

КОНФЛИКТ НАРРАТИВОВ КАК ПРОБЛЕМА БИОЭТИКИ

Т.В. Мещерякова

Сибирский государственный
медицинский университет, г. Томск
mes-tamara@yandex.ru

В статье проведен анализ особенностей и функций медицинского нарратива с целью выяснения источника конфликта нарративов и связь его с обезличиванием пациента, что является решением одной из задач в проекте РГНФ № 12-03-00198 «Биоэтика как форма самосознания современной культуры», также представлены отдельные результаты выполнения проекта РФФИ № 10-06-00313 «Аттрактивный менеджмент: методологические принципы управления динамикой сложных систем».

Ключевые слова: биоэтика, историческая индивидуальность, нарратив, компенсаторная функция.

Понятийный анализ «истории» и «памяти», предпринятый М.К. Палатом¹, проводит четкое различие между достаточно объемными понятиями. Он показал конфликт между разными способами построения прошлого между тем, как вспоминает индивидуальность, и тем, как пишется история. Аналогичное различие существует и в биоэтике: воспоминания пациента о себе и то, как врач пишет историю болезни, представляют собою абсолютно два разных нарратива, между которыми возникает конфликт, нередко неизбежный в силу особенностей современного этапа развития медицины.

Когда в 2006 г. сдавалась в печать в научный медицинский журнал статья Морин Келли о природе и пределах ответственности пациента², то члены редколлегии (независимо друг от друга) говорили об одном: как интересно, у нас в России никогда так вопрос не ставился. Такое удив-

ление является симптоматичным для российского менталитета, допускающего взаимоотношения врача и пациента только в рамках патерналистской парадигмы, которая даже помыслить не может ни о какой ответственности пациента. Ведь ответственность возникает у человека, делающего самостоятельный выбор, обладающего автономией воли, но на протяжении тысячелетий делал выбор и, соответственно, нес полную ответственность за судьбу пациента только врач.

Ситуация кардинально изменилась в XX веке, когда, как пишет О.А. Донских, «европейское общество переживает критический период в своей истории»³, вследствие чего возникает биоэтика. Мы полагаем, следует добавить, что критический период переживало не только европейское общество, но в целом западная культура (тем более, что родиной биоэтики, по сути, являются США). Биоэтика возникает вследствие изменения человека к самому

¹ Палат М.К. История и память // Идеи и идеалы. – 2011. – № 4(10). – Т. 1. – С. 56-69.

² Келли М. Границы ответственности пациента // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – Том 5. – № 5. – С. 67-78.

³ Донских О.А. Этика долга и биоэтика: проблема социального регулирования // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – Том 5. – № 5. – С. 61.

себе⁴, и ее основной задачей является защита прав и пациента, и испытуемого как участника биомедицинских исследований. Прогресс медицины и появление большого разнообразия биомедицинских технологий создали ситуацию выбора, притом нередко выбора среди методов лечения, небезопасных для здоровья и даже для жизни человека. В условиях множественности религиозных, культурных, моральных ценностей врач уже не мог за пациента делать выбор и принимать решение. Таким образом, появляется насущная необходимость учета в медицинской практике автономии индивида, а следовательно, актуализируется проблема ответственности не только врача, но и пациента.

Если же в целом посмотреть на круг обсуждаемых в биоэтике проблем, то выясняется, что о чем бы ни шла речь – о моральных проблемах биомедицинских технологий, о понимании статуса и задач медицины в современном мире, об ее эпистемологических особенностях – в большинстве случаев появляется необходимость обращаться в том или ином виде к анализу понятия «индивидуальность». Более того – суть всех расхождений в способах разрешения биоэтических проблем биомедицины сводится к различным трактовкам индивидуальности⁵. Мы считаем, что изначально задача биоэтики заключалась в защите индивидуальности как целостности, а сама биоэтика возникла как форма защиты индивидуаль-

ности⁶, хотя в самом биоэтическом дискурсе это в те годы и не осознавалось.

Сам по себе термин «индивидуальность» достаточно многозначен. Говоря об индивидуальности в биоэтике, мы рассматриваем ее как историческую индивидуальность. Это связано с тем, что индивидуальность пациентов, живущих в конкретной культуре, воплощается в вариативности их биографий. Любой пациент имеет свою собственную историю, а также историю своей семьи, что частично отражено в «истории болезни». Огромную ценность имеют истории в работе врача, о чем пишет в своей статье Шэйна Уотсон (семейный врач, сотрудник Отдела Онкологии Университета в Кингстоне, Канада). Она отмечает, что «медицина информирована и пропитана историями»⁷. Врачи говорят историями, обсуждая случаи пациентов или анализируя «казусы» на конференциях. Они преподают через истории. По сути, «практика врачей в историях»⁸.

Как отмечал Ф. Анкерсмит, «историчность предшествует индивидуальности»⁹, и одним из существенных моментов истории является помещенность индивидуального во время и пространство. Очень часто историческое определяется через соотнесенность со временем. Но знание о прошлом

⁶ Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Высшее образование в России. – 2009. – № 10. – С. 108–111.

⁷ Watson S. An extraordinary moment. The healing power of stories // Canadian Family Physician. – 2007. – V. 53. – № 8. – P. 1283. – Режим доступа: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1283>

⁸ Там же.

⁹ Анкерсмит Ф. Нарративная логика. Семантический анализ языка историков / пер. с англ. О. Гавришиной, А. Олейникова; под науч. ред. Л.Б. Макеевой. – М.: Идея-Пресс, 2003. – С. 169.

⁴ Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Высшее образование в России. – 2009. – № 10. – С. 110.

⁵ Мещерякова Т.В. Проблема индивидуальности в биоэтике // Системы и модели: границы интерпретаций: сборник трудов Всероссийской научной конференции с международным участием. Москва–Томск, 5-7 ноября 2008 г. – Томск: Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2008. – С. 186-197.

формируется в самых различных науках и областях знания – в астрономии, космологии, биологии, палеонтологии и других естественных науках, в философии, искусстве, религии и т. д. Значит, нельзя смешивать историческое знание и знание о прошлом в целом. Как писал Г.Г. Шпет (полемизируя с Г. Риккертом): то, «что история имеет дело с объектами определенного места и времени, вовсе не является чем-нибудь присущим одной истории как специфической науке»¹⁰. Указание на время, помещенные какого-либо события во временные рамки окажется совершенно «пустым», если не мыслить время «наполненным» (отношение данного события к другим; отношения ряда организаций, включенных в это событие, их систему и т. д.)

Время – очень важный, существенный признак исторического, но недостаточный. Необходимо рассмотреть и иные подходы к определению того, что же делает индивидуальность исторической. В частности, другим существенным понятием для истории иногда рассматривают развитие. А.С. Лаппо-Данилевский помимо прочего различие между социологией и историей рассматривает по объектам исследования: социология изучает «явления постоянно повторяющиеся, а история явления развития»¹¹. А еще раньше Г. Риккерт выделял среди признаков индивидуального – развитие: «история никогда не изображает готовых вещей, но всегда – находящиеся в движении процессы... Историческое течение событий обыкновенно-

но характеризуют как *развитие* и задачей истории признают изображение развития ее объектов»¹².

История и развитие часто употребляются как синонимы. Хотя на самом деле такие понятия, как развитие и историческое развитие, не являются тождественными. Развитие изучают биология, геология, астрономия и другие науки. Но, к примеру, биологическое развитие никак не назовешь историческим, Г. Шпет считает – в силу наличия в истории творчества и «прерывности».

Отвергнув у понятия историческое в качестве существенного признака помещенность в пространство и время, он дает следующее определение: «Историческое развитие есть не что иное, как развертывание распределяющей исторической причины, “рост” организации, дифференциация ее в новые организации, в свою очередь развертывающие себя в распределении функций и деятельности»¹³. Здесь не случайно появляется понятие «организация». Рассматривая специфику предмета истории, Г. Шпет рассматривает как бы ряд понятий, связанных с историческим: человек – социальное – организация. (Каждое следующее понятие уточняет предметную область в предыдущем.) То конкретное целое, с которым имеет дело историк, представляет собою очень сложную организацию или систему организаций, это и есть та индивидуальность, которую изучает история. Человек индивидуально до такой степени связан с социальными условиями, что вне организации он не является исторической индивидуальностью.

¹⁰ Шпет Г.Г. История как проблема логики. – Критические и методологические исследования. Материалы: в 2 ч. / под ред. Мясникова. – М.: Памятники исторической мысли, 2002. – С. 1088.

¹¹ Лаппо-Данилевский А.С. Методология истории. Ч. I–II. – СПб., 1910–1913. – С. 67.

¹² Риккерт Г. Границы естественнонаучного образования понятий. Логическое введение в исторические науки. – СПб.: Наука, 1997. – С. 340.

¹³ Шпет Г.Г. Указ. соч. – С. 1135.

Любой пациент является членом семьи, какой-либо социальной группы (школа или студенческая группа, или фирма, в которой он работает, или религиозная организация, к которой он принадлежит, и т. д.). Все это вместе взятое определяет те ценности, которые будут влиять на его взаимоотношения с врачом, на его отношение к тем или иным видам медицинского вмешательства.

У Ю. Хабермаса идея социальной обусловленности индивидуальности выражается через концепцию коммуникативных действий. Он отмечает, что не во власти человека «распоряжаться своей идентичностью так, как если бы она была его собственностью. ...Процесс индивидуальности направлен по каналам социализации и истории»¹⁴.

Итак, проводя аналогию между индивидуальностью в исторической науке и индивидуальностью в медицине (как предмет их исследования), необходимо отметить следующее. Любая индивидуальность (в том числе и человек в медицине) неделима и неразложима на составные части, обладает такими свойствами, как неповторимость, помещенность во времени (темпоральность) и развитие в социальных условиях. Сведение индивидуальности человека к какому-либо одному критерию противоречит понятию исторической индивидуальности как целостности и представляет собой механистический подход к развивающемуся организму, которым является человек. Развитие организма в целом поддерживает абсолютную идентичность в течение всего времени своего существования. Он подвергается значительным изменениям (и эти измене-

ния заложены в природе человека), но онтологически его индивидуальность не сводится к его частям (в этом смысле ему присуща неделимость и отдельность). Человек на каждой стадии своего развития – не потенциальный человек, а человек, имеющий потенциал для дальнейшего развития, даже если этот потенциал никогда не реализуется из-за преждевременной смерти или каких-то других причин.

Таким образом, в силу своей историчности индивидуальность в биоэтике должна рассматриваться как *историческая индивидуальность*, которая обладает следующими признаками: *неделимость, единственность в своем роде (неповторимость), темпоральность и развитие в социокультурных условиях*.

Индивидуальность в истории не существует вне нарратива. Поэтому не случайно и не в силу того, что нарратив стал своего рода модой в постмодернизме, в настоящее время в биоэтическом дискурсе широко применяется терминология, связанная с нарративом: в зарубежной биоэтике сформировались такие понятия, как «нарративная медицина», «нарративная компетентность», «нарративная этика».

В биоэтике нарратив стал мощной поправкой к традиционному принципализму¹⁵ в медицинской этике, который на практике не дает четкого руководства для решения моральных дилемм. Как раз нарратив предлагается в качестве одного из выходов для решения данной проблемы: «...хороший *principlist* [тот, кто занимает позицию принципализма – Т.М.] имеет нарративистские тенденции, и хороший нарративист склонен к принципализму»¹⁶. В биоэти-

¹⁵ Принципализм – направление в биоэтике, которое для принятия решения руководствуется этическими принципами.

¹⁶ McCarthy Joan. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? // British Medical

¹⁴ Хабермас Ю. Понятие индивидуальности / под общ. ред. И.Т. Фролова // О человеческом в человеке. – М., 1991. – С. 202–203.

ке сложилось понятие нарративной медицины, противопоставленное научной медицине, и соответственно понятие нарративной этики¹⁷. А отсюда появилось такое требование к врачу, как нарративная компетентность¹⁸.

«Нарративность» есть способ, посредством которого Я индивидуализируется, способ, который сплетает разнообразные, разбросанные во времени и пространстве события в единую жизненную историю. Франк Анкерсмит в рамках анализа логики нарратива в исторических исследованиях различает идентификацию и индивидуализацию и формулирует «следующее терминологическое различие: когда что-то можно обозначить с помощью идентифицирующих дескрипций, имеет место *идентификация* вещей; когда же на что-то можно однозначно указать только посредством полного перечисления всех его свойств (или атрибутов) – ... я буду использовать термин *индивидуализация*»¹⁹. Данное рассуждение побуждает иначе взглянуть на соотношение смыслов, содержащихся в этимологии слова «идентичность», этимологии, которая является, по мнению П. Рикера, источником двойственности данного понятия. Он отмечает, что в английском языке слово *identity* появилось в 17-м веке в *Journal*. – 2003. – V. 29. – P. 71 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mh.bmj.com/cgi/content/abstract/29/2/65?ijkey=d147e91922acd2f999dad0eb862a0efe4aef1ef3&keytype=tf_ipsecsha.

¹⁷ В литературе нет однозначного определения нарративной этики. Как общее в подходах к ней можно отметить главное требование – в этическом рассуждении обязательно учитывать элементы нарратива. Нарративная этика предлагается как моральная методология с ее нацеленностью на критический, герменевтический диалог.

¹⁸ Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust // JAMA. – 2001. – V. 286. – № 15, October, 17. – P. 1897–1902 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>

¹⁹ Анкерсмит Ф. Указ. соч. – С. 171.

чает, что корень слова «идентичность» складывается из двух латинских корней: «*īten*» («в высшей степени сходный», «тот же самый», «аналогичный») и «*ipse*» («самость»). Получается, что в термине «идентичность» происходит наложение друг на друга двух смыслов: устойчивость – изменчивость во времени и тождественность самому себе – инаковость²⁰. Сам термин «идентичность» побуждает рассматривать идентичность с точки зрения ее диалектики, но нельзя не учитывать и то, что термин содержит в себе определенное противоречие.

Это противоречие в контексте биоэтики заставляет обратить на себя внимание. В социальной психологии его избегают, рассматривая соотношение социальной и личной идентичности в плане их взаимодополняемости. Мы намеренно от данного деления отвлекаемся, чтобы заострить внимание на той проблеме, которая сейчас существует в биоэтике. М.К. Палат делает акцент на идентичности, сохранение которой является основной функцией памяти²¹. Мы полагаем, что в контексте биоэтических проблем необходимо акцентировать внимание на индивидуальности и ее соотношении с идентичностью. Характер некоторых проблем, изучаемых в биоэтике, показывает, что социальная и личностная идентичность вполне могут противоречить друг другу в виде конфликта идентичности и индивидуальности, который, в свою очередь, находит выражение в конфликте нарративов в медицинской практике.

Например, в американском обществе, которое не просто мультикультуральное, но с превалированием американских цен-

²⁰ Рикер П. Повествовательная идентичность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/Rik/pov_ident.php

²¹ Палат М.К. Указ. соч. – С. 60.

ностей, с настойчивой рекламой американской идентичности, различного рода социальные идентичности вступают в конфликт, а точнее – противоречащими становятся поощряемая в обществе идентичность и индивидуальность человека (пациента). Пациент, который идентифицирует себя как *американец* китайского происхождения, совсем иначе будет выстраивать отношения с врачом, чем представитель западной культуры. В западных культурах независимость индивида от социума рассматривается как ценность, а в незападных ценится включенность человека в определенную социальную группу (в первую очередь, в семью). Представления об индивидуальности человека, а соответственно, об его автономии, будут совершенно различными в разных культурах. В связи с процессами глобализации данное противоречие между навязываемой идентичностью и индивидуальностью пациента наблюдается во многих странах и становится злободневным в медицинской практике.

В связи с этим В. Кевин, один из авторов работы по проблеме создания глобальной биоэтики, пишет об опасности превращения биоэтики в форму культурного империализма²². На наш взгляд, одним из проявлений этого культурного империализма (или другими словами – продолжающегося процесса колонизации²³) является

²² Kevin W.W. Global and particular bioethics // Global Bioethics: The Collapse of Consensus. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University. – Houston, 2006. – P. 373.

²³ Уолдегрейв Чарльз. Культура, психология и постмодернизм [Электронный режим]. – Режим доступа: <http://narrlibrus.wordpress.com/2009/08/05/postmodern/>. Он пишет: «Терапия и психологические практики, которые не учитывают культурные сети смыслов, не внимательны к ним, по сути являются расистскими. Это может не осуществляться намеренно, но доминирующие ценности групп людей, контролирующих все ин-

конфликт нарративов врача и пациента как представителей разных культур, а соответственно, разных ценностей, смыслов, разного понимания способов и границ вмешательства в жизнь человека.

Существует и другой аспект конфликта нарративов, продиктованный уже культурными различиями, а результатами прогресса медицины, превращения ее в биомедицину, приобретением ею научного статуса. Для выяснения причин и сути этого конфликта и возможных путей преодоления его рассмотрим особенности и значение нарратива в медицинской практике.

Нарративы повсеместны как механизм организации человеческого опыта. ими пронизана вся наша повседневная жизнь. Й. Брокмейер и Р. Харре поэтому назвали нарратив «прозрачным» (а в этом свойстве кроется одна из причин трудности его определения). «Он представлен универсально во всем, что мы говорим, делаем, думаем и воображаем»²⁴. Рассказывание историй о прошедших случаях – это, наверное, универсальный вид человеческой деятельности, одна из первых форм дискурса, о которой люди узнают еще в детстве и которой пользуются затем на протяжении всего жизненного пути, будучи представителями самых разных культур. Когда естественное движение нашей жизни прерывается, скажем, болезнью, мы можем надолго остановиться и даже сделать шаг назад, осмысливая новый опыт. Эпизоды болезни – важные вехи в установленных нарративах о жизни пациентов. Таким образом, человек не только живет нарративно, но заболева-

ституты общества, действуют таким образом, что просто продолжают процесс колонизации».

²⁴ Брокмейер Й. Нарратив: проблемы и обещания одной альтернативной парадигмы / Й. Брокмейер, Р. Харре // Вопросы философии. – 2000. – № 3. – С. 35.

ет, поправляется или пребывает в том же самом или в значительно ухудшающемся состоянии и, наконец, умирает нарративно, имея в качестве свидетелей врачей, медсестер.

Посредством нарратива человек придает своему жизненному опыту форму и смысл, упорядочивает его темпорально и логически, можно сказать, что он самообосновывает себя. Люди конструируют прошедшие события и действия в личных нарративах, чтобы утверждать идентичности и конструировать жизнь. Нарративы – не просто набор фактов или объем информации. Они структурируют опыт восприятия, организуют память и целенаправленно выстраивают каждое событие в жизни. Частная, интимная информация переплетается с более широким контекстом жизненного опыта. Нарратив переосмысливает исходный материал, заставляя действительность предстать определенным образом.

Нарратив имеет конечную и осевую *временную* продолжительность, он имеет начало, ряд разворачивающихся событий и окончание (в медицинских нарративах – как пациента, так и врача – окончание, в большинстве случаев ожидаемое). Нарративы особенно чувствительны к временному модулю человеческого существования. Они выступают одним из главных способов организации нашего переживания времени. Время есть главное измерение человеческой жизни, а повествование всегда контролируется понятием времени и признанием того, что темпоральность первична для человеческого существования. В нарративе уделяется особенное внимание той последовательности, в которой происходят действия и события. Фиксация временных отношений посредством повествования возможна за счет ее способности выстраивать последователь-

ность событий в объединенное целое. Нарративное упорядочивание помогает постижению отдельных событий за счет обозначения целого, которому они принадлежат. Таким образом, целое индивидуального человеческого существования артикулируется как сюжет повествования, представляющий собой нечто гораздо большее, нежели простое хронологическое перечисление событий.

Нарратив предполагает и рассказчика и *слушателя*, различные точки зрения которых влияют на то, как история говорится. В медицинской практике обе роли могут выполняться и пациентом и врачом.

Нарратив *заинтересован*, прежде всего, *индивидуумами*; вместо того чтобы просто сообщить, что они делают или что сделано с ними, он касается того, как эти индивидуумы чувствуют себя и как другие люди воспринимают их. «В лечебной практике от врача требуется не решение проблем, а внимательное вникание в историю больного – историю, конечно же, дискомфорта и боли, но также историю его любви, разочарований, верности и других переживаний. Здесь нет логического перехода от предпосылок к выводу – это живая беседа, а не научный диспут. Внимание обращается скорее на то, как воспринимались события, на их личностную значимость, чем на то, насколько действительно они были необходимы. Акцент делается на случайностях, и интерпретативная задача состоит в том, чтобы объяснить, каким образом описываемые в истории больного отдаленные события могли повлиять на настоящее положение вещей. “Внимание”, следовательно, есть не просто следование сюжету истории, а осознание и осмысление его развития как написания некоторого текста, требующего совместной интер-

претации. При этом нельзя односторонне рассматривать пациента в качестве текста, а доктора – в качестве читателя. Скорее, они оба вместе являются интерпретаторами того, что случилось с пациентом и что объединило их как авторов написания истории болезни»²⁵.

В приведенной характеристике диалога врача и пациента Роналдом Карсоном описана также еще одна особенность нарратива: он «поглощает», включает слушателя, побуждая его к *интерпретации*. «Интерпретация является сердцевинной медицинской практики, ибо данная практика всегда индивидуальна. Носителем опыта выступает конкретная личность. Болезнь представляет собой эпизод в жизни пациента, а значит, история его жизни требует пересказа для того, чтобы вписать в нее новую главу с непредвиденным поворотом в развитии событий»²⁶.

Нарратив предоставляет информацию, которая не принадлежит просто и непосредственно к разворачивающимся событиям. Та же самая последовательность событий, сказанных другим человеком другой аудитории, могла бы быть представлена по-другому, не становясь «менее истинной». Другими словами можно сказать, что различных историй, которые говорят о таких сложных вещах, как, скажем, человеческая жизнь, может существовать множество. «Из исследований феномена автобиографии широко известно, что любая история жизни обычно охватывает несколько жизненных историй, которые к тому же изменяют сам ход жизни»²⁷.

²⁵ Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом // Вестник Московского университета. – Серия 7. Философия. – № 5. – 1998. – С. 41.

²⁶ Там же. – С. 36.

²⁷ Брокмейер Й. Указ. соч. – С. 46.

Й. Брокмейер и Р. Харре назвали *ошибкой репрезентации* «допущение о существовании некоей единственной, лежащей в основании нарратива истинной человеческой реальности, которая якобы и должна быть представлена в нарративном описании». Они подчеркивают, что «мы изначально имеем дело не с некоей репрезентацией, но с неким специфическим способом конструирования и установления реальности»²⁸. В этом проявляется уникальная способность нарратива не просто отражать некую последовательность событий, но открывать либо изобретать то, что может произойти. Он не просто регистрирует события, а конституирует и интерпретирует их как значимые части осмысленного целого, причем целым может быть ситуация или жизнь человека. Так нарратив задает модели трансформации или переописания реальности.

Это свойство нарратива – изменять сам ход жизни – является чрезвычайно ценным в медицинской практике. Ведь когда люди заболевают, также «заболевают» их истории; разрушаются структура нарратива и устойчивость истории. Происходит «крупнение нарратива»²⁹, оно может происходить в контексте начала новой или острой болезни или кардинальных изменений в хронической болезни, в любом случае есть разрушение: история человека, поскольку она проектировалась в будущее, сломана. «Рассказывание – это часть процесса исцеления, когда эта культурная работа успешна, нарратив устраняет разрушение: это позволяет рассказчику исправить разрушение, вплести его в ткань жизни, поместить опыт в перспективу»³⁰. Болезнь требует создания

²⁸ Там же. – С. 46–47.

²⁹ Watson S. Указ. соч.

³⁰ Там же.

новой истории, и сообщение об этой истории излечивает разрушение и создает будущее.

Нарратив должен включить болезнь в большой контекст жизни. Изучение, а затем реорганизация и реконструкция нарратива личной и социальной жизни пациента помогает создать ощущение биографической непрерывности. Очень часто в ситуации прогрессирующего рака, а тем более конца жизни, перед лицом смерти, уже не стоит задача вылечить пациента (в силу ее невыполнимости). Но остается возможность помочь больному человеку восстановить в его истории поврежденные болезнью части. И тогда можно помочь людям умирать с последовательными историями, приведя в соответствие их опыт, их прошлое, настоящее и предстоящее будущее. «Хорошая смерть – это не только управление симптомами, это – также последовательность. В наших попытках осуществить заботу мы должны спросить: Какую историю мы расскажем вместе?»³¹

Выше говорилось об ошибке репрезентации, также необходимо отметить выделенное Брокмейером и Харре *онтологическое заблуждение*, которое, как нам представляется, играет заметную роль во взаимоотношениях врача и пациента. Онтологическое заблуждение характеризуется верой в то, что «здесь существует некая реальная история, ждущая своего раскрытия, лишенная аналитической конструкции и существующая до нарративного процесса»³². Очевидно, что данное заблуждение присуще тому типу медицины, который существует и развивается в рамках научной парадигмы, и особенно ярко оно проявляется в инженерной модели взаимоотношений врача и пациента,

описанной американским врачом и философом Робертом Витчем. Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма. В медицинской практике происходит переоценка значимости аппаратно-инструментальных данных. Р. Витч отмечает, что «одно из следствий биологической революции – возникновение врача-ученого. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник. Научная традиция заключается в том, что ученый должен быть “беспристрастным”. Он должен опираться на факты, избегая всех ценностных суждений»³³. Данный подход опирается на устаревшее представление о природе научного знания. Для такого врача выбор метода лечения представляет собой техническую процедуру, на которую никак не влияют личные предпочтения и ценности врача, благо пациента (его здоровье) определяется через совокупность объективных признаков, а мнение пациента здесь не учитывается как необъективное, ненаучное. С таким подходом к пациенту как к бездушному механизму, в котором произошла поломка, нарратив пациента вообще излишен.

Абсолютно противоположный подход к пациенту диктует нарративная медицина. Нарративная медицина в зарубежной биоэтике рассматривается как модель гуманитарной и весьма эффективной медицинской практики³⁴, которая требует от медицинских работников, и прежде всего от врачей, нарративной компетентности. Под нарративной компетентностью понимается

³¹ Watson S. Указ. соч. – Р. 1286.

³² Брокмейер Й. Указ. соч – С. 35.

³³ Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 67.

³⁴ Charon R. Указ. соч. – Р. 1897.

«способность признавать, воспринимать, интерпретировать, оказывать действие на истории и тяжелые положения других»³⁵. С нарративной компетентностью врачи могут «дотянуться» до пациента и объединиться с ним в борьбе против болезни. Она создает новые возможности для почтительного, сопереживающего и заботящегося медицинского обслуживания.

Несмотря на технический прогресс медицины в области диагностики и лечения заболеваний, врачи иногда испытывают недостаток в своих силах³⁶, чтобы признать тяжелое положение их пациентов, более сочувственно относиться к тем, кто страдает, и честно и смело «присоединиться» к пациентам в борьбе с их болезнями. Ориентируясь только на научный подход (в соответствии с биомедицинской парадигмой), медицина не в состоянии одна помочь пациенту справиться с потерей здоровья или найти смысл в его страдании. Наряду с научными профессиональными способностями врачи нуждаются в способности слушать рассказы пациента, схватывать и определять их значения и быть отзывчивыми, чтобы действовать в целях защиты пациента. Это составляет нарративную компетентность, то есть компетентность, которую люди используют, чтобы принять, интерпретировать и ответить на истории. Нарративная

компетентность позволяет врачу относиться к своей медицинской практике с эмпатией, рефлексией, профессионализмом и заслуженным доверием.

Как модель медицинской практики, нарративная медицина предлагает идеал заботы и обеспечивает его концептуально, на практике же она помогает бороться за этот идеал. Можно утверждать, что нарративная медицина является моделью гуманитарной медицинской практики, ориентированной на идеал заботы об индивидуальном пациенте, на учет его уникальной исторической индивидуальности как целостности.

Нарративы в настоящее время часто появляются как остаточная форма в результате обычной клинической встречи врача и пациента. Некоторые описания симптомов появляются как фрагменты, оторванные от сложных историй жизни пациента. Например, нередко пациент в нарративе о своей болезни говорит преимущественно в терминах симптомов, на специфическом, связанном с органами тела языке «жалоб», не выражая ясно того, о чем он волнуется, из-за чего он страдает. Эти симптомы обычно маскируют более глубокие беспокойства, с которыми, может быть, пациенту справиться трудно. «Нарративы часто содержат символический или метафорический материал, который имеет значение для пациентов. Хроническая боль, например, может быть символическим способом выражения прошлого физического или сексуального насилия»³⁷. Трудное и даже, можно сказать, тяжелое осмысление скрытого смысла является важной и сложной задачей для врачей.

³⁵ Charon R. Указ. соч. – Р. 1897.

³⁶ Американские социологи, изучая медицину в 1960-х годах, наблюдали явление, названное ими «отстраненным беспокойством» врачей в медицинской практике. Это наблюдение стало нормативным предписанием, и врачи в течение нескольких десятилетий, казалось, считали отрешенность целью. Сегодня, опираясь на недавно появившееся в медицине знание нарративных дисциплин, стал обосновываться подход с «заинтересованным беспокойством», который требует дисциплинированной и устойчивой рефлексии врачей над своей практикой [Charon R. Указ. соч.].

³⁷ Fraser F.D. Literature and medicine: Exploring Margaret Atwood's short story «Death by Landscape» // Canadian Family Physician. – 2007. – V. 53. – № 8. – Р. 1280 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1280>.

О том, что нельзя историю пациента рассматривать фрагментарно, писал в своем письме И. Ильину его знакомый врач: «Каждый больной подобен некоему “живому острову”. Этот остров имеет свою историю и свою “предысторию”. Эта история не совпадает с анамнезом пациента, т. е. с тем, что ему удастся вспомнить о себе и рассказать из своего прошлого; всякий анамнез имеет свои естественные границы, он обрывается, становится неточен и проблематичен даже тогда, когда пациент *вполне* откровенен (что бывает редко) и когда он обладает хорошей памятью. Поэтому материал, доставленный анамнезом, должен быть подтвержден и пополнен из сведений, познаний, наблюдений и созерцания самого врача. Он должен совершить это посредством осторожного предположительного выпрашивания и внутреннего созерцания, но непременно в глубоком и осторожном молчании (“про себя”). Так называемая “история болезни” (*historia morbi*) есть на самом деле не что иное, как вся жизненная история самого пациента. Я должен увидеть больного *из его прошлого*; если это мне удастся, то я имею шанс найти ключ к его *настоящей* болезни и отыскать дверь к его *будущему* здоровью. Тогда его наличная болезнь предстанет предо мною, как низшая точка его жизни, от которой может начаться подъем к выздоровлению»³⁸.

В данном отрывке есть важный момент: там, где врач пишет о «внутреннем созерцании», речь идет об указанной выше ситуации «врач – собственное Я», о рефлексии врача в отношении нарратива пациента через призму собственного опыта и своего личного Я. Альтруизм, сострадание, почтительность, лояльность, смирение, храбрость и надежность стали неотъемле-

мыми чертами образа врача, который осуществляет подлинную заботу о больном. Врачи практически каждый день, погружаясь в боль, несправедливость и страдание, наблюдают храбрость пациентов, изобретательность, веру, надежду на лучшее. Рефлексирующий практикующий врач может идентифицировать и интерпретировать свои собственные эмоциональные ответы пациентам, определив смысл своей собственной жизни, он будет в состоянии дать в общении то, что необходимо больному или умирающему пациенту.

Таким образом, в плане диагноза нарратив – феноменальная форма, позволяющая понимать пациента, сочувствовать ему и т. д. Врач слушает пациента, следует за нитью рассказа и представляет ситуацию рассказчика (раскрывается, таким образом, биологическая, семейная, культурная и экзистенциальная ситуация), что в дальнейшем помогает врачу в постановке дифференциального диагноза.

Акт диагностического слушания привлекает внутренние ресурсы воспоминаний слушателя, ассоциации, любознательность, креативность, интерпретирующие возможности, ссылки на другие рассказанные этим рассказчиком истории, чтобы идентифицировать значение того, что высказано в нарративе пациента. Только тогда врач сможет услышать и попытается ответить по мере своих возможностей на вопросы в нарративе пациента: «Что не так со мной?», «Почему это случилось?» и «Что случится со мной?»

Все это позволяет врачу перейти к более знакомым ему клиническим задачам нарратива: установить терапевтический союз, чтобы:

– поставить дифференциальный диагноз;

³⁸ Ильин И. Путь к очевидности. – М., 1993 – С. 351–352.

- правильно интерпретировать физические данные и сообщения лаборатории;
- испытывать и выражать сочувствие переживаниям пациента;
- предоставить в результате пациенту эффективный уход и заботу.

Если врач не может выполнить эти нарративные задачи, то пациент не сможет рассказать целостную историю, не сможет задать самые важные вопросы о том, что пугает его. Он может быть несосредоточенным во время диагностических действий, а поэтому правильный диагноз может быть пропущен; пациент может не соблюдать назначения врача или искать мнение других специалистов (и не только специалистов), и терапевтические отношения окажутся неэффективными.

Несмотря на то что из-за экономических соображений регламентируется, сокращается время, отведенное на прием пациента, а соответственно, и время, которое врач может отвести на беседу с ним, а в силу высокой специализации медицины нарушается непрерывность клинических отношений, в медицине тем не менее вновь осознается и подтверждается важность слушания историй болезни. Поскольку практика убыстряется, то врачам тем более необходимы соответствующие методы для того, чтобы достигнуть сопереживающих и эффективных терапевтических отношений.

На практике существует (более или менее выраженный) разрыв и противоречие между биомедицинской парадигмой и нарративной медициной. Это, в свою очередь, и приводит к конфликту нарративов. Личные нарративы пациента – как устные, так и записанные в течение болезни, нелинейны, непоследовательны или даже могут быть не логичны; они беспорядочны и написаны «на ходу». А медицина имеет последова-

тельную линейную структуру истории болезни, которая получается в результате постановки диагноза пациента. Врачи обязаны выразить проблему пациента в структурированной и стандартизированной форме: например, в России это «история болезни», в Великобритании «медицинская история» и в США «клиническое делопроизводство [clerking]». В XIX веке история болезни в России носила название «скорбный лист», а скорбь – это крайнее выражение печали. Изменение названия было продиктовано стремлением медицины к большей объективности, научности, в то же время экзистенциальная смысловая нагруженность в названии данного медицинского документа исчезла.

«Мы не слышим историю пациента; мы выявляем ответы, части рассказа, соответствующие нашему выявленному диагнозу или шаблону истории, или одному из нескольких возможных шаблонов истории, которые являются отличительным дифференциальным диагнозом. Мы интерпретируем то, что люди говорят нам постольку, поскольку мы применяем нашу медицинскую систему взглядов к их историям»³⁹, – пишет от имени врачей Ш. Уотсон.

В медицине врачи берут объяснения пациентов и фильтруют их через свое понимание медицины, затем выдают их пациентам как диагнозы и планы лечения. «Общая цель доктора при клинической первой встрече состоит в том, чтобы подчинить или разрешить проблему, ища ее обоснованность. Цель пациента состоит в том, чтобы прорваться, ища помощь»⁴⁰. Врач и пациент имеют различные цели и не часто достигают действительно со-

³⁹ Watson S. Указ. соч. – P. 1284.

⁴⁰ Там же.

вместной истории. Такая взаимно «подрывающая» деятельность ведет к неудаче в конструировании совместного нарратива, в котором могло бы произойти объединение действий врача и пациента для достижения общей цели. Если совместный нарратив необходим для пациента и врача, чтобы действовать вместе, то, возможно, отсутствие совместной истории может объяснить некоторые «неудачи лечения» или «несоблюдение» пациентами назначений врача, или вообще «потерю» пациентов, которые уходят, не закончив или даже не начиная курс лечения, и дальнейшая их судьба не известна врачу.

Именно в связи с этим Б. Лоуэн писал: «Я считаю, что гораздо больше несчастных случаев происходит по вине квалифицированных врачей, которые халтурно относятся к составлению истории болезни и делают основной упор на применении технологических средств»⁴¹. Б. Лоуэн придавал большое значение умению врача выслушать пациента, он считал, что искусство слушать «является основой врачевания... И в работе врача нет ничего более сложного, чем умение слушать. И надо быть опытным слушателем, чтобы услышать невысказанное»⁴². Исследование, проведенное в Англии, показало, что 75 % информации, необходимой для правильной постановки диагноза, можно получить из истории болезни, 10 % – по результатам физического осмотра, 5 % – по данным простейших анализов, 5 % – по результатам дорогостоящих инвазивных процедур, а оставшиеся 5 % информации «поступают неизвестно каким образом»⁴³.

⁴¹ Лоуэн Б. Утерянное искусство врачевания / пер. с англ. Е. Незлобиной. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. – С. 176.

⁴² Там же. – С. 27–28.

⁴³ Там же. – С. 36.

В итоге неумение или нежелание выслушать пациента становится одной из причин диагностических ошибок.

Мы полагаем, что наблюдаемый сегодня в биоэтике поворот интереса к нарративу вполне закономерен в силу необходимости защиты индивидуальности пациента. Нарративная этика по сути своей требует от врача недопущения конфликта нарративов как в ситуации медицинской деятельности, когда вступают в противоречие научная парадигма и гуманитарная направленность врачевания, так и в ситуации несовпадения культурных ценностей врача и пациента. П.Д. Тищенко считает, что мультикультурализм биоэтики не только «расчищает социальное пространство для разумов иных культур», но «и в конечном итоге непосредственно подводит к идее инако-мыслия»⁴⁴. Мы предполагаем, что именно идея инако-мыслия становится выражением *компенсаторной функции*⁴⁵ биоэтики, выражая надежду на преодоление тех культурных, аксиологических барьеров, которые существуют при обсуждении проблем биоэтики, и тем самым несет утешение перед лицом опасности обезличивания человека⁴⁶ и бесконтрольного воздействия на него новейших биотехнологий.

Литература

Анкерсмит Ф. Нарративная логика. Семантический анализ языка историков / А. Анкерсмит;

⁴⁴ Тищенко П.Д. На границах жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. – СПб.: Изд. дом «Мир», 2011. – С. 114.

⁴⁵ Мелик-Гайказян И.В. Концептуальная модель диагностики технологий информационного общества // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. – 2010. – № 5. – С. 49.

⁴⁶ Мелик-Гайказян И.В. Диагностика memory-turn или биоэтическое измерение проблем профессионального образования // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. – 2012. – № 4. – С. 244–247.

пер. с англ. О. Гавришиной, А. Олейникова; под науч. ред. Л.Б. Макеевой. – М.: Идея-Пресс, 2003. – 360 с.

Брокмейер П. Нарратив: проблемы и обещания одной альтернативной парадигмы / Й. Брокмейер, Р. Харре // Вопросы философии. – 2000. – № 3. – С. 29–42.

Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений / Р. Витч // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 67–72.

Донских О.А. Этика долга и биоэтика: проблема социального регулирования / О.А. Донских // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – Том 5. – № 5. – С. 61–66.

Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом / Р. Карсон // Вестник Московского университета. – Серия 7. Философия. – 1998. – № 5. – С. 34–41.

Келли М. Границы ответственности пациента / М. Келли // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – Т. 5. – № 5. – С. 67–78.

Лаппо-Данилевский А.С. Методология истории. Части I–II / А.С. Лаппо-Данилевский. – СПб.: Изд-е Студенческого издательского комитета при историко-филологическом факультете С.-Петербургского университета, 1910. – 799 с.

Лоуэн Б. Утерянное искусство врачевания / Б. Лоуэн; пер. с англ. Е. Незлобиной. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. – 367 с.

Мелик-Гайказян И.В. Концептуальная модель диагностики технологий информационного общества / И.В. Мелик-Гайказян // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. – 2010. – № 5. – С. 42–51.

Мелик-Гайказян И.В. Диагностика memory-turn или биоэтическое измерение проблем профессионального образования / И.В. Мелик-Гайказян // Вестн. Томского гос. пед. ун-та. – 2012. – № 4. – С. 244–247.

Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре / Т.В. Мещерякова // Высшее образование в России. – 2009. – № 10. – С. 108–111.

Мещерякова Т.В. Проблема индивидуальности в биоэтике / Т.В. Мещерякова // Системы и модели: границы интерпретаций: сборник трудов Всероссийской научной конференции

с международным участием. Москва–Томск, 5–7 ноября 2008 г. – Томск: Изд-во Томского гос. пед. ун-та, 2008. – С. 186–197.

Палат М.К. История и память / М.К. Палат // Идеи и идеалы. – 2011. – № 4(10). – Т. 1. – С. 56–69.

Рикер П. Повествовательная идентичность / П. Рикер [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/Rik/pov_ident.php

Риккерт Г. Границы естественнонаучного образования понятий. Логическое введение в исторические науки / Г. Риккерт. – СПб.: Наука, 1997. – 532 с.

Тищенко П.Д. На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики / П.Д. Тищенко. – СПб.: Изд. дом «Мир», 2011. – 328 с.

Уолдегрейв Ч. Культура, психология и постмодернизм / Ч. Уолдегрейв [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://narrlibrus.wordpress.com/2009/08/05/postmodern/>

Хабермас Ю. Понятие индивидуальности // О человеческом в человеке / Ю. Хабермас; под общ. ред. И.Т. Фролова. – М.: Политиздат, 1991. – С. 195–206.

Шпет Г.Г. История как проблема логики. Критические и методологические исследования. Материалы: в 2 ч. / Г.Г. Шпет; под ред. Мясникова. – М.: Памятники исторической мысли, 2002. – 1168 с.

Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust / R. Charon // JAMA. – 2001. – V. 286. – № 15, October, 17. – P. 1897–1902 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>

Fraser F.D. Literature and medicine: Exploring Margaret Atwood's short story «Death by Landscape» / F.D. Fraser // Canadian Family Physician. – 2007. – V. 53. – № 8. – P. 1280–1281 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1280>.

Kevin W.W. Global and particular bioethics / W.W. Kevin // Global Bioethics: The Collapse of Consensus. Edited by H. Tristram Engelhardt, Jr. Rice University. – Houston. 2006. – P. 362–379.

McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? / J. McCarthy // *British Medical Journal*. – 2003. – V. 29. – P. 65–71 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://mh.bmj.com/cgi/content/abstract/29/2/65?ijkey=d147e91922acd2f999dad0eb862a0efe4aeef1ef3&keytype=tf_ipsecsha.

Watson S. An extraordinary moment. The healing power of stories // *Canadian Family Physician*. – 2007. – V. 53. – № 8. – P. 1283–1287 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1283>