

11. Ицковиц Г. Тройная спираль. Университеты – предприятия – государство. Инновации в действии. Томск: Изд-во ТУСУР, 2010. 238 с.
12. Мелик-Гайказян М.В. Границы аттракций в образовательном пространстве // Высшее образование в России. 2009. № 9. С. 102–106.
13. Мелик-Гайказян М.В., Мелик-Гайказян И.В. Аттрактивный менеджмент: методологические принципы управления символизмом целей. Томск: Изд-во ТГПУ, 2012. 160 с.
14. Дарендорф Р. Элементы теории социального конфликта // Социс. 1994. № 5. С. 142–147.
15. Мелик-Гайказян И.В. Диагностика memory-turn, или Биоэтическое измерение проблем профессионального образования // Вестник Томского гос. пед. ун-та. 2012. № 4. С. 244–247.

MELIK-GAYKAZYAN M.V. MANIPULATION WITH CULTURAL MEMORY AS AN UNPLANNED RESULT OF MANAGEMENT OF SOCIAL TECHNOLOGIES IN KNOWLEDGE SOCIETY

Basing on the studies of semiotic mechanisms of management conducted in the context of information-synergetic approach and basing on the conception of memory-turn the article clarifies the unplanned result of management in a sphere of social technologies – manipulation with cultural memory. The obtained result was supported by the RFBR (the project № 10-06-00313).

Key words: manipulation with memory, memory-turn, information-synergetic approach, problems of management in education modernization, education as a social technology.

**Т.В. МЕЩЕРЯКОВА, доцент
Сибирский государственный
медицинский университет**

**Формирование нарративной
компетентности
у будущего врача**

В статье обосновывается необходимость формирования у будущих врачей нарративной компетенции как одного из проявлений компенсаторной функции биоэтики в медицинской практике. Данный результат получен при решении задачи обоснования особенностей и функций медицинского нарратива в рамках выполнения гранта РГНФ № 12-03-00198 «Биоэтика как форма самосознания современной культуры», также представлены отдельные результаты выполнения проекта РФФИ № 10-06-00313.

Ключевые слова: биоэтика, memory turn, нарративная этика, нарративная компетентность врача.

Начиная с XIX столетия теория и практика медицины основываются на биомедицинской модели. Казалось бы, медицина наконец-то обрела тот статус научности, которого ей так недоставало в прошлом. Однако, с другой стороны, начиная с 60-х годов XX в. к биомедицине было предъявлено множество разнообразных претензий, среди которых наиболее существенные указывают на утерю медициной самой сути своего подхода к пациенту. Бернард Лоун, врач-кардиолог, лауреат Нобелевской пре-

мии, назвал это настоящим кризисом профессии: «Исцеление подменили лечением, уход – бесстрастным выполнением обязанностей, а умение слушать – технологическими процедурами. Врач больше не занимается личностью больного, а лишь “ремонтирует” отдельные, неправильно работающие части биологической системы. При этом душевное состояние пациента чаще всего не учитывается» [1, с. 11]. В своей книге «Утерянное искусство врачевания» он говорит о том, как важно врачу «понять

уникальность каждого пациента и научиться выработать индивидуальный подход к лечению» [Там же]. Между тем сверхспециализация и технизация медицины привели к обезличиванию пациента и нивелированию его индивидуальности.

Биоэтика возникла как форма защиты индивидуальности в современной культуре [2] и явилась тем выражением *metamorphosis* [3; 4], который возвращает культуру к памяти, и, в частности, к памяти пациента, отраженной в его нарративе, к внимательному и бережному отношению к запечатленной в нарративе пациента памяти о себе, своей жизни, страданиях, вызванных болезнью. Одним из проявлений защиты биоэтикой индивидуальности пациента явилось появление и развитие на Западе нарративной медицины и этики, так как именно в нарративе пациент предстает в исторически развертываемом событии и переживании, и именно в нарративной идентичности реализуется его индивидуальность. 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 так называемым «заинтересованным беспокойством», который требует дисциплинированной и устойчивой рефлексии врачей над практикой [5]. Однако чтобы признать тяжелое положение своих пациентов, более сочувственно относиться к тем, кто страдает, честно и смело «присоединиться» к пациентам в борьбе с их болезнями, у врачей не всегда хватает сил. Ориентируясь только на научный подход в соответствии с биомедицинской парадигмой, медицина не в состоянии помочь пациенту справиться с потерей здоровья. Наряду с научными профессиональными

способностями, врач должен обладать способностью слушать рассказы пациента, схватывать и определять их значения, быть отзывчивым, чтобы действовать в целях его защиты. Это и составляет *нарративную компетентность*, которая позволяет врачу относиться к своей медицинской практике с рефлексией, а к пациенту – с эмпатией и заслуженным доверием. С нарративной компетентностью врачи могут «дотануться» до пациента и объединиться с ним в борьбе против болезни. Она создает новые возможности для почтительного, сопереживающего и заботящегося медицинского обслуживания. Таким образом, под нарративной компетентностью понимается «способность признавать, воспринимать, интерпретировать, оказывать действие на истории и тяжелое положение других» [5].

Как модель медицинской практики нарративная медицина выдвигает идеал *заботы* и помогает бороться за этот идеал, предлагая средства для понимания личных связей между пациентом и врачом, для осознания коллективами врачей их профессиональных ценностей и для диалога медицины с обществом, которое она обслуживает. Нарративная медицина не является некоей новой специальностью, она представляет собой новую систему отсчета для клинической деятельности, призванную дать врачам навыки и методы для более



полного понимания ситуации, в которой оказался единственный в своем роде человек. Можно сказать, что логико-научное познание в лице внешнего наблюдателя производит или постигает воспроизводимое и генерализируемое явление, а нарративное познание ведет к пониманию «локального» и «особенного» одним из его участников. Логико-научное познание стремится получить универсальную истину, поэтому выходит за пределы специфического; нарративное познание стремится постичь истину, выявляя и показывая уникальное.

Нацеленность нарративного познания на индивидуальное можно зафиксировать в функциях нарратива, которые мы выделяем, опираясь на работы Т. Гринхальт и Б. Хурвица [6], Т. Уилкса [7], С. Уотсон [8]. При анализе статей данных авторов можно проследить следующие функции нарратива пациента в *диагностическом* процессе:

- 1) помогает пациентам выражать свои переживания, свое плохое состояние, утрату здоровья;
- 2) позволяет врачу обратиться к экзистенциальным переживаниям типа страха, отчаяния, надежды, печали и моральной боли, которые часто сопровождают, а могут даже составлять суть болезни человека;
- 3) обеспечивает врачу точку отсчета, которая помогает приблизиться к проблемам пациента *целостно* и раскрыть диагностические варианты;
- 4) поощряет проявлять сочувствие и способствует взаимопониманию между врачом и пациентом;
- 5) учитывает значение и смысл конструирования;
- 6) снабжает врача полезными аналитическими средствами и категориями.

Интерпретирующая функция у данных авторов специально не выделяется. Однако она характерна для любого нарратива, в том числе, мы считаем, и для медицинского. Интерпретирующая функция является

центральной для медицинской практики, ведь она, по сути, объединяет все предыдущие; некоторые из рассмотренных выше функций являются ее гранями, отдельными моментами. Сбор анамнеза, как часть истории болезни, – это интерпретирующий акт.

Понятие интерпретации (процесс распознавания смысла) является ключевым для лингвистов, философов, но оно незнакомо врачам. Клиническая медицина, по сути, разделяет свои методы познания с историей и другими гуманитарными дисциплинами, но, подчеркнем, в отличие от них она явно не осознает свой интерпретирующий характер и более озабочена соблюдением стандарта научности.

Нарративы в клинической практике часто появляются как остаточная форма от обычной встречи врача и пациента. Например, пациент в разговоре о своей болезни нередко говорит преимущественно в терминах симптомов, на специфическом, связанном с органами тела, языке «жалоб», не выражая ясно того, что его волнует «на самом деле», из-за чего он страдает. Симптомы обычно маскируют более глубокие беспокойства, с которыми, может быть, пациенту справиться трудно. Осмысление скрытого смысла и является главной задачей врача.

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» [9, с. 351–352].

В данном отрывке есть важный момент: там, где врач пишет о «внутреннем созерцании», речь идет о рефлексии врача в отношении нарратива пациента через призму собственного опыта и своего личного Я. Альтруизм, сострадание, почтительность, лояльность, смирение и надежность стали неотъемлемыми чертами образа врача, который осуществляет подлинную заботу о больном. Врачи практически каждый день, погружаясь в боль, несправедливость и страдание, наблюдают храбрость пациентов, их изобретательность, веру, надежду на лучшее. Рефлексирующий 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 – это феноменальная форма, позволяющая понимать пациента, сочувствовать ему и т.д. Врач слушает пациента, следует за нитью рассказа, представляет и раскрывает биологическую, семейную, культурную, экзистенциальную ситуацию рассказчика, что в дальнейшем помогает ему в постановке дифференциального диагноза.

В *терапевтическом* процессе нарратив

играет центральную роль в силу того, что он использует слова, которые выявляют нарушенный порядок в жизни пациента и сопутствующие этому тревоги. Тем самым он помогает найти способ управления хаосом болезни, что в конечном счете позволяет врачу перейти к более знакомым ему клиническим задачам (решение которых помогает установить терапевтический союз):

- поставить дифференциальный диагноз;
- правильно интерпретировать физические данные и сообщения лаборатории;
- в результате предоставить пациенту эффективный уход и заботу.

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

Сегодня из-за экономических соображений регламентируется и сокращается время, отведенное на прием пациента, а соответственно, и время, которое врач может отвести на беседу с ним, к тому же в силу высокой специализации медицины нарушается непрерывность клинических отношений. Вместе с тем в современной медицине вновь осознается и утверждается важность слушания историй болезни. В США в 60-е годы прошлого века с целью гуманизации медицины появилось междисциплинарное интеллектуальное течение *literature and medicine*, идеологи которого утверждали, что обществу необходим всесторонне образованный врач, воспринимающий каждого пациента как личность со своими мыслями и чувствами. Для расширения экзистенциального опыта врача и осознания

им многомерности страдания очень важной оказалась такая функция нарратива, как субъективизация. «Суть этой субъективизации состоит в том, чтобы сделать нас открытыми для гипотетического, для сферы актуальных и возможных перспектив, образующих реальную жизнь интерпретирующего сознания» [10, с. 41]. Пониманию того, что сознание хотя бы иногда может перешагнуть свои собственные границы, что оно может «прочитывать» смыслы как возможные варианты действий и способствовать выбору необходимого действия, помогает обращение к литературе.

На практике в настоящее время имеет место более или менее выраженный разрыв и противоречие между биомедицинской парадигмой и нарративной медициной. Личные нарративы пациента, как устные, так и записанные в истории болезни, нелинейны, непоследовательны и могут быть даже нелогичны; они беспорядочны и написаны «на ходу». А «академическая» медицина имеет последовательную линейную структуру истории болезни, которая конструируется после постановки диагноза. Врачи обязаны выразить здесь проблему пациента в структурированной и стандартизированной форме. Для этого они берут объяснения пациента, фильтруют их через свое понимание медицины, а затем выдают ему как диагноз, так и план лечения. «Общая цель доктора при клинической первой встрече состоит в том, чтобы подчинить или разрешить проблему, ища её обоснованность. Цель пациента состоит в том, чтобы прорваться, ища помощь», — пишет С. Уотсон [8]. Врач и пациент имеют разные цели и не часто достигают действительно совместной истории, что ведет к неудаче в конструировании совместного нарратива, в котором могло бы произойти объединение их действий для достижения общей цели. Возможно, именно отсутствие такой совместной истории объясняет некоторые «неудачи лечения», «несоблюдение» пациентами назначений врача и даже «потерю» пациента, который

уходит, не закончив или даже не начав курс лечения.

Врачам жизненно необходимо овладение нарративной компетенцией, навыками работы с нарративами как специфическими методами, позволяющими достичь сопереживающих и эффективных терапевтических отношений. Так, по мнению Б. Лоуэна, «в работе врача нет ничего более сложного, чем умение слушать. И надо быть опытным слушателем, чтобы услышать невысказанное» [1, с. 27–28]. 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» [1, с. 36]. Поэтому неумение или нежелание выслушать пациента становится одной из главных причин диагностических ошибок.

В заключение подчеркнем: нарратив является важной формой самопознания, самовыражения и самообоснования индивидуальности пациента, что тесно связано с необходимостью предоставления пациенту значимой для него информации и выполнения на практике принципа добровольного информированного согласия. Как комплекс вербальных практик, он содержит в себе объяснение пациентом того, что с ним произошло, своей болезни, своих желаний, своего выбора того или иного медицинского вмешательства или отказа от медицинских манипуляций. По сути, в нарративе пациент обосновывает свои права и границы вмешательства в свое здоровье.

Внимание биоэтики к нарративу и появление нарративной этики в современной медицине являются естественным следствием «поворота» к пациенту, учета его индивидуальности, особенностей его личности. Поэтому в подготовке медицинских работников нужно специально обращать внима-

ние на формирование нарративной компетентности будущего врача. При этом способность воспринимать и порождать нарративы не появится как «стихийный» результат всего процесса обучения. Не решат задачу ее формирования и занятия по биоэтике (которую проходят на первых курсах лечебных факультетов), поскольку полученные на них знания (об автономии пациента, о добровольном информированном согласии и т.д.) зачастую не находят подкрепления в клинических дисциплинах на более старших курсах. Поэтому сегодня требуется понимание важности *целенаправленного формирования нарративной компетентности* в процессе медицинского образования.

Литература

1. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. М. КРОН-ПРЕСС. 1998. 367 с.
2. Мещерякова Т.В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Высшее образование в России. 2009. № 10. С. 108–111.
3. Мелик-Гайказян И.В. Memory turn: архитектура биоэтики как диагностика нового поворота философии // Вестник Томского гос. ун-та. Сер. «Философия. Социология. Политология». 2012. № 4. С. 165–179.
4. Мелик-Гайказян И. В. Диагностика memory turn, или Биоэтическое измерение проблем профессионального образования // Вестник Томского гос. пед. ун-та. 2012. № 4. С. 244–247.
5. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust // JAMA. 2001. V. 286. № 15, October, 17. P. 1897–1902.
6. Greenhalgh T., Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? // British Medical Journal. 1999. V. 318. P. 49.
7. Wilks T. Social Work and Narrative Ethics // British Journal of Social Work. 2005. V. 35. № 8.
8. Watson S. An extraordinary moment. The healing power of stories // Canadian Family Physician. 2007. V. 53. № 8. P. 1249. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949243/>
9. Ильин И. Путь к очевидности. М.: Республика. 1993. 432 с.
10. Брокмейер Й., Харфе Р. Нарратив: проблемы и обещания одной альтернативной парадигмы // Вопросы философии. 2000. № 3. С. 29–42.

MESCHERYAKOVA T.V. FORMATION OF NARRATIVE COMPETENCE OF A FUTURE DOCTOR

In the article the author substantiates the necessity of formation of a narrative competence for future doctors. This competence should be considered as one of the manifestations of bioethics' compensatory functions in medical practice. The given result has been obtained within the bounds of RFH grant № 12-03-00198 «Bioethics as a Form of Self-consciousness of Modern Culture» project. Also some results of the RFBR project № 10-06-00313 «Attractive Management: Methodological Principles of Managing Complex Systems' Dynamics» are presented.

Key words: bioethics, memory turn, narrative ethics, doctor's narrative competence.

