

УДК 101.1+316.37

Т.В. Мещерякова

MEMORY-TURN, ИЛИ ВОЗВРАТ К УТЕРЯННОМУ*

Обосновывается наличие memory-turn в биоэтике и актуальность учета его в медицинской практике.

Ключевые слова: темпоральный поворот, биоэтика, memory-turn, нарративная этика, индивидуальность, автономия пациента.

Темпоральный поворот в философии XX в., идущий от Хайдеггера, связан с тем, что философия в разработке онтологических оснований обнаруживает время не просто как признание конечности бытия, его временности, а в самом понятийном каркасе онтологических положений обнаруживает пласт темпоральных определений. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре [1] явилась своего рода реакцией на темпоральный поворот в философии. Время в биоэтике имеет особое значение. Связано это с тем, что биоэтика проблематизирует начало и конец жизни человека, которая всегда имеет временные границы, временное измерение. Практически почти все проблемы, которые она призвана решать, требуют для своего разрешения ответа на вопрос: что такое человек? В биоэтике значимо определение временных пределов человеческого существования в единстве со смысловыми. Единства в определении этих смысловых и временных границ в определении сущности человека сегодня в биоэтике не существует. Основным пунктом расхождения в способах разрешения этических проблем биомедицины лежат различия в представлениях о сущности индивидуальности человека [2]. Преодоление этих расхождений мы видим на пути понимания индивидуальности как целостности, в виде *исторической индивидуальности* как понятия, фиксирующего вариативность личной биографии человека, живущего в конкретной культуре.

Способ, посредством которого Я индивидуализируется, есть «нарративность», это способ, который сплетает разнообразные, разбросанные во времени и пространстве события в единую жизненную историю. Нарративы, особенно чувствительные к временному модусу человеческого существования, выступающие одним из главных способов организации нашего переживания времени, стали объектом исследования и в биоэтике, прежде всего такие разновидности их, как нарративы пациента и врача. Поэтому одним из способов тематизации времени в биоэтике является нарративная этика. Ее главное требование – в этическом рассуждении обязательно учитывать элементы narra-

* Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ № 12-03-00198 «Биоэтика как форма самосознания современной культуры», а также гранта РФФИ, проект № 10-06-00313 «Аттрактивный менеджмент: методологические принципы управления динамикой сложных систем».

тива [3]. Нарративная этика предлагается как моральная методология с ее нацеленностью на критический, герменевтический диалог врача с пациентом.

Исторический контекст биоэтики явно прослеживается и при анализе индивидуальности, и при рассмотрении нарратива как формы самообоснования индивидуальности пациента во взаимоотношениях с врачом. Но «история» – термин весьма многозначный, неизбежно возникает вопрос: какой вид истории воплощается в нарративе пациента и в нарративе врача? Они значительно отличаются друг от друга. 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 последовательную 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», а 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.

Разобраться с видами истории, отраженными в нарративах врача и пациента, помогла статья М.К. Палата «История и память» [4], в которой автор четко провел различие между историей и памятью. А впервые установленная И.В. Мелик-Гайказян траектория *memory-turn* (на основе концептуальной модели, раскрывающей информационные механизмы семиотической динамики социокультурных систем) [5. С. 246], позволила по-новому осознать и актуализировать некоторые проблемные поля биоэтики. По сути *memory-turn* – это новая траектория темпорального поворота, указывающая на «необходимость нового уровня философской актуализации ситуации, в которой становятся невостребованными ценности культуры, хранимые в ее памяти» [5. С. 246]. В биоэтике можно выделить два типа таких ситуаций, когда возникают проблемы при игнорировании ценностей культуры («ненаследственной памяти» культуры) во взаимоотношениях врача и пациента.

Первый тип проблемных ситуаций возникает при игнорировании врачом нарратива пациента. Происходит это зачастую вследствие противоречия научной парадигмы биомедицины гуманитарной направленности врачевания. М.К. Палат отмечает, что «история и память являются разными способами построения прошлого» [4. С. 56]. Это четко видно на нарративах врача и пациента. Даже терминология указывает на их различие, о чем указывалось выше, следует еще добавить, что терминологически прямо есть указание на нарратив пациента, как на воспоминание: беседуя с пациентом, врачи «собирают анамнез» (т.е. буквально «собирают воспоминания»). Пациенты истории не пишут, и главное отличие памяти от истории заключается в том, что «память – это прошлое, которое ощущается как вечное настоящее» [4. С. 58], история же творится, а не происходит. В биомедицине существует тенденция к нивелированию памяти пациента (его переживаний болезни, страданий, тех ценностей, которыми живет человек), для биомедицины важны объективные

данные, полученные строго научными методами при помощи сложнейших биомедицинских технологий. Пациент – профан, поэтому его мнение (его ценности) не должны учитываться, они только могут помешать врачу в его строго научной деятельности. Тем самым не учитывается индивидуальность пациента. Поэтому нарративная этика нацелена на сохранение этой памяти как средства учета и защиты индивидуальности пациента. Смещение истории и памяти, подмена одного другим или игнорирование (прежде всего памяти пациента) с позиции нарративной этики недопустимо.

Второй тип проблемных ситуаций связан с реализацией принципа уважения автономии пациента. Здесь игнорирование «ненаследственной памяти» культуры может привести к нарушению автономии, к неуважению личности пациента, что, в свою очередь, делает неэффективным терапевтический процесс. То, как реализуется автономия в действительности, зависит от традиции, культуры, к которой принадлежит человек, от той системы ценностей, которой он придерживается. Здесь встает проблема социокультурной обусловленности индивидуальности пациента.

Существует достаточно много определений автономии пациента. В биоэтике стоит задача выработки такого определения, которое охватывало бы не только культурные и индивидуальные особенности, но и было бы нацелено на главное – сохранение социальной идентичности человека. Автономия представляет собой инструмент для выделения и сохранения идентичности, поэтому для врача уместным является не вопрос: «Как Вы хотите осуществить свою автономию?», а вопрос: «Как Вы определяете себя?». Тем самым цель врача не в том, чтобы просто сообщить информацию (информирование пациента – один из центральных моментов в принципе уважения автономии пациента), а в том, чтобы помочь пациенту самоопределиться в своем выборе. Тем более, что информирование пациента еще не гарантирует ему реализацию автономии. Информацию пациенту можно сообщить таким образом, что он примет выбор, который сделал врач. Или врач может сказать: «Я всегда уважаю решения пациента, но только в том случае, если эти решения разумны и находятся в пределах моих патерналистских границ». В обеих ситуациях ни о какой настоящей автономии не может идти речи. Таким образом, реальная практика может сделать весьма проблематичным реализацию принципа уважения автономии пациента.

Этическая теория (в виде четырех принципов: ненанесения вреда, благодеяния, справедливости и уважения автономии пациента) дает руководство врачу в его практической деятельности, но она не обеспечивает достаточную помощь в принятии решений для индивидуального случая. Например, Дж. Фриман (США) отмечает, что как врач он понимает ограниченность своего представления о качестве жизни других людей. Он старается уважать индивидуальность пациента и его семьи, но уважение не помогает ему в принятии решения. Уважать пациента означает уважать его выбор и согласие на определенный вид лечения, но его согласие – обычно уступка, которая базируется на информации, предоставленной ему врачом. «Эта информация содержит все наши высказанные и невысказанные предубеждения, незначительные предубеждения в словах, которые мы (возможно, неосторожно) выбрали, типа “тяжелый”, а также используемый нами в обсуждении язык те-

ла ... Сообщение правды – это мое сообщение правды, завуалированное моей “менее сильной” обязанностью сказать всю правду» [6. Р. 618].

Стандартное определение принципа уважения автономии пациента впервые предложили американские биоэтики Т. Бичамп и Д. Чилдресс. В негативной форме они его формулируют следующим образом: автономные действия не должны подвергаться контролирующим ограничениям, другими словами, ни один человек как человеческая личность не имеет права и не должен иметь власти над другими людьми [7. С. 23]. Отсюда вытекают связанные с автономией права – право на свободу и право на невмешательство. Характерная черта принципа уважения автономии пациента – избегать контролирующих ограничений, включая ложь и принуждение. Есть у принципа и позитивное требование: в области биомедицинских исследований и в здравоохранении он утверждает обязанность уважительного отношения к пациенту, при этом в процессе раскрытия информации врач должен благоприятствовать автономному принятию решения. Другими словами, принцип уважения автономии пациента является не только формой признания его личности, его моральной уникальности, но и формой реализации этой уникальности, т.е. формой реализации его индивидуальности.

Проблемы, возникающие при реализации автономии на практике, и неудовлетворенность чрезмерно индивидуалистической трактовкой автономии в американской биоэтике (в здравоохранении это оборачивается такой крайностью, как сведение взаимоотношений врача и пациента к простому предоставлению услуг, т.е. к клиентским отношениям) привели к созданию различных концепций автономии.

Когда человек осуществляет автономию, он самоопределяется и делает выбор не в контекстно-свободном, концептуальном вакууме, но осознает себя как индивидуальность через межличностные связи в обществе. Ю. Хабермас называет их коммуникативными связями, он пишет: «Индивидуальное Я возникает исключительно на социальном пути проявления вовне и может *стабилизироваться* только в сети исправно действующих отношений взаимного признания».

Зависимость от Другого объясняет и ранимость Одного Другим. Личность в ее отношениях с другими личностями подвержена неисчислимым ранам, от которых нет защиты и на которые она, развивая свою идентичность и сохраняя свою целостность, просто обречена... Автономия – это скорее давшееся с большим трудом достижение конечных существ, способных обрести что-то похожее на “силу” лишь с учетом своей физической уязвимости и социальной зависимости» [8. С. 46].

Каждый человек играет в жизни много ролей и тем самым берет на себя обязанности в различных отношениях. В частности, во взгляде пациента на свою собственную идентичность в традиционных (незападных) культурах большую роль играют семейные традиции, а чем более сильны семейные связи, тем более сильно влияние «семейной идентичности» на индивидуальность пациента. Проследим отношение автономии и индивидуальности на примере работы М.К. Алпертунги [9], в которой проведен сравнительный анализ понимания автономии и индивидуальности в западных и незападных культурах (на примере Турции). Автор подчеркивает различие типов культур и семей.

Именно семья, культура и жизненный опыт влияют на людей по мере их развития, личные ценности появляются не в вакууме. Он выделяет два типа культур: индивидуалистические и коллективистические, а на уровне индивидуальности применяет психологические термины идиоцентризм и аллоцентризм. Аллоцентристы стремятся самоопределяться, ориентируясь на социальные объекты, они часто усваивают нормы круга лиц с общими интересами и действуют в соответствии с этими интересами и ожиданиями окружающих. В коллективистских культурах наибольшее различие – между кругом лиц с общими интересами и другими группами, а в индивидуалистических культурах – между Я и другими. Структура мотивации аллоцентриста связана с восприимчивостью других, с регулированием потребностей и сдержанностью собственных желаний, а у идиоцентриста – с внутренними потребностями, индивидуальными правами и способностью противостоять социальному давлению. При этом поведение людей в коллективистской культуре более предсказуемо, чем в индивидуалистической.

Биполярная, одномерная концептуализация этих двух культур рассматривает автономию и встроенность в социальные отношения как конфликтные и считает индивидуализацию необходимой для развития автономии. Такое представление подразумевает, что тот, кто находится в зависимости, не может быть автономным. М.К. Алпертунга отстаивает другой подход. Есть два независимых измерения: *межличностное расстояние*, которое касается отдельности и связанности, и *агентство*, которое касается автономии и зависимости. Поскольку эти два измерения независимы друг от друга, то возможна комбинация автономии и связанности. «Автономно-связанное Я» особенно распространено в городском контексте.

М.К. Алпертунга описывает три модели семьи: взаимозависимая, независимая и эмоционально взаимозависимая. Они дифференцированы согласно эмоциональным и материальным измерениям. Классическая модель большой семьи в сельских традиционных обществах характеризуется материальной и эмоциональной взаимозависимостью. Нуклеарная семья индустриальных городских и пригородных культур, относящаяся к среднему классу, характеризуется независимостью. Эмоционально взаимозависимая модель семьи, которую, скорее всего, можно обнаружить в более развитых регионах мира, характеризуется эмоциональной взаимозависимостью и материальной независимостью.

Так как культура Турции разнообразна и отражает переход от сельскохозяйственного к урбанизированному, промышленно развитому обществу, в ней встречаются все модели семьи. В то же время остается существенной тенденция к традиционной исламской культуре, поэтому семейственность и коллективизм остаются ведущими турецкими ценностями. С другой стороны, социальные изменения ведут к преобразованию традиционного общества, есть различия между сельской и городской турецкой культурой, а в целом наблюдается «интеграция коллективистских и индивидуалистических ценностей, описанных как «индивидуалистическая самореализация с коллективистской лояльностью групп» [9. Р. 629].

Традиционная турецкая культура содержит патерналистские ценности. «Проявлять уважение к старшим, любовь к молодым» – эти слова часто зву-

чат. Старик – лидер сообщества, и муж – руководитель семьи. Иерархию уважения и повиновения от основания до верха и любви и сострадания от вершины до низа считают идеалом. Иерархия в семье существует между родителями и детьми, а также между старшими и младшими детьми. В сельских районах все еще существуют большие семьи трех или более поколений. Если старый сельский житель без страхования здоровья нуждается в дорогом лечении, то поле, принадлежащее семье, должно быть продано. Такое решение может быть критическим и для пациента, и для остальной части семьи. При некоторых обстоятельствах практически семья, а не пациент, принимает решение. Если бы семья решила не продавать поле, решение пациента не имело бы смысла. Некоторые старые и неграмотные люди зависят от своих детей. Если сын считает ситуацию «безнадежной», пациента никогда не возьмут в больницу. Аналогично, решение о долгосрочной заботе о пациенте практически принадлежит семье в большинстве обстоятельств. Помещение старого человека в частный санаторий редко; вместо этого о пациенте заботятся дома. Бессмысленно исключать из процесса принятия медицинского решения людей, которые практически принимают решения. Семья к тому же может облегчить связь с пациентом.

Привлечение членов семьи также дает шанс узнать обстановку в семье и возможность медицинскому персоналу понять, есть ли притеснение пациента. Зависимость от племенной культуры может иметь отрицательный эффект, ведь близкие отношения не обязательно означают гармонию. В данной ситуации пациент, имеющий подобную зависимость, конечно, не имеет автономии. В то же время врач не имеет такой обязанности – заставлять пациентов изменить свой образ жизни, представления о мире или свои ценности. Его задача – защитить пациента, и в таких условиях на первом месте должен стоять принцип благодеяния. С другой стороны, вовлеченность семьи создает условия контроля и защиты пациента уже от притеснения медперсонала.

В Турции существуют различные типы самовосприятия личности, следовательно, есть место для патерналистских и непатерналистских моделей взаимоотношений врача и пациента. Поэтому применимость принципа уважения автономии пациента автор ставит в зависимость от интерпретации автономии. Показав сильную зависимость индивидуальности от культурного контекста, М.К. Алпертунга, по сути, не предлагает каких-то принципиально новых интерпретаций или видов автономии. На деле, где главенствуют коллективистские ценности, там нет места иной модели взаимоотношений врача и пациента, кроме патерналистской.

Мы остановились так подробно на турецком примере, потому что современное турецкое общество представляет собою один из образцов «напластования» культур, особенно в городской среде, где заметно влияние западной культуры. Молодежь уезжает в города, и традиционное уже не срабатывает, человек в своей вариативности начинает комбинировать свой опыт либо вообще отказываться от своего прошлого и делает этот выбор вполне самостоятельно. Подобно тому как в свое время беспокойство о своем будущем, о его неопределенности породило футурологию, так беспокойство о прошлом, которое становится также неопределенным, породило биоэтику. Биоэтика знаменует собою *memory-turn*, как возврат к прошлому, которое еще сохрани-

лось в памяти и настойчиво требует своей актуализации, как возврат к утерянному в практике врачевания.

Литература

1. Мецерыкова Т. В. Биоэтика как форма защиты индивидуальности в современной культуре // Высшее образование в России. 2009. № 10. С. 108–111.
2. Мецерыкова 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, 2008. С. 186–197.
3. Мецерыкова Т. В. Медицинский нарратив в биоэтике как критерий учета индивидуальности пациента // Вестник Том. гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2010. Вып. 5. С. 66–72.
4. Палат М. К. История и память // Идеи и идеалы. 2011. № 4(10). Т. 1. С. 56–69.
5. Мелик-Гайказян И. В. Диагностика мемогу-турн, или Биоэтическое измерение проблем профессионального образования // Вестник Том. гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2012. Вып. 4. С. 244–247.
6. Freeman J. M. Ethical theory and medical ethics: a personal perspective // Journal of Medical Ethics. 2006. V. 32. P. 617–618. [Электронный ресурс]. – URL: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/32/10/617>
7. Бартко А. Н., Михайловска-Карлова Е. П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2: Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. М., 1999. 225 с.
8. Хабермас Ю. Будущее человеческой природы / Пер. с нем. М., 2002. 144 с.
9. Alpertunga M. K. Applicability of the principle of respect for autonomy: the perspective of Turkey // Journal of Medical Ethics. 2007. V. 33. P. 627–630. [Электронный ресурс]. – URL: <http://jme.bmj.com/cgi/content/full/33/11/627>