

## ГУМАНИТАРНОЕ ПРОСТРАНСТВО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА\*

*Е.И. АВЕРКИНА*

Современная гуманитарная философская рефлексия медицины показывает, насколько вмешательство биомедицинских технологий в человеческую жизнь становится все более глубоким, навязчивым и непредсказуемым. В медицине XXI в., при всех ее неоспоримых достижениях господствует редукционизм и патоцентризм. В этих условиях усилия этиков, антропологов, психологов направлены на сохранение медициной человеческого лица. В этом состоит и один из смыслов проекта «гуманитарная медицина».

Философия медицины возвращается к пониманию медицины как врачевания, всестороннему анализу медицинской практики (Э. Пеллегрино, Д. Томасма)<sup>1</sup>. В рамках этого подхода устанавливаются смысловые различия между медициной как наукой и врачеванием как искусством; болезнью как нарушением физиологической структуры-функции и субъективным опытом переживания болезни пациентом; медиком – тем, кто переводит язык страдания на язык патологии, и врачом, тем, кто владеет искусством врачевания. Медик отвечает за то, *что* (алгоритм, схема действий) необходимо сделать, чтобы облегчить страдание пациента. Врач ответствен за то, *как* проводить лечение (процесс долгий и часто мучительный). Этот последний вопрос – как проводить лечение – заставляет нас думать о потенциально возможных действиях и обращает наше внимание на личность больного и врача, на отношения между ними<sup>2</sup>.

Смысл гуманитарной медицины состоит в фокусировке ее внимания на феномене больного человека, являющегося главной заботой медицины как врачевания. Очевидный парадокс нашего времени состоит в том, что чем более безличной становится медицина, тем более философия медицины становится субъектно-ориентированной – стремящейся осмыслить в контексте культуры и ценностей незавидную роль пациента, размышляя, в частности, о связи болезни с субъективным жизненным миром личности. Уже в начале XX в. гуманитарность с ее спектром смысловых коннотаций, восходящих, с одной стороны, к «*studia humanitatis*» эпохи Возрождения, а с другой – к наукам о духе В. Дильтея, постепенно проникала в такую область как медицина, за которой на тот момент было прочно закреплено звание естественнонаучного знания. Опыт осмысления внутреннего мира пациента в философии медицины предлагала феноменологическая философия медицины, более известная как феноменологическая психиатрия. Именно она обратила внимание на нетождественность непосредственного опыта переживания болезни и болезни как устойчивой нозологической формы, отметила тесную неразрывную связь жизненного мира пациента с окружающим его внешним

\* Работа выполнена в рамках проекта Российского гуманитарного научного фонда (РГНФ) «Концепт гуманитарной медицины: фундаментальное и прикладное», грант № 13-03-00222.

миром. Здесь же возникла идея о том, что исследование мира одного-единственного больного может пролить свет на сущность патологических изменений (Я.Х. ван ден Берг)<sup>3</sup>.

В пространстве дискурса гуманитарной медицины болезнь представляет собой экзистенциальное событие для пациента. Болезнь, больное — это особое бытие человека в мире, это патологическое бытие в мире. Очень многое для понимания специфики данного феномена, для смены установки медицины с сугубо естественнонаучной на гуманитарную сделала экзистенциально-персоналистическая (В. Вайцзеккер, М. Босс) и феноменологическая философия медицины середины XX в. (К. Ясперс, Я.Х. ван ден Берг, Л. Бинсвангер). Феноменологический подход в медицине эксплицировал смысл болезни в контексте жизненного мира конкретного человека, обратил внимание на субъективный опыт переживания болезни пациентом, его «ощущения». Американский философ и социолог, основатель феноменологической социологии Альфред Шюц говорит о по крайней мере трех направлениях, по которым идет деформация жизненного мира пациента, страдающего хроническим заболеванием<sup>4</sup>. Если у здорового человека внутренний мир синхронизирован с внешним социальным временем, то больной человек ощущает острую рассинхронность внутреннего и внешнего времени. У хронического больного время искажается, чувство времени теряется, прошлое и настоящее меняются местами, перемешиваются. Часто болезнь диктует поведение и распорядок дня. Особым статусом в восприятии болезни выступает диагноз. Часто для пациентов, которые мучительно долго ищут объяснения своим симптомам, постановка диагноза может быть облегчением, потому что снимает ощущение неизвестности, которое терзает и угнетает. Пациенту часто представляется, что его болезнь не такая как у всех, непонятна, уникальна, неопределима и соответственно — неизлечима. Постановка диагноза в данном случае есть возможность узнать врага в лицо и попытаться справиться с ним. После диагноза у болезни есть имя, определена ее локализация и задан вектор лечения, существует возможность облечения страданий. Время разделяется на время до и время после. Диагноз становится центром, вокруг которого строится повествование. Он может стать точкой отсчета новой идентичности и новой биографии.

Человек — это его отношения с миром. Отношения связаны с ощущением пространства. В ситуации болезни и боли человек не способен на те взаимоотношения, к которым привык и которые стали для него обычными и повседневными. Страдание приводит к нарушению и искажению пространственной ориентации человека. Привычные манипуляции с предметами, которые были легки и естественны, теперь сложновыполнимы. Ограничения передвижения расцениваются и переживаются очень негативно. Боль, мешающая активности, является наихудшей из болей, поскольку она означает социальную изоляцию.

В человеке, оказавшемся в ситуации хронической болезни, ни на минуту не прекращается внутренняя работа по поиску наиболее полного и адекватного языка, с помощью которого может быть описано его

переживание болезни. Язык описания также подвергается деформации, оказывается не похожим на язык повседневности, появляются новые термины. Понимание языка пациента, умение слушать и говорить с пациентом на «одной волне» оказывается одним из важнейших условий установления диалога и залогом успешной терапии. Важность этого момента отмечают многие терапевты. Это, помимо прочего, минимизирует дистанцию, формирует особую атмосферу сотрудничества и способствует процессу исцеления.

Опыт врачевания практикующих врачей-феноменологов в области психиатрии, его социокультурное значение могут быть рассмотрены как предвосхищение нового типа медицины — гуманитарной медицины. Сегодня эту традицию в западной философии медицины продолжают медицинские антропологи, феноменологи, социологи, в частности А. Клейнман, Д. Морис, Ф. Свенауэс, К. Дернер. Ими подмечено, что существует особая параллель между созданием литературных текстов и терапевтической практикой, что в ней, вновь понимаемой теперь в традиционном смысле — как забота и ответственность (греч. *teraria* — забота, служение) — для успеха лечения от врача требуется внимательное вслушивание в историю больного — историю его страданий, и просто историю его жизни. Медицина, допускающая возможность самоистолкования внутреннего мира пациента через самописание им болезненного состояния через историю, получила название нарративной медицины. Ее можно рассматривать как одну из современных практик гуманитарной медицины как врачевания. Примером может служить опыт медицинского факультета Колумбийского университета, где в ходе общения врач—пациент не просто пишется традиционная история болезни с точки зрения врача, который склонен строго придерживаться фактов, а выстраивается история личного восприятия болезни пациентом. Такая медицина представляет собой перенесение опыта филологии, герменевтики, феноменологии в область взаимоотношений врача и пациента. Целью повествовательной терапии является выяснение значения болезни в индивидуальном опыте больного, истолкования ее, помощи в поиске новых смыслов себя и заболевания для, в конечном счете, преодоления ее. Нарративная медицина полагает, что гораздо эффективнее осмыслить протекание болезни можно, если рассматривать ее как текст, требующий прочтения пациентом и доктором, постоянно сверяющимися и сравнивающими свои записи прочитанного. Выстроенное таким образом отношение врача—пациента является отношением сотрудничества, а процесс лечения начинается не с момента постановки диагноза, а с момента, когда «читатели» текста—болезни приходят к его общему пониманию<sup>5</sup>.

Очевидно, что нарративная практика врачевания, имеющая цель исцелять через смыслоизменение, наиболее востребованной оказывается в области психотерапии (семейной, стратегической и др.) Но современная ситуация указывает на возможность ее более широкого применения — прежде всего при помощи хроническим больным. Если феноменологическая медицина указывала на социальный и культурный смысл болезни (человек это мир человека), то нарративный подход в медицине еще более

индивидуализирует смысл болезни. Теперь это личный пласт переживаний, связанных с биографическими сюжетами, это личный нарратив пациента. В создаваемых пациентами историях, объясняющих хроническую болезнь, открываются практические возможности ее лечения (для лечащего врача), а «также приводить в порядок свои симптомы, сообщать информацию о них и, следовательно, символически их контролировать»<sup>6</sup> (для пациента).

На наш взгляд, подход к человеку в ситуации болезни, предлагаемый нарративными практиками, обладает рядом положительных особенностей. Во-первых, этот подход не патологизирует человека, не утверждает, что его болезнь — это проблема самого человека, что болезнь и больные тождественны. В ходе общения в рамках нарративной терапии человек освобождается от чувства ущербности, отвращения к себе как несправедливо заболевшему и может взять больше ответственности за свой выбор действий. В психотерапевтической практике нарративной терапии особенно стоит отметить метод экстернализирующих бесед (Майкл Уайт). Метод состоит в том, что пациенту предлагается объективировать его болезнь, отделить ее от себя, сделать безличной и тем самым постараться справиться с ней как с проблемой: побороть ее, или, по крайней мере, как в случае с хроническим заболеванием, заключить перемирие. Противоположный, «интернализующий метод», размещает проблему внутри пациента, отождествляет его и болезнь. «В какой-то момент в ходе экстернализирующей беседы люди начинают сознавать, что они и то, что им внушает проблема, — это не одно и то же, это не единственно правильный способ видеть себя и относиться к себе. Они начинают прислушиваться к тому, что важно для них, озвучивать намерения и ценности, противоречащие тем, что навязывает им проблема. В этот момент осуществляется переход на новую позицию: люди начинают действовать, стремясь уменьшить влияние проблемы и воплотить в жизнь то, что для них важно, оставаясь при этом на исследовательской позиции или время от времени возвращаясь к ней»<sup>7</sup>. Метафора «борьбы с болезнью» очень актуальна в рамках нарративной практики врачевания.

В ходе коммуникации в рамках повествовательной медицины врач и пациент совместно конструируют историю жизни, проясняют установки, смыслы, жизненные ориентации пациента. В этом пространстве диалога открываются неизвестные события в личности пациента, неожиданные оценки сложившейся ситуации. Они могут служить основанием для альтернативной позитивной позиции по отношению к протекающей болезни, точкой отсчета в создании новой идентичности и новой биографии.

Особое внимание в нарративных практиках медицины уделяется созданию сообщества — людей разделяющих мнение пациента о своей новой идентичности. Этим людей может объединять опыт решения подобной проблемы, или опыт озабоченности ее решением. Важно, чтобы обратившийся за помощью не оказался одинок в своем страдании, чтобы поддержка малой группы была действенной, а страдания разделенными. Тогда сообщество общающихся, взаимодействующих людей превраща-

ется в гуманитарное пространство взаимопомощи. В качестве иллюстрации тезиса можно привести историю, рассказанную американским психотерапевтом Милтоном Эриксоном (1901 – 1980), страдающим с 17 лет полиомиелитом (в данном случае это важно).

На курсе проходил обучение студент Сэм, который стал «излишне замкнутым и чрезвычайно чувствительным» после того, как он потерял ногу в автокатастрофе. Однажды утром профессор договорился с несколькими другими студентами помочь ему заблокировать лифт, и когда они со студентами, среди которых был и Сэм, остановились у лифта, лифт не работал. Время шло, их ждали на верхнем этаже в конференц-зале. Обращаясь к Сэму, профессор сказал: «Что с твоим пальцем, Сэм? Нажми кнопку лифта».

Сэм сказал: «Я уже пробовал»...

Профессор: «Может, твой палец настолько слаб, что тебе стоит использовать два пальца».

Сэм: «Я и это пробовал, но этот чертов привратник хочет спустить вниз все свои ведра и швабры и, наверное, держит двери лифта открытыми».

Никто не двигался с места. Все ждали лифт... Наконец, в пять минут восьмого профессор повернулся к студенту с протезом ноги и сказал: «Давайте-ка мы, калеки, поковыляем наверх и оставим лифт для здоровых людей».

Комментарий самого Эриксона: «Мы, калеки» принялись ковылять вверх по лестнице. Здоровые ждали лифта. К концу этого часа этот студент снова обрел новую идентичность. Он принадлежал к профессиональной группе «Мы, калеки». Я был профессором, у меня была больная нога. Он идентифицировался со мной, я – с ним. Оказывается, «калеки» могут делать то, чего не могут делать здоровые<sup>8</sup>. Кстати и сам М. Эриксон, будучи необычайно позитивным и открытым жизни человеком, может служить примером того, как необходимо писать и переписывать свою историю жизни, наделяя позитивным смыслом то, что другие переживают как несчастье.

В нарративной терапии изменено отношение врача к пациенту. Взгляд врача – это взгляд *любящего*, а в медицине научной (клинической) этот взгляд – взгляд *оценивающего*. Врачу с позиций нарративной медицины оказывается интересна история болезни с точки зрения самого пациента – его собственный реальный опыт переживания себя-в-болезни. Оказывается, именно это – быть выслушанным, понятым – жизненно важно для пациента, и для его исцеления, и в целом самоидентификации. Пациент хотел бы, чтобы врач был для него тем, кто был бы способен «долго слушать, так долго, сколько понадобилось бы для того, чтобы самому понять, чего ему не хватает и что он должен делать»<sup>9</sup>. Врач необходим больному человеку, поскольку он может «помочь найти смысл неожиданного для нас поворота событий, объяснить нам наш опыт болезни»<sup>10</sup>. Врач для достижения наилучшего эффекта лечения должен знать о пациенте не только то, что непосредственно касается биохимического значения болезни. Такие сообщения, как «Я чуть не умер, узнав о предварительном

диагнозе», могут многое сказать врачу о психоэмоциональном состоянии пациента, повлиять на ход общения и исцеления.

Совместно сконструированная интерпретация болезни предопределяет выбор вариантов лечения, каждый из которых связан с соответствующими моральными факторами. Нарративная терапия — это всегда и этика, полагающая ответственность в лечении и врача, и пациента. Ответственность врача состоит в том, что врач должен выступить для пациента Другим в диалоге с ним. Смысл опыта болезни — потенциально бесконечен, но актуализироваться он может только соприкоснувшись со смыслом Другого (в данном случае — смыслом врача). Врач, полноценный участник диалога, побуждая пациента рассказывать свои истории, каждый раз по-разному интегрирует болезнь в проект его жизни. Выступая со-нарратором, со-автором в созидании новой идентичности пациента врач, естественно, несет за нее ответственность. Нарративная этика заставляет врача проверять и пересматривать свои действия в контексте ценностей и взаимоотношений, которые эти действия порождают. Этика врача становится этикой заботы, этикой сотрудничества.

Во взаимоотношениях врача и пациента этический компонент должен быть дополнен эмпатическим. Нарративная этика предполагает сочувствие и сострадание участников коммуникации. Понимание страдания, со-участие в нем само по себе несет исцеление. Отсутствие сочувствия и отзывчивого воображения у медицинских работников ведет к выхолащиванию этических кодексов и норм<sup>11</sup>. Нарративную этику можно расширить за попытку уйти от нормативной этики сверху (биомедицинской этики) и дополнить ее этикой снизу (пациентской этикой). В современной биомедицине получила распространение этика, которая в своем либеральном варианте представляет собой принципализм. Принципы биомедицинской этики, спускаемые «сверху вниз», как бы угодливо предлагают врачу «просто делай, и ни о чем не задумывайся». Однако нарративная этика — это этика, предполагающая и ответственность пациента. Пациент *сам* в результате нарративной практики становится экспертом в области своей собственной жизни и активно приспосабливает терапию к своим желаниям. Аристотель, говоря о знании в «Никомаховой этике» выделял такую его составляющую как фронесис (*phronesis*) — рассудительность. Это знание, по мысли Аристотеля, представляет собой житейскую человеческую мудрость, природный и в то же время развитый ум, умудренность, разумность. «Рассудительностью необходимо является [душевный] склад, причастный суждению, истинный и предполагающий поступки, касающиеся человеческих благ»<sup>12</sup>. Аристотель полагал «рассудительность» истинным причастным суждению складом, предполагающим поступки, касающиеся блага и зла для человека. Однако долгое время считалось, что в медицине только врач имеет право судить о том, что есть благо для пациента, поскольку он профессионал и должен исходить из благих побуждений по отношению к пациенту. Это положение нашло отражение в одном из фундаментальных принципов медицинской этики, а потом и биомедицинской этики «Делай благо». Однако с расширением прав пациентов, возможностью иметь им собственный

голос и право выбора, современная медицина наконец-то закрепила за пациентами, а лучше сказать, вернула пациенту право на рассудительность, т.е. право «быть способным разуместь, в чем их собственное благо и в чем благо человека»<sup>13</sup>. Максимальная сконцентрированность на интересах конкретной личности нарративной этики требует отнести ее к типу казуальной этики — этики случая, где моральный выбор обосновывается ссылкой на уже состоявшееся и признанное верным решение в предшествующем случае. Принципы уважения личности пациента и информированного согласия, традиционные для биомедицинской этики в этом случае предельно усиливаются и абсолютизируются.

Ценность нарративного подхода в медицине состоит в попытке преодоления господствующего редукционизма в существующей медицине, как теории, так и практике. Преувеличенное внимание к конкретному, уникальному внутреннему миру пациента оказывается оправданным в ситуации, когда биомедицина нивелирует личность до биохимических формул. При новом подходе пациент фигурирует уже не в качестве пассивного объекта медицинской помощи, а как действующее лицо с собственными стратегиями.

Прочтение медицины сквозь призму нарратива наполняет медицину гуманитарным смыслом. Интегральная, синтетическая, холистическая медицина в основе своей гуманитарна, поскольку рассматривает человека как целостное единство — тела и души, социума и культуры, науки и искусства. Между нарративизмом и рациональностью в медицине не может быть дихотомии. Через их взаимодействие меняется качество самой научной рациональности, она приобретает неклассический и постнеклассический вид. В медицинском дискурсе о болезни должна быть соблюдена мера рационального (научного, фундаментального) и нерационального (обыденного, нарративного, прикладного). Медицина невозможна без объективности в традиционном смысле, но с другой стороны, она не должна забывать и о ценностном подходе, ибо человек не машина, не механизм. Таким образом, медицина есть поле полилога гуманитарных и естественных наук, есть фокус междисциплинарности и трансдисциплинарности, так характерной для постметафизического мышления, которое, уходя от дихотомии «или — или», приходит к констатации «и — и». В сегодняшней обращенности медицины к гуманитарному знанию: истории, филологии, этике, аксиологии, по-видимому, проявляется ее озабоченность происходящими в ней процессами «исчезновения» пациента, превращения его в объект манипулирования, контроля, подчинения (М. Фуко, Ю. Хабермас). Гуманитарная медицина в этом случае выступает как образ желаемого будущего — истинной медициной человека.

#### ПРИМЕЧАНИЯ

<sup>1</sup> См.: *Pellegrino E., Thomasma, D. A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy and ethic of the healing profession.* — Oxford: Oxford University Press, 1981.

<sup>2</sup> См.: *Карсон Р.* Становление диалога между доктором и пациентом // *Вест. Моск. ун-та. Серия 7. Философия.* 1998. № 5. С. 34 — 41.

- <sup>3</sup> См.: *Власова О.А.* Философские проблемы феноменологической психиатрии. – Курск: Курский гос. ун-т, 2007. С. 176.
- <sup>4</sup> См. *Аронсон П.Я.* Социальная интеракция и социальные сети в ситуации болезни: дис. ... канд. соц. наук. – СПб., 2007. С. 35.
- <sup>5</sup> См.: *Карсон Р.* Становление диалога между доктором и пациентом // Вест. Моск. ун-та. Серия 7. Философия. 1998. № 5. С. 40
- <sup>6</sup> *Kleinman A.* The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. – NY: Basic Books, 1988. P. 48.
- <sup>7</sup> *Уайт М.* Карты нарративной памяти. Введение в нарративную терапию. – М.: Генезис, 2010. С. 42.
- <sup>8</sup> *Эрон Д.Б., Лунд Т.У.* Нарративные решения в краткосрочной терапии. – М., 2011.
- <sup>9</sup> *Дернер К.* Хороший доктор. – М.: Алетейя, 2006. С. 73 – 74.
- <sup>10</sup> *Карсон Р.* Становление диалога между доктором и пациентом. С. 37.
- <sup>11</sup> Там же. С. 41.
- <sup>12</sup> *Аристотель.* Этика. – М.: АСТ; Астрель, 2011. С. 163.
- <sup>13</sup> Там же. С. 163.

## REFERENCES

- Aristotel'.* Etika. Moscow: AST; Astrel', 2011.
- Aronson P.Ya.* Sotsialnaya interaktsiya i sotsialnye seti v situatsii bolezni. Sankt-Petersburg, 2007.
- Derner K.* Khoroshiy doktor. Moscow: Aleteja, 2006.
- Eron D.B., Lund T.U.* Narrativnye resheniya v kratkosrochnoy terapii. Moscow, 2011.
- Karson R.* Stanovlenie dialoga mezhdru doktorom i patsientom. Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 7. Filosoфиya. 1998. № 5.
- Kleinman A.* The Illness Narratives. Suffering, Healing, And Human Condition. New York: Basic Books, 1988.
- Pellegrino E. and Thomasma D.* A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy a. ethic of the healing profession. Oxford: Oxford University Press, 1981.
- Uayt M.* Karty narrativnoy pamyati. Vvedenie v narrativnyuyu terapiyu. Moscow: Genезis, 2010.
- Vlasova O.A.* Filosoфskie problemy fenomenologicheskoy psikhiiatrii. Kursk: Kurskij gosudarstvennyj universitet, 2007.

## Аннотация

В статье рассматривается проблема гуманитарного смысла и гуманитарных практик в медицине. Осмысляется опыт нарративной медицины по преодолению патоцентрической биомедицинской парадигмы. Значимость пациентского нарратива для врача определяется возможностью проникновения с его помощью в жизненный мир страдающего человека. Гуманитарная медицина является прообразом интегральной холистической медицины будущего.

**Ключевые слова:** гуманитарная медицина, нарративная медицина, пациент, болезнь, врачевание, нарративная этика, биомедицинская этика, забота, ответственность.

## Summary

The article considers the problem of humanitarian meaning, and humanitarian practices in medicine. It analyses the experience of narrative medicine on overcoming the pathocentric of biomedical paradigm. The importance of «patient's narrative» is determined by the possibility of deeper insight into in life of the suffering person. Humanitarian medicine is the forerunner of integrated holistic medicine of future.

**Keywords:** humanities-oriented medicine, narrative medicine, patient, illness, healing, narrative ethics, biomedical ethics, caring, responsible.