, приобретает компетенцию автонаррации, фиксируемой в новых моделях медицинского нарратива.

В статье анализируется предыстория и процесс создания этих новых моделей, а также и сам изменяющийся теоретический и методологический контекст исследовательской стратегии медицин-

* Corresponding author. E-mail: i.kishsh@utmn.ru

ского нарратива как таковой. Согласно гипотезе статьи, нарратив для пациента, оказавшегося в системе здравоохранения, может рассматриваться не только как социальный акт, но и как речевой акт для утверждения целостной личности и идентичности. В таком смысле, он функционирует также и в качестве ментального инструмента для воссоздания (регенерации) разъединенной связи «сознание – тело».

На этой стадии, ключевым методологическим сдвигом оказалось введение концепта «моральный ландшафт» как комплекса моральных дилемм, сопутствующих социальному явлению. Оно позволило выявить категориальную дихотомию статусов «быть человеком» и «быть пациентом», нарративное осмысление которых является центральной нарративной осью в анализируемых моделях, а человеческое «Я» пациента оказывается нарративным центром тяжести.

В этом последнем аспекте и может заключаться источник для прагматического прочтения данных текстов, предоставляя свежие аргументы для дискуссии в гуманитарных науках о современных принципах медицинской этики. В этом же моменте проявляется самый актуальный вывод анализа об «олитературивании» медицинского дискурса, в результате которого восстанавливаются и признаются права пациента на рефлексии и автонаррации.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

А. Солженицын, Ф. Каринти, медиализация гуманитарного знания, М. Фуко, С. Сонтаг, медицинский нарратив, онтологизация болезни, медицина и власть, соотношение «сознание – тело», моральный ландшафт

В 1936 году венгерский писатель Фридьеш Каринти переживает черепно-мозговую операцию, а потом пишет роман «Путешествие вокруг моего черепа». Сам акт написания книги вызывает споры с собратьями по перу о правильности тематизации писателем собственной болезни: «...человек, как известно, стремится поскорее забыть неприятное и опасное переживание, оставшееся позади. Человек – да, но не писатель! Жгучая потребность запечатлеть пережитое терзала меня, подобно сопутствующей болезни, не излечившись от которой я не смогу окончательно избавиться и от основной» – пишет Каринти в предисловии (Каринти 1987: 348). В 1953 году А. И. Солженицын попадает в больницу с раковой опухолью, а спустя два года по мотивам болезни и исцеления замышляет роман «Раковый корпус». При всем различии судеб, стилей, политических взглядов, следования традициям и видения писательской миссии, произведения сходятся не только автобиографическим вкладом, но и проблематизацией института здравоохранения как агента власти, различием правового статуса пациента и врача, а также исследованием новых возможностей медицинского нарратива.

Философское схождение двух медицинских и двух писательских случаев – рабочая гипотеза нашей статьи. Мы нацелены свести эти два произведения в идейном философском контексте медиализации литературы и гуманитарного знания в целом, олитературивания медицины, проблематизации конфликта медицины и власти; произвести сравнительный анализ текстов, выявить схожее и различное в интерпретации конфликтов пациента и врача как человека и власти.



Романы, таким образом, являются и объектом, и материалом исследования. В качестве идейного контекста анализа мы обращаемся к М. Фуко, А. Мол, С. Сонтаг, чьи размышления формировали тематизацию болезни в гуманитарном дискурсе. С. Сонтаг биографически наиболее близка к Ф. Каринти и А. Солженицыну как медицинским и писательским «случаям»: «Болезнь как метафора» написана во время борьбы с лейкемией. «Медицинский случай» и вызвал эссе как социальный протест. «Болезнь – сумеречная сторона жизни, тягостное гражданство. Каждый из родившихся имеет два паспорта – в царстве здоровых и царстве больных» – такой яркой метафорой С. Сонтаг предваряет свое осуждение метафор же (Сонтаг 2016: 7).

На дискурсивное противопоставление намекает Каринти в напутствии: «Итак, в дальнейшем я предоставляю читателю самому судить, в какой степени удалось мне соблюсти – в противовес врожденной докторской деликатности – столь же врожденную не деликатность пациента» (Каринти 1987: 349). Назначение в палату для Русанова оказывается прощанием с прошлой жизнью в целом: «Стоило только переодеться под лестницей, проститься с родными и подняться в эту палату – как захлопнулась вся прежняя жизнь [...]. В несколько часов Русанов потерял все положение свое, заслуги, планы на будущее – и стал семью десятками килограммов теплого белого тела, не знающего своего завтра» (Солженицын 1968: 20). Болезнь как порог, за которым не только нет места для привычной жизни, но и разрушается привычная связь «сознание – тело». Это не только галлюцинации, описанные Ф. Каринти, или боли пациентов ракового корпуса, это разрыв между сознанием себя и тем, что пишется в истории болезни.

Схождение медицинской и литературной практик обладает потенциалом коммуникативной площадки не только для представителей гуманитарных и естественных наук, но и для межкультурного взаимодействия. Научную новизну исследования связываем с рассмотрением медицинского нарратива от имени пациента не только как социального акта (см., например, Тамручи 2013, Грубцова 2019), но и как инструмента сохранения целостности сознания и идентичности.

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ В ФИЛОСОФИИ, МЕДИКАЛИЗАЦИЯ В ЛИТЕРАТУРЕ

Медикализация гуманитарного знания после исследований М. Фуко становится одним из поворотных направлений научного поиска, а сейчас (2020) приобретает особую актуальность. Фуко заявляет о пересмотре медицинского знания и одновременно знания о власти. Связка «Медицина» и «Власть» принципиальна. В отсутствие единого центра, власть распределяется на систему коммуникаций, включая коммуникации по поводу здоровья (Фуко 2011). Их организующим принципом становится биополитика – «совокупность процессов, включающих в себя пропорцию рождений и смертей, уровень воспроизводства, рост населения» (Фуко 2005: 257). Забота об обществе, положенная в основу этого принципа, уменьшает интерес к отдельному человеку.

В «Рождении клиники» Фуко показывает пропасть между врачом и пациентом. Это пропасть между наблюдателем и наблюдаемым: Фуко подчеркивает близость характера наблюдения за пациентами с наблюдением за звездами (Фуко 2005). Но в этом взгляде появляется еще и «порядок болезни», противостоящий «беспорядку больного». «Больной



как источник беспорядка добавляет к чистой нозологической сущности свои склонности, возраст, образ жизни и всю серию событий, которые, будучи связанными с сущностным ядром, образуют конфигурацию случая» (Фуко 2005: 30). Развитие клиники превращает пациента в случай болезни, и этот подход, объявленный «позитивной наукой», способствует развитию медицинского дискурса как властного. Исторические трансформации в социальной и политической роли врача в России описывает Н. Тамручи, показывая становление болезни как социального изъяна (Тамручи 2013).

Схождение медицинской и литературной практики активно разрабатывается в художественном опыте, в том числе и путем сюжетообразующего обращения к болезни, или медицинскому случаю. Зарождается традиция медицинского нарратива, которая в России связана с такими писателями, как Ф. М. Достоевский, А. П. Чехов, Салтыков-Щедрин, Мамин-Сибиряк, В. Вересаев, Б. Пастернак, М. Булгаков и др. В Венгрии же – линия данной традиции прослеживается от Миклоша Йошики (современника И. Гончарова) через писателя-композитора и врача-психиатра Гезы Чат в начале XX века, а также писателей и поэтов вокруг журнала «Нюгат» (см. ниже) вплоть до самой современной литературы, включая такие шедевры, как «Собственная смерть» Петера Надаша, в котором с особенной силой акцентируется ментальное требование рефлексий на разъединенность сознания и тела: «это страх тела, не мой страх, не страх души, иными словами – страх смерти. Так вот оно в чем, различие между свойствами моего „Я“ и свойствами моего тела» (Надаш 2010).

Болезнь в художественном арсенале оценивается в литературоведении как «прием остранения» (Б. Шкловский) и «форма зрения» (Трувецкова 2019). Это подчас и буквально новый взгляд на человека – через рентгеновский аппарат, КТ, увеличительные линзы, да и просто непривычный ракурс при принятии определенного предписанием положения тела. В этом непривычном положении открывается «интимный угол зрения», какой Ю. Тынянов назвал «удобным трамплином, чтобы броситься в вещь и разбудить ее» (Тынянов 2001: 420). Ежи Фарыно, поставив вопрос «Зачем писатели болеют и лечат своих персонажей?» (Фарыно 2001), также развивает мысль о разрушении автоматизма восприятия через оптику болезни. Через болезненное остранение вскрываются нарывы, опухоли и гематомы уже не в теле, но в сложившемся порядке вещей. Здесь сходятся философия (М. Фуко, Дж. Агамбен, С. Сонтаг, а в условиях COVID-19 Б. Латур; в России: Д. Михель, С. Медведев, Е. Блинов, В. Каплун, И. Калинин и др.) и литературоведение (Б. Шкловский, С. Мертен, П. Эрнст, И. П. Смирнов, К. А. Богданов, Н. Борисова и др.).

В последнее время тематизация медицинских теорий о человеке и обществе в литературе обретают стройность и системность, фундируются как структура мироздания. Р. Николози пишет об этом в книге «Вырождение» (Николози 2019), предлагая посмотреть произведения русских классиков через оптику дегенерации. И текст, и мир, таким образом, могут быть определены как больные или здоровые, нормальные или патологические: рассказывающие о норме и предписывающие норму. При этом можно отметить противоречие: пациент как нарратор дисквалифицируется из-за отсутствия профессионального комментария, в то время как изменения в биоэтическом дискурсе предполагают учет индивидуальности больного как раз через нарративизацию его медицинского случая. Таким образом, «олитературивание» медицинского дискурса влечет за собой признание нарраторских прав у пациента, а медиализация литературы отказывают ему (пациенту) в таких правах.



В этом отношении произведения А. Солженицына и Ф. Каринти представляют собой пограничные случаи описания диагностики, лечения и исцеления от лица пациента. Диапазон критических оценок «Ракового корпуса» А. Солженицына, как известно, колеблется от восторженных до обвинительных. К предметной оптике настоящей работы близки исследования Е. Г. Трубецковой и А. Д. Трубецкова, рассуждающих на примере «Ракового корпуса» о тематизации власти медицины над человеком (ТРУБЕЦКОВА–ТРУБЕЦКОВ 2009). Контекст биоэтики представляет медицинскую систему, описанную А. И. Солженицыным, противоречащей базовым принципам отношений «пациент – врач». Так медицинский интерес к роману переплетается с идеологическим прочтением.

К 1930-м годам в венгерской литературе болезнь, ее формы и отношения к ней стали одной из доминантной темой и в прозе, и в поэзии, после того, как в конце XIX – в начале XX века эта проблематика прочно вошла в разные жанры венгерской культуры на волне новых философских течений по следам кризиса индивидуализма. Этот кризис был усугублен тем, что самоосознание индивида как автономного социального феномена в Венгрии, в силу известных – похожих на ситуацию в России – причин, нашло свои формы репрезентации практически одновременно с появлением глубоких трещин на этих выразительных форм. Четко отражается этот процесс на произведениях авторов авторитетнейшего венгерского журнала «Нюгат» ('Запад'), в круг которого входил и Каринти вместе с такими выдающимися поэтами-прозаиками, как Бабич и Костолани.

Как раз в работах этих трех авторов наблюдаются основные приемы создания художественного текста с репрезентацией болезней. Они отличаются друг от друга не только по тематической линии, но и по тем риторическим стратегиям, которые лежат в основе словесного формирования соотношений самого высказывания и феномена болезни – отмечает венгерский исследователь Гергэ Балог (см. BALOGH 2018). Его тезисы разработаны на основе поэтических текстов упомянутых авторов, но они могут оказываться продуктивными при анализе «Путешествия вокруг моего черепа». Ряд произведений всех трех авторов связан с их собственными болезнями, и данный автобиографический мотив сыграл определенную (но не исключительную) роль при создании субъекта-создателя художественных высказываний. Михай Бабич страдал раком гортани, Дежё Костолани – раком десен, а Каринти, как об этом было упомянуто, опухолью мозга. Коротко представим их риторико-нарративные стратегии, хотя цитируемые стихи на русский не переведены.

В стихотворениях Бабич в форме и жанре молитвы к Святому Власию Севастийскому, покровителю страдающих болезнью горла, благодаря своеобразному ритмам и интонации, сам стихотворный язык непосредственно выступает звуком больного, которому тяжело дышать. Таким образом, этот звук, т. е. создание потока звука, как акт высказывания именно в данной телесной материализации, практически, без всяких смысловых трансформаций, создает голос лирического «Я», субъекта высказывания. Данное прямое формообразование (не без связей с поэтическими взглядами на эстетику чистой, самодовлеющей формы автора, из-за которых он был обвинен в «формализме») является одним из художественно-риторических приемов среди актуальных стратегий для презентации болезней в венгерской литературе 1930-х годов.

Вторая стратегия обнаруживается в стихотворения Дежё Костолани, например, в стихах «Сто строк о муках телесных», в которых, на первый взгляд, репрезентация болезни осуществляется путем непосредственного звукообразования. Чередование коротких



строк с кратчайшими словами как бы непосредственно имитирует монотонный ритм боли и ощущение от этого. Однако если сопоставим эти строки с другими стихами автора данного периода, например, стихами «Жестокий кузнец», то становится ясным, что каждая единица боли воспринимается как бой молотком, а этот бой не только ассоциируется со страданием от боли, но и воспринимается как созидающий акт: он формирует личность таким же образом, каким скульптор своим молотком делает свою скульптуру. Костолани воспринял смысл страдания не в том смысле, как в русской литературе и мысли XIX века (хотя он читал, знал их): страдание эстетизируется без моральной и религиозной коннотации. Из-за этого он был обвинен не только в формализме, но и в нигилизме.

Третья риторико-нарративная стратегия разработан писателем-поэтом Фридьешем Каринти. В стихах «Литания всем Святым» тематизируется рак не как болезнь, а как сам физиологический процесс съедания тела раком – превращение тела в бессвязную кучу клеток в виде кораллов («коралловый лес»), прекрасных, но безжизненных, т. е. без всякой ценности «орнаментов». Этот взгляд на формальную сторону орнаментов, т. е. на эстетическую функцию «прекрасного» выступает в качестве критики по отношению к формализму своих коллег-писателей вокруг журнала «Нюгат». Этот голос становится преобладающим в писательской стратегии позднего Каринти, и постепенно переходит в голос нарратора в «Путешествии вокруг моего черепа». Зато критика никак не сблизила его с противниками «формализма», ведь он сформулировал свою художественную позицию не с политической, не с идейной, и уж никак не с идеологической позиции, а скорее в контексте экзистенциальных соотношений тела больного.

Тематизация болезни с точки зрения экзистенциальной мысли – в этом и новизна Каринти. Кроме того, «Путешествие вокруг моего черепа» сразу привлекло внимание врачей, ученых, исследователей в области «литература и медицина», которые публикуются как в литературных, так и в медицинских изданиях (O. Sacks, I. Sanders, G. Londeix, M. Bishop, M. Heim и др.). Врач-невролог О. Сакс (автор ряда книг на тему связи искусства и мозга, включая «Musicophilia: Tales of Music and the Brain», 2007) в своем введении к новому изданию романа Каринти на английском подчеркивает: «Впервые я прочитал „Путешествие вокруг моего черепа“, когда был мальчиком тринадцати или четырнадцати лет – мне кажется, это повлияло на меня, когда я начал писать собственные неврологические истории болезни. Теперь, перечитывая его шестьдесят лет спустя, я думаю, что он оправдал себя на удивление хорошо. Это не просто тщательно продуманная история болезни, а изображает комплексное воздействие болезни, угрожающей зрению, уму и жизни человека необычайной чувствительности, близкого к гениальности [...]. Оно становится путешествием озарения, символических этапов» (Sacks 2008). Ф. Каринти в 1994 году попадает в серию «Гений болезни» в журнале королевского медицинского общества. Автор публикации, М. Бишоп отмечает неслучайность «путешествия» в названии – за ним много медицинских и литературных традиций: это и путешествие реальное (из Венгрии в Швецию), и путешествие-постановка диагноза, и восстановление «тени здоровья» (от измененного восприятия и сознания к адекватному) (Bishop 1994). Эта линия анализа нам представляется наиболее близкой для избранного способа чтения.



МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ

При прочтении текстов мы обратимся к нарративному анализу: рассмотрим базовую повествовательную схему, последуем за нарратором как свидетелем, обратимся к особенностям свидетельского «разоблачения», выделим нарративную ось, сопоставим с традицией медицинского нарратива. При этом мы методологически следуем стратегиям чтения, развиваемым представителями нового реализма (Г. Харман, Ю. Такер). Ю. Такер в «Ужасе философии» практикует «неправильное прочтение текстов По и Лавкрафта», он предлагает обратиться к ним как к «нон-фикшн» (ТАКЕР 2019: 19). По сути, речь идет о перестановке акцентов: «идею», «главную мысль», онтологические основания нужно считать более значимой, нежели сюжет, персонажи, место действия, жанр и т. п. И тогда тексты самого Ю. Такера и тексты Э. А. По или Г. Ф. Лавкрафта уравниваются в представлении границы человеческого и не-человеческого или «безразличности обстоятельств человеческой трагедии» (ТАКЕР 2019: 19).

В методологических основаниях настоящей работы есть попытка такого прочтения и уравнивания. Если прочесть «Раковый корпус» Солженицына и «Путешествия вокруг моего черепа» Ф. Каринти так же «неправильно», то они оказываются в одном ряду с «Рождением клиники» М. Фуко, «Множественным телом» А. Мол и, прежде всего, «Метафорой болезни» С. Сонтаг. И тот, и другой ставят вопрос об отношениях врача и пациента, представляют «клинику» агентом власти, а пациента ущемленным и лишенным прав. И тот, и другой демонстрируют неразличение в медицинской системе болезни и больного, и, как следствие, борьбу с пациентом в процессе борьбы с недугом. Точно также и А. Солженицын, и Ф. Каринти ищут решение философской проблемы «сознание – тело», раскрывают природу моральных дилемм, взвешивая на одних весах жизнь в ее количественном измерении (сколько времени осталось) и в качественном (целостность).

Нарратив в рамках статьи понимается как нарративная стратегия, по которой рассказываемое связывается с актом коммуникации. И здесь между романами есть различие. Акт коммуникации Каринти с читателем прорисовывается во введении: это пост-рефлексия и своеобразный авторский ответ всем возражениям и системе здравоохранения, последовательно дисквалифицирующей его как нарратора. У А. И. Солженицына рассказчики оказываются «внутри» ситуации рассказывания, и рассказываемое переживает им в момент коммуникации (здесь мы солидарны с Н. М. Шедриной и Т. С. Коротковой, см. Короткова–Шедрина 2017: 113).

Нарративизация опыта болезни и выздоровления тесно пересекается с философскими вопросами о «сознании – теле», тождестве личности и сохранении идентичности. Проблемный комплекс «сознание – тело» мы решаем, опираясь на Д. Деннета, К. Аткинса, М. Шехтман и др. При объяснении нарративных перипетий в романах Ф. Каринти и А. Солженицына, ключевым для нас является вопрос о том, что позволяет человеку через серию состояний полагать себя одним и тем же, и, в свою очередь, что позволяет ему успешно связывать происходящее в определенном нарративном тексте.

Категорию «ландшафт» употребляем для обозначения дискурсивного морального поля вокруг той или иной болезни, указывая на представления о вине и социальной ответственности больного за заболевание. Определение границ ландшафта клиники важно для понимания комплекса проблем во взаимоотношении врача и пациента.



Опираясь на эти допущения, мы выходим за границы литературоведческого понимания нарратива, подключаем нарративную традицию аналитической философии и нарративной психологии. Таким образом, право рассказывать о себе и случившемся становится важным с онтологической точки зрения. В контексте философской проблематизации тождества личности нарратив важен как способ самоосуществления. Нарратив – это не юридическое и компетентное право решать и онтологический способ быть, а языковое и текстовое пространство для возможности почувствовать себя человеком.

НАРРАТИВНАЯ ОСЬ И НАРРАТОР

Жанр эссе, избранный С. Сонтаг, безусловно, не нарративен, она рассуждает, исследует, выдвигает прямое обвинение и ставит диагноз обществу: «наши взгляды на рак и метафоры, которые мы ему навязали, отражают слабые стороны нашей культуры: наше поверхностное отношение к смерти, наше мучительное беспокойство, нашу безрассудную, недальновидную реакцию на вполне реальные проблемы „роста“, нашу неспособность построить развитое индустриальное общество с разумным регулированием потребления, наши оправданные страхи по поводу все более насильственного хода истории» (Сонтаг 2016: 86). Мы – принимающие и использующие метафоры болезни – не готовы к честному принятию «здорового способа болезни». Но «Раковый корпус» и «Путешествие вокруг моего черепа» не метафоричны, а нарративны.

Медицинский нарратив в литературе, как правило, представляет собой подтверждение или опровержение научной теории (таков нарратив о вырождении, описанный Р. Николози). Текст здесь структурируется вокруг «биологически определяемой оси» (Николози 2019: 52). Важным для понимания этой оси элементов становится нарратор – профессионал, объясняющий логическую взаимосвязь элементов. В этом смысле, повествование от лица пациента не компетентно по положению. Скорее, речь идет о выстраивании текста вокруг биоэтической оси, что сближает нашу гипотезу с исследованиями вокруг нарративной медицины как гуманистического поворота в системе оказания медицинской помощи. И у М. Фуко, и у С. Сонтаг пациент – заложник системы: контролируемое тело. Гуманистический поворот – это охват того значения, какое больной придает своему телу, своей повседневности. Симптоматично в этом отношении исследование Аннмари Мол «Множественное тело», показывающее онтологическую многоликость атеросклероза артерий нижних конечностей. Болезнь для терапевта, хирурга, патологоанатома обнаруживает множественное тело пациента, и в процессе ее осуществления больной тоже участвует: его практика – «жизнь с заболеванием» (Мол 2017: 206): когда ходить тяжело и жить можешь только на первом этаже. В главе «политика-кто» А. Мол настаивает на том, что право решать должно быть у пациента, а «медицинские вмешательства выставляются как на прилавке» (Мол 2017: 221) или указываются как «гражданские права» (Мол 2017: 222).

Если для голландской клиники, описываемой А. Мол, биоэтическая проблематика уже ставится; врачи лечат пациентов, а не болезнь, то у Ф. Каринти и А. Солженицына другая история. Персонаж Каринти, за плечами которого многочисленные дискуссии на биологические темы с «эскулапами», желает оставаться интересным собеседником, несмотря на статус пациента, и эта борьба за право высказаться о своем теле становится чрезвычайно важной. Вокруг этого – биоэтического – права рассказывать и диагностировать



выстраивается текст о рутинном: о походах в ресторан, перерывах в беседах, о заносах вправо и чтении газет. Структурой становится порядок повседневности, дающий сбой. Что важно – это сбой, отмеченный в самоощущении и саморефлексии. К профессиональному диагнозу еще предстоит прийти.

Право быть собеседником по поводу себя рассматривает и А. Солженицын. Доктор Донцова, подозревая у себя рак желудка, не спешит на обследование, понимая последующее ограничение права говорить о себе – его она должна будет делегировать. Несмотря на добровольное принятие порядка диагностики и отказ от диагностических полномочий, понимание процедуры подсказывало Донцовой, что у нее ищут. Но ей не нужен был диагноз, только решение, которое она не хотела принимать самостоятельно, это добровольный выход из роли врача в роль пациента. В свой последний обход она шла «как лишенная врачебных прав, как дисквалифицированная за какой-то непростительный поступок, к счастью, еще не объявленный больным» (Солженицын 1968: 378). И в этом смысле Костоглов – антагонист Донцовой: он постоянно пытается выйти из роли пациента и требует права на решение своей судьбы. Он не желает оставаться поглупевшим, страшщимся, сомневающимся в компетентности больницы и врача. Раковый корпус – порядок диагностики, решения болезни, лечения и сопутствующего быта, не принимающий индивидуальности. Так и Русанова это («то, что приходилось ложиться в эту клинику на общих основаниях») угнетало больше, чем сама болезнь.

ЛАНДШАФТ: ОТ МЕТАФОРИЧЕСКОГО К МОРАЛЬНОМУ

Болезнь представляет собой не просто фукольдиданское исключение, это перемещение в особый метафорический ландшафт. Исторически сложилось, что больной – значит виновный, а потому лишенный целого ряда базовых прав. И постановка диагноза – рубеж морального обвинения, где вина тесно связана с тяжестью заболевания. Так мы подключаем категорию «моральный ландшафт» (Харрис 2015) как комплекс моральных дилемм, сопутствующих социальному явлению. Сонтаг фокусируется на «болезнях страсти»: туберкулезник чрезмерно эмоционален, раковый больной чрезмерный потребитель или недостаточно чувствителен, СПИД обвиняет человека в неразборчивых сексуальных связях. Миф о болезни перекладывает «ответственность за болезнь на саму личность» (Сонтаг 2016: 49). Н. Тамручи, описывая становление медицинской опеки, пишет о фигуре врача, ставшего «носителем секретных знаний с почти неограниченными полномочиями, с правом доступа к вашему жилищу и к вашему телу». Болезнь определяет пациенту роли: «Туберкулезник мог быть преступником или изгоем; на ракового больного смотрят проще, со снисхождением, как на неудачника» (Тамручи 2013: 50). В «парадигму опухоли» попадают и Сонтаг, и персонажи анализируемых авторов.

Ф. Каринти отправляет своего героя в диагностическое путешествие по метафорическому и моральному ландшафту. Уже первая галлюцинация приходит вместе с первым опознанием нарушения, с поиском других симптомов, с соотношением галлюцинации и возможного сумасшествия. Следующий диагностический этап – специалист-ушник и распознавание воспаления слухового прохода, затем невропатолог-психоаналитик, говорящий о персонаже как «некоем давнем писателе, о котором можно вынести суждение, цитируя его же собственные слова» (Каринти 1987: 360). «Повреждение души» представляется бо-



лее щадящим – «стоит залечить его, и все войдет в норму» (КАРИНТИ 1987: 361). Но происходящее с ним уже на следующий день, ужаснувшее возможностью апоплексического удара, приводит в следующий врачебный кабинет, где тон врача уже становится снисходительным, а симптомы вписываются в порядок никотиновой зависимости. «Извольте выбросить сигареты!» – уже звучит безапелляционно и помещает пациента в мир несведущих и послушных. Настолько, что повторный приступ принимается как естественный для нового жизненного порядка. Симптомы, не вписывающиеся в него, заставляют искать все новых специалистов и приспосабливаться к новому лечебному методу и порядку отношений с окружающими.

Воспаление слухового прохода – случай ординарный, «повреждение души», ослабление зрения естественно для писательской деятельности, но никотиновое отравление вызывает «остранение». И по мере роста удивления у окружающих персонаж утрачивает четкую границу между нормальным и патологическим, что особенно заметно при посещении «закрытого отделения клиники». Появляется страх оказаться по ту сторону. Потом, при посещении окулиста приходит чувство вины: «я сижу молча, как убийца, разоблаченный детективом, и не в силах защищаться, а ведь я считал себя невиновным» (КАРИНТИ 1987: 377). Опухоль не может быть оправдана статусом писателя, она превращает пациента в типичный или нетипичный случай болезни.

Раковый корпус А. Солженицына – особое место, это «предстояние смерти», о котором писателю тоже нельзя молчать. Равновеличие пациентов в этом предстоянии не позволило писателю четко определить главного героя и ведущую точку зрения, хотя ряд исследователей (КОРОТКОВА–ЩЕДРИНА 2017, КУДИНОВА 2017 и т. д.) отмечает полифоническое повествование в творчестве А. Солженицына. Автор либо растворяется в персонажах, либо отступает на второй план. Но это не влечет за собой редукции, каждый герой индивидуален. Общим для всех является место и система взаимоотношений. Опухоль как стена разделяет жизнь на «до» и «после», стена, за которой пациент остается один. Локация одиночества без уединения – от соседей по палате, их проблем, разговоров, боли не скрыться, даже свет нельзя выключить, когда захочется.

СОЗНАНИЕ – ТЕЛО

Д. Деннет в статье «The Self as a Center of a Narrative Gravity» задается вопросом о том, что делает человека цельным. Для объяснения самости Деннет обращается к аналогии с вымышленными персонажами и искусственным интеллектом. Центр тяжести важен как для физических объектов, так и для воображаемых, к каким относится «Я». Мы – люди – все время стремимся к созданию о себе хорошей истории, и в этом искусстве выступаем виртуозными романистами. Вместо поиска «Я», «сознания» в пределах человеческого мозга (вряд ли со всей ответственностью может утверждать, что какая-то конкретная клетка есть «Я»), Деннет предлагает остановиться на «нарративном центре тяжести», способности создавать свою автобиографию – то, что объединяет множественные «Я» в нечто цельное (DENNETT 1992). В этом же ключе защищают Дж. Баттерсби и М. Шехтман тезис об идентичности как функции истории, которую мы рассказываем о себе. Радикально тезис можно сформулировать как «каждый из нас конструирует свой опыт в виде нарратива». В таком контексте («пока повествуя, чувствуя себя живым») сведение пациента в отно-



шениях с врачами к медицинскому случаю болезни оказывается ущемлением не просто привычного порядка вещей, но и самой возможности полноценно переживать происходящее. Неспособность самостоятельно связать происходящее логически – в силу неведения, неразглашения, презумпции некомпетентности – это разрушение «нарративного центра тяжести».

История Костоглотова в этом смысле оказывается постоянным отстаиванием права на автобиографию: его спор с Донцовой об относительности выздоровления, о переливании крови, об уколах и прочих медицинских вмешательствах – это не столько их дискредитация, сколько попытка принять взвешенное (в том числе и статистически) решение относительно того, как ему дальше жить: «дискуссия о нормальности и ненормальности современного человека завела бы нас очень далеко... Я сердечно вам благодарен, что вы меня привели в такое приятное состояние. Теперь я хочу в нем немножечко пожить. А что будет от дальнейшего лечения – я не знаю» (Солженицын 1968: 55). Полноценность переживаний (в том числе и гендерных) оказывается важнее количества лет жизни. И проговаривание, проработание возможных причинно-следственных связей, объяснение своих решений («С меня довольно, что опухоль попятели. И остановили. Она – в обороне. И я в обороне... А вылечить „до конца“ вы все равно не сможете, потому что никакого конца у ракового лечения не бывает») – не что иное, как создание автобиографии. В дискуссиях о методах лечения Костоглотов обретал причинно-следственную связь между своим состоянием и методами лечения. Он понимал, принимал, оказывался убежденным, но мог определить свой личный опыт как осознанное решение, тем самым сохранить свой «нарративный центр тяжести».

Клиника отстраняет и Каринти от рассказывания о себе. Сбор анализов, анамнез – практики, в которых он участвует как объект. О причинно-следственных связях узнает из нарочитого веселья, пристальных взглядов, неестественных ужимок. Любопытна двойственность вопроса про жидкие брови: «вопрос был логически медицинским вопросом. Мне, как художнику, показалась бы куда более родственной, художнической пресловутая профессорская рассеянность, когда врачу человек интереснее, чем пациент» (Каринти 1987: 393). Дихотомия «быть человеком» и «быть пациентом», категориальная раздвоенность этих статусов изводит не меньше, чем болезнь. «Я окончательно пришел к мысли, что мне не остается ничего другого, кроме как выжидать и наблюдать – без каких бы то ни было эмоциональных комментариев – за тем, что происходит вокруг меня и со мною, на сей раз, впервые в жизни, не „справедливости“ ради, которая перестает существовать вместе с головой, во что бы то ни стало утверждавшей этот принцип, но реальности ради, которая остается реальностью даже в том случае, если мы вдруг лишаемся возможности зарегистрировать ее» (Каринти 1987: 438). И все же просто выжидать и наблюдать не получается, нарушение зрения включает воображение – ради целостности мироощущения. В условиях зрительного и информационного полумрака только непрерывность собственной истории обеспечивает целостность идентификации. Ответив себе на вопрос о желании жить слепым утвердительно, пациент Каринти сосредотачивается на «цепочке мыслей». Накопленного опыта может быть достаточно, наконец, наступит время для его обработки.

Тем не менее, Каринти определяет жанр повествования «реальной действительностью», а задачей повествователю – уловить компоновку и последовательность действительно-сти. И в этом смысле он ловит писателя в себе «с поличным» в склонности порисоваться, а позже – в символизации фигуры профессора Оливеркроны. Восприятие последнего как



вымышленного им персонажа не просто символично, это глубоко личная история с личным выбором. Дистанция между пережитым и рассказанным причудливым образом, признается Каринти, влияет на судьбоносность событий и персонажей в автобиографии. Так Каринти не только повествует, но и рефлексировать, признаваясь, в духе современной нарративной психологии, в смешении точки зрения и реального опыта.

Символично в этом смысле то, что операция совершается в сознании. Статистические двадцать пять процентов успешного исхода приводят к отождествлению жизни и состояние сознательности: «В тот момент, когда я потеряю сознание, я утрачу жизнь... Необходимо заставить свой мыслительный аппарат работать, автоматически отщелкивая мысли одну за другой» (КАРИНТИ 1987: 458). Это повествование не столько о происходящем, сколько о переживаемом времени, о стремлениях реальных и бредовых, между которыми стирается разница. Это жизнеописание, смешанное с жизнеощущением. Нарратив, в котором «Я» осуществляется.

ВЫВОДЫ

Проблема соотношения медицины и власти, поднятая М. Фуко, раскрывается в литературе даже несколько раньше. Власть, распределенная в системе коммуникаций (когда представитель социальных институтов – учитель, врач, полицейский – становится агентом власти), в институте здравоохранения реализуется как биополитика, выступая заботой об усредненном населении при опоре на усредненные рекомендации медицинской системы. У М. Фуко население, ставшее главным государственным интересом, представляет собой «не собрание субъектов права» и не «совокупность рабочих рук», но «совокупность элементов, которые, с одной стороны, присоединяются к общему режиму существования живых существ [...], а с другой – могут подвергаться согласованным вмешательствам» (Фуко 2011: 472). Именно о такой заботе пишет в 1936 году Ф. Каринти, и почти двадцать лет спустя А. Солженицын.

Власть медицины держится на особом порядке – болезни, диагностики, лечения, восстановления, исправления, к которому С. Сонтаг добавляет порядок дискурса. Пациент как объект такой упорядоченной заботы может быть описан в логике «голой жизни» Дж. Агамбена: ценность представляет факт биологической жизни. Для пациентов Ф. Каринти и А. Солженицына ценность представляет полнота переживаний, и это идет вразрез с порядком рекомендованного им медицинского вмешательства.

Право на высказывание о себе и право оставаться сознательным субъектом для находящегося под медицинской опекой нивелируется, ему приходится постоянно его отстаивать. В контексте аналитической философии, нарративной истории и нарративной психологии это оказывается правом на самоосуществление: идентичность приравнивается к «нарративному центру тяжести». Таким образом, нарратив пациента, отчасти дискредитированный традицией медицинского нарратива (понятого как определенный порядок повествования, основанный на той или иной научной теории, и в этом смысле предполагающий более «профессионального» и отстраненного повествователя), разворачивается как попытка сохранения себя как целостной личности: для Костоглотова, например, в гендерном отношении, для персонажа Ф. Каринти – в возможности рефлексировать и творить.



Следует отметить, что им это удастся, не дезавуируя при этом само медицинское вмешательство. Осознав профессора Оливеркрону как личный судьбоносный выбор, персонаж Каринти легче принимает порядок операции и постоперативного восстановления; Костоготов у Солженицына приходит к компромиссу между состоянием, в котором он желает пожить, и количеством рентгеновского облучения, ему прописанным, приняв риски. При этом пациенты возвращают себе право на рефлексию и стирают границу между больным и здоровым состоянием в общении собственно словесным образом – разговаривая, дискутируя, договариваясь с врачами.

Таким образом, перформативное обращение к словесной технике как «голая нарративная структура» оказывается писательским приемом, возвращающим в траекторию «нормального» целостного существования и самоосуществления. Это позволяет примирить нарратив литературный и нарратив как психологический и психотерапевтический прием (т. е. примирить с пациента с обстоятельствами путем переписывания автонарратива: например, сменив роль – из помехи в жертву и т. п.). И эта стратегия совпадает с нарративной психологией, полагающей терапевтический эффект за более успешным или менее травматичным переписыванием автонарратива.

БЛАГОДАРНОСТИ И ФИНАНСИРОВАНИЕ

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) и Фонда «За русский язык и культуру» в Венгрии (РЯИК) в рамках научного проекта № 20-511-23001.

ЛИТЕРАТУРА

- КАРИНТИ 1987 = КАРИНТИ Ф. *Избранное*. Москва: «Художественная литература», 1987.
- КОРОТКОВА–ЩЕДРИНА 2017 = КОРОТКОВА Т. С., ЩЕДРИНА Н. М. Способы взаимодействия автора повествователя и героя в повести А. И. Солженицына «Раковый корпус». *Вестник Рязанского университета имени С. А. Есенина* 2017/3: 109–113.
- КУДИНОВА 2017 = КУДИНОВА И. Ю. Полифонизм или диалог? Нарративные стратегии в повести А. И. Солженицына «Раковый корпус». *Известия Саратовского университета* 2017/1: 104–108.
- МОЛ 2017 = МОЛ Аннмари: *Множественное тело. Онтология в медицинской практике*. Пермь: «Гиле Пресс», 2017.
- НАДАШ 2010 = НАДАШ Петер: *Собственная смерть*. (Пер. Вяч. Середы.) *Иностранная литература* 2010/3. https://royallib.com/read/nadash_peter/sobstvennaya_smert.html#122880.
- НИКОЛОЗИ 2019 = НИКОЛОЗИ Р. *Вырождение: литература и психиатрия в русской культуре конца XIX века*. Москва: «Новое литературное обозрение», 2019.
- СОЛЖЕНИЦЫН 1968 = СОЛЖЕНИЦЫН А. *Раковый корпус*. Париж: «УМСА-Пресс», 1968.
- СОНТАГ 2016 = СОНТАГ С. *Болезнь как метафора*. Москва: «Ад Маргинем Пресс», 2016.
- ТАКЕР 2019 = ТАКЕР Ю. *Ужас философии*. Т. 3. *Щупальца длиннее ночи*. Пермь: «Гиле Пресс», 2019.
- ТАМРУЧИ 2013 = ТАМРУЧИ Н. Медицина и власть. *Новое литературное обозрение* 2013/4. https://www.nlobooks.ru/magazines/novoe_literaturnoe_obozrenie/122_nlo_4_2013/article/10542/.



- ТРУБЕЦКОВА 2019 = ТРУБЕЦКОВА Е. Г. «Новое зрение»: болезнь как прием остранения в русской литературе XX века. Москва: «Новое литературное обозрение», 2019.
- ТРУБЕЦКОВА–ТРУБЕЦКОВ 2009 = ТРУБЕЦКОВА Е. Г., ТРУБЕЦКОВ А. Д. «Раковый корпус» А. И. Солженицына в контексте биоэтики. В кн.: А. И. Солженицын и русская культура. Вып. 3. Саратов: «Наука», 2009. 63–70.
- ТЪНЯНОВ 2001 = ТЪНЯНОВ Ю. *История литературы. Критика*. Санкт-Петербург: «Азбука-классика», 2001.
- ФАРЫНО 2001 = ФАРЫНО Ежи: Зачем писатели болеют и лечат своих персонажей? *Studia Litteraria Polono-Slavica* 6. *Morbus, medicamentum et sanus*. Warszawa: SOW, 2001. 485–494.
- ФУКО 2005 = ФУКО М. *Нужно защищать общество. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975–1976 уч. г.* Санкт-Петербург: «Наука», 2005.
- ФУКО 2011 = ФУКО М. *Безопасность. Территория. Население. Курс, прочитанных в Коллеж де Франс в 1977–1978 уч. г.* Санкт-Петербург: «Наука», 2011.
- ХАРРИС 2015 = ХАРРИС С. *Моральный ландшафт. Как наука может формировать ценности людей*. Москва: «Карьера Пресс», 2015.
- BALOGH 2018 = BALOGH Gergő: Betegségretorikák az 1930-as évek magyar költészetében. Babits Mihály, Kosztolányi Dezső és Karinthy Frigyes. 2000 2018/9. <http://ketezer.hu/2019/10/balogh-gergo-betegsegretorikak-az-1930-evek-magyar-kolteszeteben/>.
- BISHOP 1994 = BISHOP M. G. The genius of disease. A journey round my skull – Frigyes Karinthy. *Journal of the Royal Society of Medicine* 87 (1994): 2–4.
- DENNETT 1992 = DENNETT Daniel: The Self as a Center of Narrative Gravity. In: KESSEL F., COLE P., JOHNSON D. (eds.) *Self and Consciousness. Multiple Perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1992. 103–115.
- SACKS 2008 = SACKS Oliver: A Journey Inside the Brain. *New York Review of Books*, 20 March 2008. <https://www.nybooks.com/articles/2008/03/20/a-journey-inside-the-brain/>.

IRINA PUPYSHEVA

Department of Philosophy, University of Tyumen, Russia

ILONA KISS

Department of Russian and Foreign Literature, University of Tyumen, Russia

Two Medical Cases – Two Ways of Self-Realization

The paper compares two works of art as two medical cases. The novel by the Hungarian writer Frigyes Karinthy *A Journey Round My Skull* (1936) tells about the detection, diagnosis, and operation of a brain tumour, while A. Solzhenitsyn's novel *Cancer Ward* (1966) is about the treatment of throat cancer and other oncological cases. Disease in them is seen as a narrative structure, and its narrative comprehension is viewed as a way of being. In both novels, the narrator is a patient opposed to the tradition of medical narrative, in which the patient is deprived of the competence to narrate. This is the novelty of the literary approach of the authors under study, who, despite all their differences, perform a kind of “ontological turn” in the history of medical narrative, creating two new models in 20th-century literature.

The theoretical basis of the study was developed in the conceptual frame of the “humanistic turn” in the “power – medicine” relationships (M. Foucault and S. Sontag), when the patient ceases to be only a “con-



trolled body” as a wordless hostage of the system. Instead, acquiring the bioethical right to speak about his own body, he gains the competence of autonarration fixed in the new models of medical narrative.

The paper analyzes the prehistory and the process of creating these new models. Then evaluating the research strategies of medical narrative as such, the changing theoretical and methodological context is also examined. According to the hypothesis of the paper, a narrative of a patient who finds himself in the health care system can be defined not only as a social act but also as a speech act confirming the personal integrity and identity. In this sense, the patient’s narrative can also be considered as a mental instrument for recreating (regenerating) the disconnected “mind – body” connection.

At this point, the concept of “moral landscape” was introduced as a complex of moral dilemmas of accompanying the social phenomenon. This methodological shift allowed the identification of the categorical dichotomy of the status “being human” and “being a patient”. The narrative interpretation of this dichotomy proved to be the central narrative axis in the analyzed models, and the patient’s human self is found to be the centre of narrative gravity.

This latter aspect reveals a source for a pragmatic reading of the studied texts, providing fresh arguments for the discussion in the humanities about modern principles of medical ethics. At the same time, it leads to the most relevant conclusion of the analysis about the “literary transformation” of medical discourse as a way to restore and recognize the patient’s rights to autonarration and reflections.

Keywords: A. Solzhenitsyn, F. Karinthy, medicalization of humanitarian knowledge, M. Foucault, S. Sontag, medical narrative, the ontologization of the disease, medicine and power, “mind – body” relationship, moral landscape

