

APPLIED STUDIES

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

EMPLOTTMENT¹ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ: ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МОТИВЫ В МЕДИЦИНСКОЙ АНТРОПОЛОГИИ ЧЕРИЛ МАТТИНГЛИ²

ВИТАЛИЙ ЛЕХЦИЕР

Доктор философских наук, профессор.

Самарский национальный исследовательский университет им. С.П. Королева.
443086 Самара, Россия.

E-mail: lekhtsiervitaly@mail.ru

Данная статья посвящена феноменологическим аспектам эмпирических исследований Черил Маттингли, одной из самых ярких представительниц современной американской медицинской антропологии. Медицинская антропология — активно развивающаяся социальная наука, нередко, особенно с конца 80-х годов прошлого века, обращающаяся к концептуальным ресурсам феноменологической философии для обоснования своих методологических и ценностных приоритетов. Такое обращение связано с вниманием медицинских антропологов к субъективному опыту болезни и здоровья, к смыслам страдания, пациентскому сторителлингу, ситуативным эффектам клинических взаимодействий, к изменениям в жизненном мире человека, вызванным тяжелыми хроническими патологиями. Первая часть статьи эксплицирует теоретический каркас той версии прикладной феноменологии, которую предлагает Маттингли в своих многолетних эмпирических исследованиях 1990-х и 2000-х годов, предметом которых стали клинические взаимодействия эрготерапевтов со своими пациентами. При анализе этих взаимодействий Маттингли опирается, прежде всего, на феноменологически обоснованный тезис Поля Рикера о том, что между повествованием и опытом времени существует изоморфизм — благодаря связующей силе сюжета. При этом Маттингли переносит понятие нарратива и ряд сопутствующих ему характеристик из сферы философской нарратологии в сферу феноменологии (взаимодействия). Главная идея Маттингли состоит в том, что само действие обладает нарративной структурой, в том смысле,

¹ Emplotment — «сюжетизация» (анг.). Смысл этого понятия-неологизма будет раскрыт в статье ниже.

² Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 17-06-00127 А.

что акторы сами осуществляют сюжетизацию взаимодействия, конфигурируют текущие события таким образом, что они выстраиваются в нечто целое, в связную терапевтическую историю, в которой каждый последующий эпизод терапии вытекает из предыдущего, а не просто хронологически за ним следует. Вторая часть статьи на примере одной детализированной реальной терапевтической сессии показывает, как эти идеи работают на практике, при интерпретации конкретных терапевтических взаимодействий. В целом мы планируем в статье показать, что, хотя обращение Маттингли к феноменологическому контексту не имеет систематического характера, и поэтому корректней говорить о феноменологических «мотивах» в ее творчестве, его можно трактовать как один из наиболее интересных вариантов прикладного применения феноменологической философии в сфере социальных наук.

Ключевые слова: Терапевтическое взаимодействие, нарратив, практика, время, опыт, феноменология, сюжетизация.

EMPLOTMENT AND THERAPEUTIC INTERACTION: PHENOMENOLOGICAL MOTIVES IN MEDICAL ANTHROPOLOGY OF CHERYL MATTINGLY

VITALY LEKHTSIER

DSc in Philosophy, Associate Professor.

Samara National Research University, named after S. Korolev.

443086 Samara, Russia.

E-mail: lekhtsiervitaly@mail.ru

This article focuses on the phenomenological aspects of Cheryl Mattingly's empirical research. Cheryl Mattingly is one of the brightest representatives of modern American medical anthropology. Medical anthropology — actively developing social science — often, especially since the end of the 80-ies of the last century, refers to the conceptual resources of phenomenological philosophy to justify their methodological and value priorities. Such reference is connected with the attention of medical anthropologists to the subjective experience of illness and health, to the meaning of suffering, to patients' storytelling, to situational effects of clinical interactions, to the changes in the life-world of man caused by serious chronic diseases. The first part of the article explicates the theoretical framework of the version of the applied phenomenology, which is offered by Mattingly in her long-term research conducted in 1990s and 2000 years. The subject of these research works was clinical interactions between occupational therapists and their patients. The analysis of these interactions is based on Paul Ricoeur's phenomenologically grounded thesis that between the narrative and the experience of time there is an isomorphism thanks to the binding force of the plot. Mattingly brings the concept of narrative and a series of accompanying characteristics from the sphere of philosophical narratology to the sphere of phenomenology of (inter)action. The main idea of Mattingly is that the action itself has a narrative structure, — in the sense that actors themselves perform emplotment of interaction, configure the current events in a way that they are built into a whole, namely therapeutic history in which each successive episode of therapy follows from the previous one. The second part of the article illustrates on example of real therapy session how these ideas work in practice, in the process of the interpretation of particular therapeutic interactions. In general, we are planning to show that, although Mattingly's appeal to phenomenological context is not systematic, and it is more correct to speak of the phenomenological "motives" in her work, it

can be treated as one of the most interesting applications of phenomenological philosophy in the field of social sciences.

Key words: Therapeutic interaction, narrative, practice, time, experience, phenomenology, emplotment.

1.

Черил Маттингли — американский медицинский антрополог, проводящий оригинальные эмпирические исследования, неизменно сопровождающиеся серьезной и продвинутой для этой области знаний³ методологической рефлексией. В теоретическом плане ее научная работа может быть рассмотрена в контексте исторической судьбы феноменологической философии. И хотя по-преимуществу феноменология присутствует в этой работе лишь косвенно, более того, будучи трансформирована в антропологический дискурс и набор операциональных и аксиологических предпочтений конкретных эмпирических исследований, все же творчество Маттингли корректно трактовать как один из наиболее интересных изводов актуального прикладного применения феноменологической философии в социальных науках.

Цель данной статьи как раз заключается в том, чтобы показать методологическую, практическую и — в нашем случае — терапевтическую валидность некоторых феноменологических идей. Для этого мы, во-первых, рассмотрим теоретическую составляющую той версии прикладной феноменологии, кото-

³ Общим предметом медицинской антропологии как междисциплинарной области знаний являются здоровье, болезнь и лечение в социокультурном контексте. Как самостоятельная наука медицинская антропология начала складываться в послевоенных США, в 1950–60 гг. — сначала как прикладная дисциплина, призванная помочь ВОЗ и ООН в реализации санитарных программ в племенах Африки и Азии, а затем, к 70-м годам — и как теоретическая. Во многом именно из США медицинская антропология распространилась по странам Европы, в Канаду и Латинскую Америку и далее в другие страны. С самого начала медицинская антропология возникла как «синтетическая наука» (Roney, 1959), включающая культурную антропологию и физическую антропологию, хотя пионеры этой науки Джордж Фостер и его ученица Барбара Андерсон выделяли в первом учебнике по медантропологии четыре ее источника, добавляя «антропологическую школу культуры и личности» и прикладные программы общественного здоровья (Foster & Anderson, 1978; Mihel', 2013). Ведущими темами медицинской антропологии, структурированными по нескольким направлениям, являются кросс-культурные исследования медицинских систем, включая биомедицину и «этномедицину», повседневных знаний о болезни и здоровье и релевантных им практик, индивидуального пациентского опыта, разворачивающегося в определенных социокультурных обстоятельствах, нарративного измерения медицинских практик, вопросов болезни и здоровья в контексте судеб экосистем, исследования процессов социального производства болезней, медикализации, власти фармкомпаний и т.д. (Ember, 2004; Mihel', 2010b).

рую предлагает Маттингли. Экспликация теоретической оптики Маттингли будет основываться на ряде ее ранних работ начала 90-х годов, но также и на исследованиях нулевых годов, так что мы имеем в качестве предмета экспликации концепцию в развитии. Кроме того этот анализ будет предварен концептуальным обзором феноменологически ориентированной медицинской антропологии — очерчивание подобного контекста необходимо для более адекватного понимания научного творчества антрополога. Всем этим вопросам посвящена первая часть статьи. Сразу скажем, что теоретическая работа Маттингли с рядом понятий феноменологической философии не носит систематического характера, хотя антрополог уделяет ей много внимания в своих исследованиях. Корректней будет сказать, что Маттингли использует концептуальные импульсы феноменологии, некоторые ее тематические мотивы (в связи с чем в подзаголовке данной статьи использована метафора «мотивов»). Вторая часть статьи целиком посвящена прикладной стороне теории Маттингли, в частности, демонстрации того, как феноменологические идеи структурной корреляции нарратива и времени могут послужить опорой для эмпирических исследований терапевтических взаимодействий, а в конечном счете и для самой работающей формы терапии как таковой.

Прежде всего — научный контекст. Современная, особенно американская, медицинская антропология в целом плюралистична и даже эклектична в своих методологических самообоснованиях⁴. Тем не менее через различные для тех или иных авторов цепочки опосредований она впитала в себя феноменологическую критику научного объективизма и пафос возвращения к субъекту как конститутивному источнику смыслов, к структурам интерсубъективности, к *Lebenswelt* (Lekhtsier, 2010). Можно привести имена таких известных медицинских антропологов, как Байрон Гуд, Артур Клейнман, Рита Шэрон, Линда Гарро, Паул Бродвин, Мери-Джо Дель Вечьо Гуд, Артур Франк, Ховард

⁴ Байрон Гуд, концептуально обзревая эволюцию и методологическое разнообразие медицинской антропологии в XX веке, основными ее методологическими полюсами называет позитивизм и «интерпретативную эпистемологию» (“interpretive epistemologies”), между которыми располагаются различные подходы: «критический», «когнитивный», «семиотический», «смысло-центрированный», «этнографический», «кросс-культурные исследования болезни, здоровья и медицинского знания», компаративистика и т.д. (Good, 1994b). Концептуальные различия в региональных традициях медицинской антропологии и ее основных исследовательских направлениях систематически описывает российский ученый Дмитрий Михель (Mihel', 2010a).

Броди, Гей Бекер, Дэвид Моррис и др., в чьих исследованиях так или иначе задействованы понятия из феноменологической традиции⁵.

Например, Байрон Гуд, апеллируя к феноменологическому, хайдеггеровскому понятию мира как *взаимосвязи значений* и феномену множественности миров, описанному А. Шюцем, вводит понятие «мир хронической боли» и занимается его эмпирической экспликацией, показывая, что сильная, изнуряющая хроническая боль радикально меняет привычные, описанные феноменологами структуры жизненного мира (Good, 1994a). Или Артур Франк, осуществляя типологию пациентского сторителлинга, устанавливает корреляцию того или иного типа нарратива со способом существования больного тела, фактически занимаясь феноменологической дескрипцией телесной жизни. В частности, он вводит дескриптивно фундированные понятия «дисциплинированного тела» (*disciplined body*), «отражающего тела» (*mirroring body*), «хаотического тела» (*chaotic body*) и «коммуникативного тела» (*communicative body*) (Frank, 1997). Артур Клейнман, концептуализируя вслед за своим коллегой по Гарвардскому университету и Американской Психиатрической Ассоциации Лионом Эйзенбергом принципиальное для всей медицинской гуманитаристики различие *illness* и *disease*, выделяет четыре возможных трактовки того, что такое «смысл болезни», и среди них, большей частью объективистских (смысл как симптом или культурный смысл патологии), — тот смысл, который болезнь приобретает в *жизненном мире* пациента, в поле

⁵ Гей Бекер, выдающаяся ученица Джорджа Фостера и Маргарет Кларк, принадлежащая к первой волне докторантов по медицинской антропологии, сама обучившая уже не одно поколение исследователей, специалист в области культурных измерений инвалидности, болезни, старости, их связи с такими социальными явлениями, как иммиграция, глобализация, беженцы, неравенство, является в том числе и автором важной для нашей темы статьи «Феноменология здоровья и болезни» в американской «Энциклопедии Медицинской Антропологии». В этой обзорной статье Бекер говорит, что в последней четверти XX века произошел сдвиг в социальных науках, в том числе в медицинской антропологии, от объективистских описаний больного и здорового тела к субъективному опыту болезни и здоровья, и сдвиг этот получил теоретическое фундирование в феноменологической философии, хотя не только в ней. Бекер вводит понятие «интерпретативного поворота» (“interpretive turn”), а центральным объектом этого поворота в социальных исследованиях называет тело: «Воплощенность (*embodiment*) как один из аспектов феноменологии может быть истолкована одновременно как метод, и как формирующаяся теоретическая перспектива в антропологии» (Ember, 2004, 127). Теоретические ресурсы феноменологии помогают антропологам, с точки зрения Бекер, отличить «живое тело» (*lived body*), телесный опыт от тел политических и сконструированных. Бекер называет целый спектр феноменологически релевантных тем в актуальной медицинской антропологии (тело как пересечение индивидуального и коллективного опыта; тело и повествование; смыслы страдания; тело и «работа микросообщества»; сенсорные восприятия и властные отношения; «отсутствующее тело», феноменология гендерного тела и пр.) и десятки имеющих отношение к этим темам имен.

его интерсубъективных связей, на чем Клейнман останавливается специально и чему посвящена вся его концепция хронической болезни как жизни-интерпретации, осуществляющейся посредством личных нарративов, упорядочивающих переживание болезни и перманентно (ре)интегрирующих ее в биографию (Kleinman, 1998).

Ссылок на сочинения классиков феноменологической философии и концептуальных заимствований из них в трудах медицинских антропологов, в том числе у Черил Маттингли, вполне достаточно. Однако, что характерно, прямые самоназвания посредством понятия *феноменологии* в таких трудах, как правило, отсутствуют. Но есть и исключения. В частности, — целое направление, связанное с деятельностью Патрисии Беннер, теоретика и «живой легенды» сестринского дела (в 2011-м году она вошла в список “List of Living Legends of the American Academy of Nursing”), ставшей известной после своей книги «От новичка до эксперта: высокое мастерство и власть в клинических сестринских практиках» (Benner, 1984). В своих работах Беннер вводит понятие «интерпретативной феноменологии» «координирующих» (“focal”) практик, прежде всего медсестер и другого медицинского персонала, занимающихся уходом за больными. Она основывается на концептуальных источниках от С. Кьеркегора и М. Хайдеггера до К. Гирца и пытается переосмыслить с их помощью ключевые понятия социологической *теории практик*, например, понятие *габитуса* П. Бурдье (Benner, 1985; Benner, 1994). Ее последователи распространяют принципы «интерпретативной феноменологии» на изучение других медицинских профессий, стремясь методологически удерживать *переживания, смыслы* (традиционные феноменологические темы) и одновременно рутинные формы деятельности, полагая, что подход Беннер «отражает практики в их глубине, а также, что немаловажно, помогает сохранить и формировать этос практики» (Chan et al., 2010, 4).

Стремление концептуально соединить феноменологию и *practical turn* в социальных науках, которое мы наблюдаем у Беннер, характерно и для Маттингли, особенно для ее поздних работ. В частности, с 1997-го по 2009 гг. с большой командой специалистов она проводит в Лос-Анджелесе эксклюзивное по длительности и тематике исследование «практик надежды», реализуемых афроамериканскими семьями, в которых есть тяжело больные дети. Это практики, которые становятся *парадоксально* возможны при серьезных и смертельных хронических патологиях, когда технологии оказываются бессильны. Практики надежды осуществляются между пациентами и членами

их семей, между семьями пациентов и врачами. Маттингли всячески подчеркивает, что ее предмет — надежда — не просто *переживание*, имеющее свою феноменологическую специфику в качестве модификации интенционального акта (в частности, структуру «двойной интенции» (Gusserl', 1999, 82), вероятность, горизонтность, желание и пр.), но особая *темпоральная практика*. Что это практическое «отношение к реальности, требующее тщательной культивации» (Mattingly, 2010, 4), — перед лицом страха, неизвестности, неутешительных прогнозов или той ситуации, когда уже любое спасение кажется запоздалым из-за сильного страдания.

Технически исследование представляло собой этнографию таких семей и их взаимоотношений с медучреждениями, видеосъемку интеракций на приеме у врачей и в домашних условиях, нарративные интервью с членами семей, причем, повторяющиеся через различные промежутки времени, а методологически Маттингли называет свое исследование «нарративной феноменологией практики» надежды (Mattingly, 2010, 7). Понятие *феноменологии* для Маттингли принципиально, *она* манифестирует пристальное внимание к субъективному опыту, к тому, как воспринимается лечение, страдание, надежда всеми основными участниками медицинских коммуникаций вокруг тяжело больных детей. И хотя для исследования также важны структурные пересечения болезни, расового вопроса и клинической работы в США, некоторые социально-категориальные контексты медицинских взаимодействий, все же оно центрировано именно на субъективных смыслах и повседневном семейном опыте жизни с инвалидностью, уходя корнями в феноменологическую социологию естественной установки и ее модификаций под воздействием непроизвольного эпохе, вызванного тяжелым недугом (Good, 1994b, 121–134).

Разъясняя свою методологическую позицию, Маттингли разбирает основную концептуальную контроверзу XX века в трактовке человеческих действий социальными науками — между структурализмом и феноменологией — и выбирает в качестве безусловного приоритета общую феноменологическую платформу, выбирает внимание к *жизненному миру* как пространству возможностей, к мелкомасштабным личным и локальным драматическим ситуациям повседневной жизни, которые нельзя редуцировать к функциям или к производным от детерминирующих крупномасштабных социальных структур. Как антрополог-феноменолог Маттингли становится на сторону *опыта*. Однако, конечно, феноменология Маттингли тут же претерпевает существенные трансформации. Опыт как субъективное *переживание* надежды

превращается в особую *практику*, которая, в свою очередь, влечет за собой и «структурные условия», «политические порядки», и другую релевантную ей терминологию.

Концептуальное соединение внимания к опыту и одновременно к его структурным условиям, являющееся методологическим лейтмотивом работ Маттингли, антрополог осуществляет при помощи понятия *нарративности*. Это понятие по замыслу призвано предоставить доступ и к личному, и к *социальному страданию* (Kleinman et.al., 1997). Повседневные акторы *помещены* в «разворачивающиеся истории», в ситуации, «вооруженные нарративными ресурсами» (Mattingly, 2010, 43). События и ситуации являются моментами внутри историй, одновременно личных, и социальных. Самая личная и сокровенная практика посредством нарративов отражает нашу историчность, расположенность в социальном времени. Однако «нарративные ресурсы» не являются контейнерами или детерминатами для действия. Нарративное понимание практики оппонирует гегемонии структурных описаний, поскольку «освещает такие качества жизни, как незаконченность, непредсказуемость, неопределенность... помещает практику внутрь темпорально складывающихся ситуаций человеческой жизни, насыщенных необходимостью данного момента...» (Mattingly, 2010, 44). Понятие нарратива в таком контексте смыкается с понятием драмы, переставая обозначать только некий артефакт, текст или речевую практику, а также предзаданную практике нарративную схему, но выражая индивидуальную темпоральную структуру самого *социального действия*, его наполненность событиями.

Вот это неожиданное концептуальное совмещение понятий нарратива и действия состоялось в творчестве Маттингли еще в 1980 гг. И состоялось оно вокруг центрального ее концепта того времени — концепта *Emplotment*, обоснование которого и эмпирическое применение в медицинском поле тоже имеет свои интересные феноменологические импликации. Содержащее корень «сюжет» понятие *Emplotment* схватывает усилие или движение, заключающиеся в придании чему-либо сюжетной структуры — *сюжетизацию*. Остановимся на этих исследованиях подробнее.

На основании полевых записей клинических взаимодействий эрготерапевтов (occupational therapists) Маттингли делает неожиданный вывод о том, что эти взаимодействия имеют нарративную структуру, то есть нарратив начинает трактоваться как характеристика социального действия. При всех отличиях многих концепций антропологии, медицинской антрополо-

гии, философии истории и других гуманитарных дисциплин, вводящих в игру понятие нарратива, общим для них является распространение этого понятия исключительно на дискурсивные образования. Маттингли же исходит из соответствия между нарративной структурой, как она описывается в филологии и философии нарративности, и проживаемым здесь-и-сейчас опытом (совершаемым действием). Опираясь на таких философов, как А. Макинтайр, Х. Арендт, П. Рикер, Д. Карр, Ф. Олафсон и проведенное собственными силами пятилетнее эмпирическое исследование эрготерапевтов, включающее двухлетнее этнографическое изучение работы эрготерапевтов в больнице остропротекающих заболеваний, Маттингли пытается доказать, что «нарративы проживаются до того, как они рассказываются» (Mattingly, 1994b, 811), что нарративная история процесса лечения *создается* в процессе этого лечения. Причем создается не на основе заранее заготовленного сценария, а путем постоянной импровизации врачей с учетом тех доступных ресурсов, которые в данное время находятся под рукой.

Действительно у некоторых философов, например, у Ханны Арендт в рамках ее философии действия есть идея, что истории создаются в самой жизни и только потом рассказываются, будучи *достойными рассказа*⁶, что у них есть акторы, герои, но нет авторов (Arendt, 2000, 242). Правда, Арендт эта идея нужна для других целей — для обоснования политической философии истории и интерсубъективности. Дальше всех в конститутивном и феноменологически имплицированном сближении *опыта времени* и нарративности пошел Поль Рикер: «*время становится человеческим временем в той мере, в какой оно нарративно артикулировано, а рассказ обретает свое полное значение, когда он становится условием временного существования*» (Rikjor,

⁶ Эту мысль Арендт нужно отличать от другого ее тезиса, согласно которому «бессловесного действия [...] не существует» (Arendt, 2000, 233), в слове деятель идентифицирует себя и объявляет о намерениях, посредством чего действие входит в мир как значимую взаимосвязь. Однако в параграфе книги «*Vita activa...*», посвященном именно историям, философ несколько раз повторяет, что «продукцией» действия и речи являются истории, пригодные или достойные для рассказа. То есть Арендт онтологизирует истории, люди их творят в самой жизни, но не сочиняя их, не имея плана, не являясь их авторами. Их «кто» остается в таких деяниях-историях неопределенным в силу «провала языка» (Arendt, 2000, 238) перед раскрытием личности. О «кто» тех историй, которые происходят в живой действительности, мы узнаем лишь «*ex post facto*» (Arendt, 2000, 245), из рассказанной истории. Арендт таким образом утверждает онтологическую первичность истории-действия перед ее смысловым структурированием посредством постфактумного нарративного оформления. Маттингли берет у Арендт идею действия как непредсказуемой и драматичной живой истории, но приписывает ему еще и функцию смыслового структурирования, пытаясь таким образом все-таки обосновать возможность процессуального (co) авторства.

1998, 65. Курсив наш. — В.Л.). Но все же сосредоточился Рикер, как известно, на дискурсивном статусе конфигурации событий и прежде всего в художественной литературе и историографии. Маттингли терминологически в большей степени опирается именно на Рикера, на его понятие *конфигурации*, которое она часто использует. Хотя изначально и понятия конфигурации/префигурации, и понятие *Emplotment*, разработанное канадским литературным критиком Нортропом Фраем в рамках его теории основных типов сюжетных структур литературы (Frye, 1957), концептуально расширяются Хейденом Уайтом в «Метаистории». Именно он вывел их за пределы филологии и литературной критики, усмотрев в *Emplotment* механизм исторического объяснения событий⁷. Но Маттингли переносит все эти понятия из области рассказа о жизни в саму жизнь, в этом смысле, вольно или невольно включаясь в контекст изменяющейся на протяжении всего XX века *теории действия*.

Переосмысливая и развивая тезис Рикера о том, что опыт времени и повествование изоморфны благодаря *сюжету*, что и там, и там связность обеспечивается сюжетом, Маттингли утверждает: «нарративность и специфика превращения последовательности событий в сюжет является прямым делом актора в момент действия» (Mattingly, 1994b, 812), результатом его *интерпретирующего действия*. Она имеет в виду, что в процессе действия акторы *конфигурируют* текущие события таким образом, что они выстраиваются в нечто целое. Функция сюжета при таком подходе состоит как раз в телеологическом упорядочении частей (отдельных действий) в направлении завершеного целого. Сюжет — форма управления процессами. Отдельные действия приобретают смысл в контексте сюжетного целого, ожидание которого отбрасывает свой свет на текущие обстоятельства. Питер Брукс по этому поводу говорил, что нарративу свойственна «неизбежная ретроспективность», что «ожидание ретроспекции» является главным способом выстраивания нарратива (Brooks, 1984, 22). Собственно понятие нарративности, примененное не к тексту, а к действию, означает, что это действие управляется сюжетом и выстраивается в связную историю. В данном случае, то есть в том поле, в котором работает Маттингли, — в *терапевтическую историю*.

⁷ Следует также упомянуть о тематическом и полидисциплинарном номере журнала “Critical Inquiry”, целиком посвященном нарративу и, видимо, сыгравшем особую роль в «нарративном повороте». На страницах этого журнала встретились Поль Рикер, Хейден Уайт, Рой Шефер, Виктор Тернер и другие известные философы (Mitchell, 1980).

Еще раз подчеркнем, что если у Рикера понятие «нарративное время» означало время *повествования*, например, художественного повествования, которое разворачивается между его эпизодами и интригой, конфигурирующей целостность (Ricoeur, 1980), то у Маттингли это буквальное значение понятия нарративности — повествование — утрачивается: нарративность начинает обозначать просто *темпоральность* и сюжетную историйность действия. Будучи результатом переноса из сферы текста в сферу действия понятие это включило в себя, разумеется, и сопутствующие ему смыслы, в частности, то обстоятельство, что в повествовании должны быть начало, середина и конец, организованные сюжетом рассказа. Так же и в действии, в его темпоральной структуре мы можем выделить эти элементы, организованные сюжетом самого действия. Справедливости ради заметим, что Рикер тоже периодически говорит именно о «феноменологии действия», а не только повествования (Rikjor, 1998, 75).

Нарративная опосредованность смысла (взаимо)действия его планируемым результатом создает экзистенциальный мотив для заинтересованности в связности и порядке, для того, чтобы «создавать истории в момент действия» (Mattingly, 1994b, 812), встраивать его в последовательность, имеющую начало, середину и конец. В этом случае каждое действие совершается как *еще не рассказанная история*, то есть как потенциальный эпизод исторического целого.

«Время терапии» классифицируется Маттингли вслед за различениями Рикера на *хронологическое* (линейное) и *сюжетное* (конфигурационное). Первое — простая последовательность событий, одно *за* другим; второе — результат преобразования линейности в осмысленное, то есть структурированное сюжетное целое, с началом, серединой и финалом. Однако конфигурация терапевтического времени изменчива, поскольку действие совершается посреди *незавершенных историй*, посреди жизни, которая непредсказуема и плохо управляема, так что акторы — не только создатели, но и наблюдатели историй. Им приходится импровизировать, исходя из ситуации, исходя из того, *что* следует. То, *что* следует (в частности, ситуативный отклик пациента на терапию), всякий раз становится основанием для новой корректировки конфигурации, так что сценарий перформативного терапевтического сюжета пишется и переписывается по ходу дела.

На основе методологически анонсированной структурной параллели времени повествования и времени проживаемого действия Маттингли выделяет шесть свойств нарративного времени действия, как бы обобщая неко-

торые теоретические размышления. 1. Нарративное время действия предполагает конфигурацию, а целое терапевтической истории *вырисовывается* постепенно. 2. Нарративное время действия — «человеческое время», в котором основной причиной и мотивом событий и их результатов являются сами действия. 3. В переживании нарративного времени «доминирует движение по направлению к завершению» (Mattingly, 1994b, 813), происходит работа *желания*. 4. Нарративное время нелинейно, оно предполагает переконфигурации и «побочные» действия, в том числе переконфигурации основного и побочного сюжетов. 5. Нарративное время драматично, конфликтно, поскольку включает остановки и препятствия. 6. Нарративное время имеет непредсказуемый, неопределенный, вариативный финал.

Вся эта философски-нарратологическая теоретическая машинерия нужна Маттингли для того, чтобы описать и проинтерпретировать работу эрготерапевтов, осуществляющих реабилитацию пациентов посредством деятельности, о чем скажем подробнее чуть позже. Теоретический, понятийный выбор Маттингли может, на первый взгляд, показаться по меньшей мере избыточным. Целенаправленность (взаимо)действия или его темпоральная организация знают другие, вероятно, более привычные терминологические фиксации. Сама Маттингли, например, вспоминает Хайдеггера с его понятием *sich-vorweg-sein*. Мое замечание тем более уместно, что ни в полевых записках эрготерапевтов, которые исследовала Маттингли, ни в интервью врачей, которые она тоже брала в качестве дополнительного источника данных, ничего не говорится о «сюжете» или «историях», — этот язык чужд реабилитологам. Они говорят о мотивации пациента, о необходимости дать пациенту общую картину терапии и заручиться его поддержкой, о вовлечении в процесс терапии, промежуточных результатах и т.п.. В этом смысле исследовательская оптика Маттингли сформирована не на основе «первичных конструктов», извлечена не из языка самоописания акторов, к чему призывают, например, феноменологическая или интеракционистская социология повседневности, этнометодология или интерпретативная антропология, а позаимствована из имеющихся актуальных ресурсов философии и гуманитарных наук.

Тем не менее, с моей точки зрения, она максимально близка к первичному опыту эрготерапевтов, и это видно по разбору конкретных кейсов. Выбранная Маттингли оптика позволяет интерпретировать малейшие нюансы клинических взаимодействий, при этом, с одной стороны, избегая доминирующего медикализованного дискурса, за которым стоят исключительно

биомедицинская картина мира и биомедицинская антропология со всеми свойственными ей овеществлениями, натурализацией и объективацией медицинского опыта (как врача, так и пациента). С другой стороны, она избегает и редукционистского психологизирующего языка, апеллирующего исключительно к «психическому», и оставляющего без внимания контекст практики и ее темпоральную структуру. Сама Маттингли обосновывает свой выбор еще и тем, что кроме ситуационистской и динамической исследовательских перспектив философско-нарратологический научный аппарат помогает открывать и описывать *моральные* измерения клинических практик. В клинических взаимодействиях «моральные переговоры» между врачом и пациентом (Маттингли также употребляет понятие «экзистенциальных переговоров») «маскируются в ловушках технических переговоров», при которых лечение может показаться «не более, чем набором процедур» (Mattingly, 1994b, 820). Подчеркну, что переговоры, которые ведут врач и пациент, являются аспектом их взаимодействия. Слова, которые выбирает врач в этих взаимодействиях, обладают перформативной силой, это слова, которые действуют. Дискурсивное здесь является формой осуществления практического отношения.

У Маттингли есть работы, в которых понятие нарратива применяется и в качестве характеристики способа речи (или «режима дискурса»), и — одновременно — в значении способа созидания историй с помощью *действия*. В частности, рассуждая о дискурсивном измерении медицинского опыта, о медицинском сторителлинге, она различает нарративный и пропозициональный способы рассказывания историй терапевтами друг другу как два способа медицинского мышления вообще (“Clinical Reasoning”), как разные способы концептуализации болезни и ситуации пациента. На эту тему было проведено отдельное исследование в Университетской клинике в Бостоне, где записывались разговоры эрготерапевтов друг с другом. Потом строились специальные диаграммы разговоров, показывающие, как в одной беседе врачи могут переходить от дискурса к дискурсу, от пропозиционального объективирующего разговора о патологии, разговора о симптомах как проявлениях объективной патологии, например, болезни Паркинсона, до индивидулирующих повествований о жизненной ситуации конкретного пациента, его инвалидности и реакции его родственников (Mattingly, 1991a,b). Однако в целом речь терапевта интересует Маттингли прежде всего как элемент *коммуникативного действия*, или самой «формы жизни». То есть не текстологический или дискурсивный анализ здесь будет ведущим, а нарративно истолкованная

антропология клинической практики, ситуативных и стратегически мотивированных терапевтических взаимодействий.

Философско-нарратологическое виденье Маттингли сосредоточено на гуманитарных аспектах медицинской работы, на клиническом опыте как гуманитарной практике. Причинно-следственные связи, которые она фиксирует в своих исследованиях, — это связи не «естественного» порядка, которые обязана обнаруживать диагностика, а искусственно создаваемые, конструируемые терапевтом как агентом экзистенциальных преобразований, которые необходимы тяжелым пациентам. Терапевтические эффекты здесь опосредованы этими преобразованиями, опосредованы «лечебными драмами», осуществляющимися на границе индивидуального опыта и тех традиционных сюжетов болезни и лечения, которые свойственны биомедицине — об этом Маттингли написала в подводящей промежуточные итоги монографии «Лечебные драмы и клинические сюжеты: нарративные структуры опыта» (Mattingly, 1998).

2.

Обратимся к конкретному примеру из практики эрготерапевтов. Эрготерапия, по словам М.Х. Флеминг, соавтора Маттингли по проблеме “Clinical Reasoning” (Mattingly & Fleming, 1994a), есть «обычная практика в необычном мире» (Fleming, 1993). Это определение означает, что эрготерапевт помогает пациенту внутри клиники, во время терапевтических сессий делать банальные повседневные дела, характерные для мира вне клиники, те дела, которые, не задумываясь, делают здоровые люди. Задача эрготерапевтов — помочь пациентам физически и психологически адаптироваться к новым ограниченным возможностям. Часто приходится выбирать из разных возможных жизненных сценариев, например, восстанавливать ли у пациента после инсульта способность к письму, чтобы он вернулся к работе юристом или лучше адаптировать для него клюшку для гольфа и научить играть в эту игру, чтобы пациент вышел на пенсию, прекратив юридическую практику. Сложность такого рода выбора связана еще и с тем, что пациент эрготерапии, как правило, переживает не только физическую, но и «нарративную утрату» (Mattingly, 1994b, 814) и вынужден как-то реструктурировать свою биографию, свое самопонимание в новом положении. Эффективность реабилитации зависит не только от действий врача как таковых, но и от совместных действий врача и пациента, от договоренности с пациентом о том, какую роль

должна играть терапия в жизни пациента. Эрготерапия — процесс постоянных переговоров и ответных, часто непредвиденных реакций врача и пациента друг на друга.

Маттингли описывает одну небольшую терапевтическую сессию, показывая, как линейное время терапии, при котором одна лечебная процедура просто сменяет другую, трансформируется в нарративное. Данный эпизод — самое начало процесса терапии, и внешне он может показаться совершенно рутинным, лишенным какого-то особого драматизма. В больничной палате у постели 27-летнего Стивена, который вышел из комы несколько дней назад, который не может говорить, общается только сигналами и письменно — результат травмы мозга, полученной в дорожной аварии, — стоят несколько медицинских работников: эрготерапевт, физиотерапевт, медсестра и студент — будущий эрготерапевт. Стивену делается укол, затем его представляют студенту, который надевает на него тапочки, затем физиотерапевт слушает легкие Стивена, затем все четыре медработника помогают Стивену перебраться в инвалидное кресло. Он это делает впервые после аварии, ему очень не хочется покидать кровать, но после некоторых уговоров он соглашается на то, чтобы провести несколько часов в инвалидном кресле, о чем пишет маркером на бумаге, напоминая об осторожности в отношении его спины. В процессе трансфера в кресло медработники постоянно общаются со Стивеном, который отвечает им, делая знаки большим пальцем, означающие «да» или «нет». Затем физиотерапевт проверяет дыхание Стивена, эрготерапевт помогает ему комфортней устроиться в кресле и спрашивает, не больно ли ему.

Итак, резюмирует Маттингли, до сих пор время течет линейно, события идут друг за другом в простой хронологической последовательности. Первичный медосмотр, затем перемещение в инвалидное кресло — здесь еще нет никакого сюжета. Даже результирующая констатация физиотерапевта, что дыхательная способность у Стивена улучшается, работает только на хронологический контекст: сегодня лучше, чем вчера. Кроме того пока врачи общались со Стивеном преимущественно как с «раненым телом» (Mattingly, 1994b, 815), часто по ходу действия говоря о нем в третьем лице. Они, отмечает антрополог, работали *для* пациента, но не вместе с ним. Каждый из медработников методично осуществлял заранее запланированные действия, руководствуясь соответствующими инструкциями.

Далее физиотерапевт и медсестра уходят, остаются студент и эрготерапевт Донна. Между Донной и Стивеном начинаются диалог и взаимные

действия. Пунктиром (и пока в линейной логике) перескажу то, что происходит, отмечая только те подробности, разумеется, которые концептуально важны для конфигурации событий, хотя этнография терапевтической сессии, выполненная Маттингли, предоставляет более объемную картину. Донна дает Стивену расческу с просьбой, чтобы он расчесал свои волосы — Стивен отказывается — Донна аргументирует этот шаг тем, что расчесывание улучшит его способность держать равновесие при сидении, что это своего рода упражнение, — он с большим усилием причесывается — Донна со словами, что медсестры сюда не дотянутся, когда он лежит, указывает ему на места на голове, которые он пропустил при причесывании, — она помогает ему причесаться и в этих местах — он пишет на бумаге просьбу принести зеркало — терапевт приносит зеркало и ставит перед Стивеном, так, чтобы он видел себя, — Донна шутя спрашивает, прихорашивается ли он для своей подружки, — он опять сигнализирует, что нужна бумага и пишет, что хочет, чтобы его возили, — терапевт радостно соглашается, озвучивая, что он хочет осмотреть свое новое место, — начинается прогулка — Донна везет его к главной лечебной палате, ввозит внутрь, говорит о том, что здесь они будут много времени проводить вместе, что тут он будет выпрямлять свое туловище, — остановка из-за боли в плече — «медицинский» комментарий Донны — пациент пишет, что хочет еще немного покатааться, — Донна его везет, рассказывая про больницу, — Донна говорит, что на выходных ее не будет, а когда он окрепнет, его забрет семья, — они подходят к окну, откуда хорошо виден город, Донна спрашивает Стивена, видит ли он здание компании *Prudential*, — Стивен пишет, чтобы открыли окно, — Донна демонстрирует, что окно не открывается, — Донна везет Стивена мимо комнаты медсестер, ищет медсестру, которая знает Стивена, — Стивен спрашивает на бумаге, здесь ли Берс, — подходит медсестра Берс, и у них происходит теплый разговор — Стивен пишет, чтобы Берс его навещала, — прогулка продолжается еще несколько минут — Донна спрашивает, не устал ли он, — Стивен пальцем отвечает «да» — Донна спрашивает, помнит ли он свою палату, — Стивен показывает пальцем, когда они проезжают мимо его палаты. Сессия заканчивается.

Нарративное, конфигурационное время эрготерапии сюжетизированно здесь следующим образом. Линейно разворачивающиеся события переконфигурируются, начиная с просьбы Донны, чтобы Стивен причесался еще лучше, аккуратнее, чем он это сделал только что: причесывание получает добавочное, уже не биомедицинское значение. «Причесывание волос становится

и упражнением для поддержания равновесия, и деятельностью по уходу за собой» (Mattingly, 1994b, 816). То есть он уже не просто выполняет медицинское упражнение, а действительно причесывается. Стивен принимает новое значение (приготовление к появлению на людях), поэтому просит зеркало. Терапевт усиливает это значение шуткой про подружку, как бы включая данную практику в конституцию повседневного интерсубъективного опыта. Стивен просит прогуляться — Донна не просто соглашается, но *интерпретирует* просьбу пациента о прогулке как желание Стивена увидеть свое новое временное место для жизни и показать себя. Эрготерапевт таким образом продолжает выстраивать свой сюжет *возвращения пациента в мир людей*, выхода его за пределы палаты и клиники, основываясь на «откликах» пациента, импровизируя, начиная с успеха в причесывании волос. При этом многие сюжетные ходы нельзя было предвидеть, например, просьбу Стивена о зеркале или прогулке. Свои интерпретации эрготерапевт делает вслух, так что пациент их слышит. К этому же сюжету относится и осмотр отделения, и поиск медсестры, с которой у Стивена дружеские отношения.

Вместе с первой историей, отмечает Маттингли, Донна развивает и вторую — это подсюжет про то, что возвращение в мир людей будет трудным, что придется пройти через боль и вместе *работать*, чтобы стать *сильнее*. Об этом она упоминает, когда Стивен во время прогулки почувствовал боль в плече, когда они «приехали» в палату эрготерапии, где они будут вместе проводить много времени и т.д. Надо сказать, что данный, второй «сюжет» (сюжет борьбы) вполне вписывается в реестр типовых образов лечения или — в терминологии поздних исследований Маттингли — «канонических жанров», находящихся в арсенале биомедицины (Mattingly, 2010, 62-67). В данном случае он реализуется посредством истории союзничества в сражении с болезнью. Иногда этот сюжет замыкается на героической фигуре врача, здесь же он модифицируется в совместную борьбу врача и пациента.

В итоге последовательность взаимодействий приобретает нарративную связь (по классической формуле: не одно за другим, но одно *вследствие* другого) и сюжетную, телеологическую осмысленность. Расчесывание волос становится причиной желания покинуть свою палату, найти знакомую медсестру и т.д. Терапевтическое взаимодействие, оформленное нарративно, превращает пассивное «тело» пациента в социально-активного актора. Собственно это превращение и есть событие преобразования, сюжетизируемое как возвращение прикованного к постели пациента в большой мир людей.

К этому следует добавить, что нелинейность нарративного времени клинических взаимодействий означает также и то, что сюжет, направленный к своему финалу, нацеленный на окончание, тем не менее остается всегда открытым, незавершенным и неопределенным. Неопределенность, с одной стороны, есть позитивное пространство возможностей, с другой стороны, — негативное пространство постоянных сомнений, страха и тревожных ожиданий. Правда, терапевт, что зафиксировало этнографическое наблюдение, никаких сомнений не показывает, Донна предлагает пациенту надежное и предсказуемое окончание.

Формообразующая роль окончаний историй при конфигурировании времени терапии особо видна в онкологии. Как свидетельствует коллектив авторов статьи, в который входит и Черил Маттингли, «Онкология и нарративное время», онкологи, во-первых, осознанно в лечебных и этических целях пытаются управлять временными горизонтами своих пациентов, во-вторых, в разных странах, с различной онкологической культурой это происходит по-разному, в-третьих, сюжетное оформление болезни в онкологии варьируется в зависимости от адресата: коллег-профессионалов, пациента, его семьи (Good et al., 1994, 856).

Например, японское «Руководство по уходу за пациентами с раковыми заболеваниями в последней стадии» рекомендует употреблять врачам такие выражения, как «нам предстоит затяжное сражение», предполагающее откладывание результата, небыструю смерть, переменный успех, надежду на легкие дни, выстраивание союзничества в борьбе с «нашим врагом» (Good et al., 1994, 859). Еще раз подчеркну, что переход на дискурсивный уровень анализа (выявление метафор в медицинском дискурсе и т.п.) здесь целиком подчинен нарративной феноменологии клинического взаимодействия. Слова, который произносит онколог, то, как он сообщает диагноз и перспективы лечения, не описывают терапевтическую реальность, а ее производят. Производят посредством выстраивания сюжета (или разных сюжетных линий) с его началом, серединой и финалом. В американской онкологии действуют нарративные стратегии терапевтического *Emplotment* «в терминах настоящего момента и незавершенных временных горизонтов. Создавая неизбежные «белые пятна» в любом возможном прочтении будущего, которое им предстоит, пациенты присоединяются к врачам в создании историй, обеспечивающих целеустремленность в лечении и надежду на положительные окончания в той же мере, как и на сосредоточении на настоящем моменте» (Good et al., 1994, 857). То есть

сюжет онкологического лечения, о котором пишут антропологи, не забегает слишком далеко вперед, он сосредотачивается либо на настоящем («на данный момент» мы можем сказать...), либо на ближайших временных горизонтах. Несмотря на частые вопросы пациентов по поводу дальних перспектив и прогнозов, следует ли им продавать их домики, лодки, принимать те или иные стратегические решения, «нарратив настоящего момента» (Good et al., 1994, 858) возвращает пациентов в реальность лечебного быта, расписания, устраненных или ожидаемых побочных эффектов. «Когда раковые пациенты научаются жить настоящим моментом, зависящим от решений, принимаемых в отношении их лечения, в отношении терапевтической деятельности в рамках социального контекста клиники, они вступают в нарративную форму, в которой окончания редко показываются в ясном свете» (Good et al., 1994, 858).

Расчет в структурировании нарративов на разную аудиторию проявляется, в частности, в том, что сюжет окончания может существенно различаться, будучи предназначенным для коллег, пациентов, родственников и друзей пациентов. Практически во всех онкокультурах сообщение диагноза «рак» пациенту и его родственникам будет отличаться. Профессиональные нарративы, предназначенные для коллег по медицинскому корпусу, от онкологов до тех, кто осуществляет уход за больными, обладают большей ясностью в отношении временных горизонтов, но также могут варьироваться в зависимости от адресата.

Интересную мысль высказывают антропологи в завершении отчета о своем исследовании: «терапевтические нарративы, включая профессиональные нарративы, имеют последствия не только для опыта лечения пациентов и курса лечения, но и для того выбора, который делает общество по поводу инвестиций в исследование раковых заболеваний и работу по созданию методов лечения от рака» (Good et al., 1994, 860). Действительно, терапевтические сюжеты, создаваемые интерпретирующими действиями врачей в сотрудничестве с пациентами и их родственниками, создаваемые *в процессе* лечения, могут оказаться важны и за пределами клиник. Потому что эти сюжеты невидимыми нитями связаны с культурой, как популярной, так и медицинской, связаны с теми нарративами болезни и лечения (нарративами — в уже более привычном смысле повествований или сюжетных схем), которые входят в общественные запасы культурного знания, и так или иначе оказывают влияние на политику в области здравоохранения и наши повседневные ожидания от нее.

Подводя итоги, еще раз отметим, что в эмпирических и теоретических исследованиях Маттингли, в ее своеобразной нарративной феноменологии терапевтических взаимодействий, полученной в результате переосмысления главным образом рикеровских понятий «нарративное время», *Emplotment* и конфигурирование, мы видим интересный вариант конвертации некоторых мотивов феноменологической философии в медикоантропологические исследования конкретных клинических практик. Также следует сделать вывод, что концептуальный перенос понятия нарратива из сферы философии и теории дискурса в сферу феноменологически ориентированной философии и антропологии (взаимо)действия, перенос, который осуществила Маттингли, может рассматриваться как одна из продуктивных теоретических возможностей в периодически возобновляемой дискуссии вокруг соотношения нарратива и опыта (действия) — как в онтологической, так и в эпистемологической перспективах этой дискуссии.

REFERENCES

- Arendt, H. (2000). *Vita activa, ili o deyatel'noi zhizni* [Vita Activa or an Active Life]. St. Petersburg: Aleteiya. (in Russian).
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1985). Quality of Life: A Phenomenological Perspective on Explanation, Prediction, and Understanding in Nursing Science. *Advances in Nursing Science*, 8 (1), 1–14.
- Benner, P. (1994). The Tradition and Skill of Interpretive Phenomenology in Studying Health, Illness, and Caring Practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness* (99–126). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication.
- Brooks, P. (1984). *Reading for the Plot. Design and Intention in Narrative*. New York: Vintage Books.
- Chan, G., Brykczynski, K., Malone, R., Benner, P. (Eds.). (2010). *Interpretive Phenomenology in Health Care Research*. Indianapolis, IA: Sigma Theta Tau International.
- Ember, C. R., Ember, M. (Eds.) (2004). *Encyclopedia of Medical Anthropology*. V. 1, V. 2. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Fleming, M. A (1993). Common Sense Practice in an Uncommon World. *Clinical Reasoning: Forms of Inquiry in Therapeutic Practice*. Philadelphia: F. A. Davis Press.
- Foster, G.M., & Anderson, B.G. (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.
- Frank, A. (1997). *Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago, London: University Of Chicago Press.
- Frye, N. (1957). *Anatomy of Criticism: Four Essays*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Good, B.J. (1994a). *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Good, B.J. (1994b). A Body in Pain — The Making of a World of Chronic Pain. In M.-J. DelVecchio-Good, P. E. Brodwin, B. J. Good, A. Kleinman (Eds.), *Pain as Human Experience: An*

- Anthropological Perspective* (29–48). California: Berkeley, Los Angeles; London: University of California Press.
- Good, M.-J.D., Munakata, T., Kobayashi, Y., Mattingly, C., Good, B.J. (1994). Oncology and Narrative Time. *Social Science & Medicine*, 38 (6), 855–862. doi: 10.1016/0277-9536(94)90157-0
- Gusserl', E. (1999). *Idei k chistoi fenomenologii i fenomenologicheskoi filosofii T.1* [Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy. V. 1]. Moscow: House of Intellectual Book. (in Russian).
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A., Das, V., Lock, M. (Eds.) (1997). Introduction. In *Social Suffering*. (IX-XXVI). Berkeley: University of California Press.
- Lekhtsier, V. (2010). Fenomenologicheskie osnovaniya meditsinskoj antropologii [Phenomenological Basics of Medical Anthropology]. *Logos*, 5 (78), 183–195. (in Russian).
- Mattingly, C. (1991a). The Narrative Nature of Clinical Reasoning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45 (11), 998–1005. doi:10.5014/ajot.45.11.998
- Mattingly, C. (1991b). What is Clinical Reasoning? *The American Journal of Occupational Therapy*, 45 (11), 979–986. doi:10.5014/ajot.45.11.979
- Mattingly, C., & Fleming, M.H. (1994a). *Clinical Reasoning: Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Mattingly, C. (1994b). The Concept of Therapeutic “Emplotment”. *Social Science & Medicine*, 38 (6), 811–822. doi: 10.1016/0277-9536(94)90153-8
- Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mattingly, C. (2010). *The Paradox of Hope: Journeys through a Clinical Borderland*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Mihel', D. (2010a). *Meditsinskaya antropologiya: istoriya razvitiya distsipliny* [Medical Anthropology: the History of the Development of the Discipline]. Saratov: Techno-Decor. (in Russian).
- Mihel', D. (2010b). *Sotsial'naya antropologiya meditsinskikh sistem: meditsinskaya antropologiya* [Social Anthropology of Medical Systems: Medical Anthropology]. Saratov: New Project. (in Russian).
- Mihel', D. (2013). Izuchaya kul'turu, zdorov'e i bolezni: meditsinskaya antropologiya kak oblast' znaniya [Studying Culture, Health and Illness: Medical Anthropology as a Field of Knowledge]. *Bulletin of SSTU*, 2 (70), 206–217. (in Russian).
- Mitchell, T. J.W. (1980). On Narrative. *Critical Inquiry*, 7 (1), 1–4.
- Ricoeur, P. (1980). Narrative time. *Critical Inquiry*, 7 (1), 169–190.
- Rikjor, P. (1998). *Vremya i rasskaz. T. 1* [Time and Narrative. V.1]. Moscow, St. Petersburg: University Book. (in Russian).
- Roney, J.G. (1959). Medical Anthropology: A Synthetic Discipline. *The New Physician*, 8 (1), 32–33.