

Нарративный подход как способ преодоления коммуникативных затруднений в геномной медицине

© С.В. Лаврентьева

Институт философии РАН, Москва, 109240, Россия

Проанализирован нарративный подход в качестве инструмента для преодоления коммуникативных затруднений в генетической консультации. На основании классификации иллокутивных актов Дж.Р. Серля указаны особенности коммуникативных затруднений в генетической консультации, и показано, как соответствующая настройка некоторых элементов нарративного подхода может помочь выстроить индивидуальную историю пациента и вовлечь его в процесс собственного лечения.

Ключевые слова: нарративный подход, коммуникация в медицине, речевые акты

Цель данной статьи — показать, как нарративный подход может помочь преодолеть коммуникативные затруднения, характерные для геномной медицины. В первую очередь отметим особенности нарративного подхода в медицине, ориентируясь на взгляды Риты Шэрон и Артура Франка.

Рита Шэрон — теоретик нарративной модели медицины, кроме того, она проводила семинары, целью которых было научить врачебный персонал анализировать тексты и писать нарративы. Данные наработки в дальнейшем стали основой для практик нарративной медицины [1, с. 146]. Шэрон указывает на важность нарратива, отмечая, что внимательность к нему сделает диагностику более точной и также поможет врачу вовлечь пациента в процесс лечения. Врач не только анализирует нарратив с точки зрения медицинской логики, но и подходит к истории пациента как литературный критик, анализируя особенности речи, умолчания и невербальные сигналы.

В книге «Раненый рассказчик» Артур Франк описывает затруднения человека, узнавшего о диагнозе тяжелой болезни. Опираясь в том числе на собственный опыт, Франк указывает на особенности выстраивания нарратива о болезни врачом и пациентом и на важность создания собственной истории пациента в противовес медицинской истории болезни. Если у заболевшего отсутствуют возможности и инструменты для того, чтобы адаптировать информацию о собственном заболевании как части своей истории, то врачебные рекомендации будут восприниматься как нечто внешнее и чуждое, что в значительной степени скажется на его участии в собственном лечении [2, pp. 54–56].

И Франк, и Шэрон отмечают, что работа с пациентским нарративом может помочь индивидуализировать историю конкретной болезни и конкретного пациента.

Проанализируем применимость таких элементов нарративной модели медицины, как работа с нарративом пациента, вовлечение его в процесс лечения, выстраивание индивидуальной истории болезни, в качестве инструментов для преодоления коммуникативных затруднений в генетической консультации. Нарративный подход применим для устранения препятствий в диалоге врача и пациента, имеющих в большинстве стандартных медицинских практик. Но также есть некоторые предпосылки, характерные только для геномной медицины, которые, с одной стороны, делают нарративный подход более актуальным именно для генетической консультации, а с другой — требуют особой его настройки.

Рассмотрим особенности генетической консультации на фоне стандартных обстоятельств постановки и информирования о диагнозе.

Пациентский нарратив передает опыт боли и страдания, существующий до рассказа. Проблема уже распознана пациентом как медицинская, и задача врача состоит в том, чтобы подвести данный феноменальный опыт пациента под известные ему категории.

Подобные стандартные ситуации постановки и оглашения диагноза можно реконструировать, опираясь на классификацию иллокутивных актов Дж.Р. Серля. Серль отмечает классы высказываний, которые отличает приспособление высказывания (направление приспособления) к реальному положению дел (слова — реальность). Таковыми, например, являются репрезентативы: «Смысл, или цель, членов класса репрезентативов — в том, чтобы зафиксировать (в различной степени) ответственность говорящего за сообщение о некотором положении дел, за истинность выражаемого суждения» [3]. Утверждение врачом диагноза можно отнести к классу репрезентативов. В процессе утверждения диагноза врач ориентируется на симптомы и рассказ пациента и, обладая должной компетенцией, соотносит эти факторы с известным заболеванием. Как отмечает Серль, коммуникативные акты класса репрезентативов можно оценивать по шкале истина — ложь [3].

Это мнение разделял Т. Парсонс, который отмечал, что только врач, обладая соответствующей компетенцией, может легитимировать пациента в роли больного [4], а человек, находящийся в роли больного, должен подчиняться режиму, предписанному компетентным врачом. Врач исключает случаи, когда рассказ пациента (кроме симулянтов) не соответствует реальному положению дел.

Итак, реконструируя стандартные ситуации постановки диагноза, можно отметить, что в них существует возможность оценки выска-

званий врача (истинные или ложные), а также именно врач несет полную ответственность за точность диагностики и является ключевой фигурой в конструировании истории болезни пациента.

Несколько иначе обстоит ситуация в случае информирования пациента о генетическом заболевании. Обычно при выявлении генетической мутации нарратив будет сосредоточен не только и не столько на том, что чувствует пациент в данный момент, но на том, что он может почувствовать. Нарратив врача-генетика будет касаться именно возможных рисков. К данной ситуации уже нерелевантно описанное Серлем направление приспособления высказывания к реальному положению дел. Врач повествует о возможном будущем, и пока оно не наступило, нельзя установить истинностные значения высказываний врача, в то время как в стандартных случаях знание значения пропозиции помогает понять, как возможно установить ее истинность или ложность. Таким образом, в геномной медицине врач не может претендовать на знание истины, потому что он говорит не об актуальном, а о возможном положении дел. Это проблема контрфактических высказываний [5]. Информировав о диагнозе генетического заболевания, которое возможно протекало бессимптомно, врач может быть знаком с исследованиями, в которых описываются те или иные проявления генетической мутации, и даже сам мог встречать подобные случаи в своей практике. Однако врач может не обладать достаточной долей уверенности в том, что генетическое заболевание проявится так же, как и обычно, или (как случается в некоторых случаях) проявится вообще, т. е. индукция оказывается недостаточной. Таким образом, геномный нарратив лежит на перекрестье проблем, связанных с проблемой истинности контрфактических высказываний, из-за чего в медицинское знание вписываются высказывания, лишенные в отличие от других пропозиций истинностной оценки.

Возникает вопрос: поможет ли обращение к рассказу пациента разрешить затруднения в подобных ситуациях? Следуя логике Шэррон и Франка, можно сосредоточиться на выстраивании индивидуальной опоры на нарратив пациента. Но при ориентации лишь на пациентский нарратив есть вероятность возникновения ряда проблем. Серль отмечает типы высказываний, в которых нет направления ответственности, — экспрессивы. Речевые акты класса экспрессивов выражают психологическое состояние говорящего в условиях его искренности. Серль отмечает, что, будучи лишенными направления приспособления, экспрессивы по умолчанию предполагаются истинностными. Рассказ пациента о своих ощущениях как раз подходит под данный класс. Невозможно точно узнать, больно человеку или нет, если он сам об этом не говорит. По Серлю, экспрессив, который по умолчанию является искренним, не может быть оценен по шкале

истина — ложь [3]. Человек может сказать, что ему больно, и врач, со своей стороны, не зная точного диагноза, не всегда может установить истинно ли данное высказывание или нет. В условиях же генетической консультации, когда высказывание самого врача о будущих рисках несет не так много смысла, данная особенность пациентского нарратива будет значительно сказываться на взаимоотношениях с врачом.

Итак, если в стандартной нарративной парадигме врач предлагает пациенту осуществить феноменологическую редукцию, то в парадигме геномной медицины пациент должен выстроить ориентацию в возможных вариациях будущего. Таким образом, получаемая информация не помещается только в одну конкретную концептуальную схему существующей медицинской парадигмы, а то, что испытывает человек, не подводится под категории. При этом врач должен постоянно соотносить возможную картину будущего с актуальным нарративом пациента. Так, врач не только получает больше шансов поставить правильный диагноз, но и облегчает состояние пациента, ведь он становится героем собственной истории. Кроме того, в ситуации, когда в ходе генетической консультации врач сосредоточивает внимание не на том, что чувствует пациент в данный момент, а именно на том, что он, вероятно, еще почувствует, можно увидеть основания для того, чтобы врач формировал историю болезни вместе с пациентом. Врач должен корректировать описания будущих событий, ориентируясь на нарратив пациента.

Надо отметить, что сотрудничество врача и пациента и выстраивание индивидуальной истории болезни в условиях генетической консультации оказывается важным не только в свете рассмотренных выше коммуникативных затруднений. Также необходимо обратить внимание и на то, что связанный с генетическим заболеванием нарратив часто имеет отношение к тематике рода и семейных отношений. Пациенту приходится формулировать свою историю не только в кабинете врача, но и в кругу родственников (часть которых также могут оказаться носителями генетической мутации).

Врач может помочь сформулировать индивидуальную историю пациента и, уже опираясь на нее, представить некий ориентационный комплекс, необходимость которого для пациента с генетическим заболеванием существеннее, чем просто прагматическая оценка его состояния. Задачей данного ориентационного комплекса будет являться создание для пациента вспомогательных инструментов коммуникации с возможностями высказывания и действия. Данный инструментарий, с одной стороны, позволит пациенту выражать свои интересы и следовать собственным целям как в новом для него контексте, связанном с современными достижениями биотехнологии, так и в се-

мейном кругу. С другой стороны, данный комплекс поможет врачу и пациенту выстроить картину возможного будущего в практиках определения генетических рисков у человека, который, вероятно, считает себя здоровым и не ощущает каких-либо признаков болезни.

Статья подготовлена при финансовой поддержке РНФ в рамках проекта № 18-78-10132 «Коммуникативный контур биомедицинских технологий (на примере геномной медицины)».

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Лехциер В.Л. *Болезнь: опыт, нарратив, надежда: очерк социальных и гуманитарных исследований медицины*. Вильнюс, Logvino literaturos namai, 2018, 312 с.
- [2] Frank A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago, London, The University of Chicago Press, 1997, 231 p.
- [3] Серль Дж.Р. Классификация иллокутивных актов. *Новое в зарубежной лингвистике, вып. 17. Теория речевых актов*. Москва, Прогресс, 1986, с. 170–195.
- [4] Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank memorial fund quarterly*, 1975, no. 53, pp. 257–278.
- [5] Никифоров А.Л. Условные контрфактические высказывания. *Логос*, 2009, № 2, с. 84–95.

Статья поступила в редакцию 25.02.2020

Ссылку на эту статью просим оформлять следующим образом:

Лаврентьева С.В. Нарративный подход как способ преодоления коммуникативных затруднений в геномной медицине. *Гуманитарный вестник*, 2020, вып. 1. <http://dx.doi.org/10.18698/2306-8477-2020-1-646>

Лаврентьева Софья Всеволодовна — младший научный сотрудник Института философии РАН. e-mail: sonnig89@gmail.com, sophie@iph.ras.ru

Narrative medicine approach as a way to overcome communicative difficulties in genomic medicine

© S.V. Lavrentyeva

Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences, Moscow, 109240, Russia

The paper analyzes the narrative approach as a tool for overcoming communication difficulties in genetic counseling. The features of communication difficulties in genetic counseling are determined on the basis of J.R. Searle's classification of illocutionary acts and it is shown how the appropriate adjustment of some elements of the narrative approach can help to build an individual patient's story and involve him in the process of his own treatment.

Keywords: *narrative approach, communication in medicine, speech act*

REFERENCES

- [1] Lekhtsier V.L. *Bolezn: opyt, narrativ, nadezhda: ocherk sotsialnykh i gumanitarnykh issledovaniy meditsiny* [Illness: experience, narrative, hope: an essay on social and humanitarian studies of medicine]. Vilnius, Logvino literaturos namai Publ., 2018, 312 p.
- [2] Frank A. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago; London, The University of Chicago Press Publ., 1997, 231 p.
- [3] Searle J.R. A Classification of illocutionary acts. *Language in Society*. Cambridge University Press Publ., vol. 5, no. 1, 1976 [In Russ.: Searle J.R. Klassifikatsiya illokutivnykh aktov. In: *Novoye v zarubezhnoy lingvistike*. vol. 17: Teoriya rechevykh aktov. Moscow, Progress Publ., 1986, pp. 170–195].
- [4] Parsons T. *Milbank memorial fund quarterly*. 1975, no. 53 (3), pp. 257–278.
- [5] Nikiforov A.L. *Logos — The Logos Journal*, 2009, no. 2 (70), pp. 84–95.

Lavrentyeva S.V., Senior Researcher, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. e-mail: sonnig89@gmail.com, sophie@iph.ras.ru