

## УЯЗВЛЁННАЯ САМОСТЬ И РАСЧЛЕНЁННАЯ ПЛОТЬ: АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ СМЫСЛ КОММУНИКАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

**П. Д. Тищенко**

Институт философии РАН, Москва, Россия  
pavel.tishchenko@yandex.ru

Исследование выполнено при финансовой поддержке  
Российского научного фонда в рамках проекта № 18-78-10132

В статье анализируются коммуникативные дисфункции между пациентами, генетиками-консультантами и врачами в практиках медико-генетического консультирования. Несмотря на очевидную полезность генетических рекомендаций для консультируемого и членов его семьи, а также факт оплаты им услуги консультирования, он (консультируемый) этим рекомендациям часто не следует, подвергая и свою жизнь, и жизнь близких опасности. Как понять эту странность? В качестве виртуального участия в гибридном форуме, обсуждаются два казуса из практики генетического консультирования, которые, при существенном сходстве ситуации, отличаются друг от друга наличием или отсутствием доверия пациентов к научному знанию и экспертным суждениям генетика консультанта. В целях теоретического истолкования поставленной проблемы вводится предположение о *самости* как коммуникативной дисфункции, которая диагностируется в различных ценностных координатах либо как некомплаентность (*noncompliance*) в директивных моделях консультирования, либо как отказ от сотрудничества (*nonadherence*) в недирективных. Если же учесть, что в основе медицины как культурной практики лежит чувство солидарности перед лицом телесного страдания, то в этом плане странное, контрпродуктивное поведение пациента может указывать на наличие глубоких проблем в основах современной социальности. Предлагается формулировка нарративного императива.

**Ключевые слова:** биоэтика, гибридный форум, коммуникативная дисфункция, комплаентность, уязвлённая самость, расчленённая плоть, множественное тело, коммуникация с одним языком.

# THE WOUNDED SELF AND THE DISMEMBERED FLESH: ANTHROPOLOGICAL SENSE OF COMMUNICATION DYSFUNCTIONS

**Pavel D. Tishchenko**

Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences,  
Moscow, Russian Federation  
pavel.tishchenko@yandex.ru

The article analyzes communication dysfunctions between patients, consulting geneticists and doctors in the practice of medical genetic counseling. Despite the obvious usefulness of genetic advice for the counseled and their family members, as well as the fact that patients pay for counseling services, they (the counseled) often do not follow these recommendations, putting both their own lives and the lives of the loved ones at risk. How to understand this oddity? As a virtual participation in a hybrid forum, two cases from the practice of genetic counseling are discussed, which, with a significant similarity of the situation, differ from each other in the presence or absence of patient confidence in the scientific knowledge and expert judgments of the geneticist. In order to theoretically interpret the problem posed, an assumption is introduced about the self as a communication dysfunction, which is diagnosed in various value coordinates either as noncompliance in directive models of counseling, or as nonadherence in non-directive ones. If we consider that medicine as a cultural practice is based on a sense of solidarity in the face of bodily suffering, then, in this regard, the patient's strange, counterproductive behavior may indicate the presence of deep problems in the foundations of modern sociality. The formulation of the narrative imperative is proposed.

**Keywords:** bioethics, hybrid forum, communicative dysfunction, compliance, wounded self, dismembered flesh, multiple body, communication with one language.

DOI 10.23951/2312-7899-2021-3-176-194

## Введение

Проблема, которая в данной статье маркируется как *коммуникативная дисфункция*, первоначально, в рамках патерналистских моделей врачевания была опознана как *странность* в поведении пациентов, отказывающихся *подчиняться* назначениям врачей и, тем самым, по мнению последних, причиняющим вред самим себе и, возможно, другим людям. Был предложен термин *некомплаентность пациента*

(patient noncompliance) для обозначения этой странности [Sackett 1976]. Кризис патерналистских моделей врачевания, приведший к формированию социальной роли активного, защищающего свою автономию пациента, создал предпосылку для переосмысления подобного рода коммуникативной дисфункции в категориях его (активного пациента) отказа от *сотрудничества* с врачом (nonadherence). В настоящее время это понятие носит нормативный характер. Оно вошло в официальные международные документы. В докладе ВОЗ 2003 года отмечается: «Терапевтическая эффективность определяется одновременно эффективностью действующего агента и степенью сотрудничества с ним пациента. Несмотря на доступность эффективных методов лечения, отказ пациента от сотрудничества (nonadherence) остаётся проблемой во всех терапевтических областях» [WHO 2003, 136].

Учитывая, что в современной эклектично организованной культуре сосуществует труднообозримое многообразие целительских практик, помимо доминирующей западной медицины, то причиной коммуникативной дисфункции может стать отказ от участия в конкретном, с культурологической точки зрения, типе медицинских коммуникаций. Таковую форму дисфункциональных отношений, основанных на рассогласовании «камертонов» истины, буду в рамках этой статьи называть *отчуждением*, означающим позицию по ту сторону границы свой-чужой.

Примером может служить поведение пациента, прекращающего хомеотерапию и уходящего от врача к знахарю.

Таковы, в данном рассуждении, три основные формы, объединяемых мной общим термином «коммуникативных дисфункций», смысла которых, в качестве того, что названо в этой статье *уязвлённой самостью* и *расчленинной плотью*, предполагается обсудить в контексте проблем генетического консультирования. Для более предметного обсуждения поставленной проблемы приму виртуальное участие в «гибридном форуме», посвященном обсуждению казуса из практики генетического консультирования, представленного междисциплинарной группой отечественных учёных.

### **Гибридный форум и казус двух детей, страдающих синдромом Элерса – Данло**

Гибридным форумом называется *один из* вариантов социальных технологий демократически организованного меж- и трансдисци-

плинарного обсуждения и менеджмента сложных и неопределённых социотехнологических ситуаций. Аналогичную роль играют этические комитеты и комиссии в биоэтике. Идея форума хорошо согласуется с методологией социогуманитарной экспертизы [Гребенщикова 2018]. Попытка использовать технологию гибридного форума для осмысления проблем коммуникативных дисфункций в медико-генетическом консультировании была предпринята группой, включавшей генетика, социолога и антрополога [Румянцева и др. 2019, 35] для обсуждения казусов, представленных генетиком-консультантом В. А. Румянцевой. Воспроизведу её свидетельство, сопроводив его своим комментарием: «У меня наблюдаются 2 ребёнка, практически одного возраста, мальчик Е. и девочка С. с кифосколиотическим типом синдрома Элерса – Данло (наследственная дисплазия соединительной ткани). Таких детей родители обычно приводят к нам (генетикам) по направлению невролога или педиатра, чтобы разобраться с диагнозом и назначить лечение» [Румянцева и др. 2019, 35].

Здесь уместно сделать пометку, забегая несколько вперёд в обсуждении темы. В высокоспециализированной и фрагментированной структуре современного здравоохранения *направления, рекомендации и назначения* являются важными операторами горизонтальных (внутри одного институционального уровня) и вертикальных (между иерархически подчинёнными уровнями управления) практик *маршрутизации* пациентов, которые вынуждены решать свои проблемы *транзитом*, передвигаясь *между* специалистами, от одного к другому [Шевченко и др. 2019]. Решая проблемы своей *страдающей плоти*, пациенты, получив направление одного специалиста, *обращаются* к другому и, тем самым, как бы *сшивают* дисциплинарно и институционально разобщённые медицинские практики в более или менее работающие сетевые структуры. *Плоть*, расчленённая фасетчатым дисциплинарным взглядом врачей-специалистов на многообразии *тел*, исцеляется (приобретает контингентную связанность) в биографическом маршруте конкретного пациента. *Обращаемость* пациентов за медико-генетическим консультированием, их спрос на подобного рода услуги является условием возникновения коммуникативной системы врач-пациент.

«Этих пациентов привели на консультацию с разницей в один месяц. У обоих была тяжёлая мышечная гипотония с рождения, приводящая к задержке моторного развития и нарушению осанки. В обеих семьях это первый ребенок, молодые родители (до 30 лет), не имеющие никаких хронических заболеваний, профессиональных

вредностей, семьи из Москвы, ведут правильный образ жизни» [Румянцева и др. 2019, 36]. Важно отметить, что генетик не просто *описывает* социальную среду, в которой разворачиваются представляемые казусы, но *конструирует* её, указывая на существенные с медико-генетической точки зрения средовые факторы, которые могли бы повлиять на поведение членов семьи (образ жизни, возраст и др.).

Следующим шагом изолирования является исключение из коммуникаций памяти – предшествующего опыта семей. Отмечается: «В обеих семьях не было никаких инвалидизирующих заболеваний у родственников, тем более случаев наследственных заболеваний (следует отметить, что в целом рождение ребенка с рецессивным заболеванием у здоровых родителей часто оказывается совершенно неожиданным для всей семьи)» [Румянцева и др. 2019, 36].

За счёт исключения факторов внешней среды возникает возможность рассматривать и обсуждать ситуацию коммуникативных дисфункций как бы в «чистом виде», ограничиваясь коммуникациями врач–пациент. Без подобного рода изоляции причины различий в реакции на ситуацию генетического заболевания пришлось бы искать ещё и за рамками данного, достаточно узкого информационного канала.

Вычленив в своём повествовании ситуацию в чистом виде, генетик задаёт её биологическую структуру (то, что ниже будет отнесено к категории «болезни»), ориентируясь на которую, оценивается поведение пациентов. «После проведения генетического исследования подтвердилось, что дети имеют редкое рецессивное заболевание, вызываемое одной и той же гомозиготной мутацией, а родители в обеих семьях – здоровые носители одной и той же, только гетерозиготной мутации. Мутация, вызвавшая заболевание у детей, встречается крайне редко: 1:250 000 населения, в России всего 11 таких пациентов, в мире описано около 30 таких детей» [Румянцева и др. 2019, 37].

Это общая характеристика ситуации, в которой оказались две молодые семьи, столкнувшиеся с проблемой рождения ребёнка с тяжелой генетической патологией. Сразу следует отметить, что работа с членами семьи проводилась одним и тем же генетиком, который использовал одинаковые схемы консультирования и передавал родителям практически одну и ту же, с медико-генетической точки зрения, информацию. Рассказ генетика создаёт структурированный мир обсуждаемой ситуации, её (ситуации) сцену. Эта ремарка важна постольку, поскольку в биоэтике для обеспечения принципа автономии пациента, и в медицинской практике отно-

шения врачей и пациентов в той степени, в которой этот принцип имплементируется, основной акцент делается на полноте трансфера информации от врача к пациенту, на том – насколько полно и правдиво она передаётся. В данном случае мы видим ситуацию, в которой при тождественном трансфере информации результат оказался противоположным именно в результате различий в рецепции информации.

«Сначала рассмотрим первый случай. Родители и бабушка девочки С. (2,5 года) имеют разные представления о серьезности состояния С. и том, как её нужно лечить. Мама С. не признает генетический диагноз (хотя есть результаты ДНК-диагностики), не доверяет генетику, считает, что скоро ребенок начнет самостоятельно ходить. Связь с генетиком поддерживается через бабушку (по линии отца), которая пытается донести информацию о состоянии и уходе за внучкой до отца ребенка (своего сына). Тот, в свою очередь, оказывается «между двух огней», между женой и мамой, которые стоят на разных позициях относительно того, какую именно реабилитацию выбрать для ребенка. Например, бабушка, следуя совету врача-генетика, хочет, чтобы девочку срочно положили вместе с мамой в больницу на реабилитацию. Мама же в это время увозит ребенка на всё лето к своей матери в К. <название города>. То есть получается, что в семье нет полного принятия состояния ребенка<sup>1</sup>, и те силы, которые можно было бы потратить на реабилитацию, тратятся на выяснение отношений среди родственников. Кроме того, я попросила родственников 1 степени родства (бабушек и дедушек, тётю и дядю) тоже сдать кровь, чтобы посмотреть у них наличие мутации. Родители отца С. кровь не сдали, как мне кажется, по понятным причинам: отец С. – единственный ребенок в семье, поэтому угрозы для его сиблингов и их потомства не стоит. Но, например, у мамы С. есть брат, и он тоже может планировать детей. А он тоже может быть носителем! Однако мама никому не передала мои просьбы, и кровь так и не привезла» [Румянцева и др. 2019, 37].

Некомплаентность матери, с точки зрения генетика-консультанта наносит вред и ребёнку, и может нанести вред её родственникам. Генетик для объяснения поведения матери использует три важных, с моей точки зрения, понятия – *недоверие*, *непризнание* экспертного суждения и *неприятие* состояния ребёнка. Получив направление консультанта, мать не сочла нужным обратиться за получением соответствующей услуги. Недоверие может касаться, во-первых, мотивов генетика-консультанта, что естественно порождается общим

<sup>1</sup> Курсив П. Д. Тищенко.

контекстом современного здравоохранения, в котором медицинская помощь интерпретируется как сфера предоставления услуг, оплачиваемых либо за счёт пациента, либо фондом обязательного медицинского страхования, редко программами добровольного страхования и совсем редко – благотворительными фондами. В любом случае, чем больше услуг будет предоставлено, тем больший доход получит генетик-консультант и стоящие за ним другие бенефициары (к примеру, работники лаборатории или других диагностических кабинетов). У пациента двоится в глазах – печётся ли консультирующий о его благе, или своём? При самой благожелательной манере общения продавца с покупателем на рынке последний всегда вправе предполагать интерес этого продавца в продаже своего товара (услуги). Не решает проблем и бесплатное предоставление услуг, в котором консультант, лично пекущийся о благе пациента, может делать это лишь выполняя функциональные обязанности, регламентированные по форме (где, когда, как) и содержанию (что) государственными органами, администрациями клиник или страховыми компаниями.

Не менее характерно проявляется аспект *отчуждения*. Данные ДНК-анализов матерью игнорируются. Недоверие к генетике является распространённым феноменом в менталитете российских граждан. Возможно, «мать» игнорирует научные данные постольку, поскольку *не признаёт* факт страдания своего ребёнка. Признавая факт страдания другого, социальные акторы *вовлекаются* в особого рода социальные взаимодействия, в рамках которых наделяются особыми социальными ролями, предполагающими моральные и правовые *обязательства* перед страдающим человеком. Страдание – это локус, цементирующий базисное отношение между людьми на основе принципов *солидарности* и *милосердия*. *Вовлечение* социальных акторов рассматривается в социологии как первый шаг конструирования социальной группы. Не признавая факт страдания, конкретный актор отказывает другому в *сострадании* и, тем самым, исключает себя из соответствующих социальных обязательств (коммуникаций).

Причём, как это будет продемонстрировано во втором казусе, отказ в признании факта страдания (отказ от соответствующего соучастия) может звучать не только из уст родственников, но и врачей. Одновременно, отказ в признании страдания (например, состояния инвалидности у пациента) может выступать в качестве инструмента *государственной политики*, мотивированной чисто экономическими показателями функционирования системы здравоохранения. По-

следний аспект звучит в казусе второго ребёнка. Родители вынуждены вести отчаянную борьбу за *признание страдания* своего ребёнка со стороны как врачей, так и государства.

«Второй случай – мальчик Е. (3 года), живёт в семье, которая, в отличие от предыдущей, очень хорошо идёт на контакт и сотрудничает с генетиком. Несмотря на довольно скромное финансовое положение, они с детства используют все возможности для реабилитации ребенка, водят его на массажи, в бассейн, «выбивают» всю регламентированную помощь из системы здравоохранения. Благодаря такой поддержке родителей, Е. ходит с 1,5 лет, очень активен, практически не отстает от сверстников... Несмотря на прекрасную кооперацию родителей, здесь мы сталкиваемся с другими проблемами – недостаточной кооперацией самих врачей (других специальностей) и работой нашей системы здравоохранения в целом. Медики, которые никогда не сталкивались с этой патологией, сначала сформулировали для Е. очень плохой прогноз («нечего им даже заниматься, он «нервно-мышечный»), а сейчас, наоборот, недооценивают его состояние и не предоставляют необходимой помощи. На данный момент в поликлинике просто не понимают или не хотят понять тяжесть состояния ребенка, редкость случая. Если заболевание встречается с частотой 1 к 250 000, то такой больной может никогда и не встретиться на профессиональном пути врача» [Румянцева и др. 2019, 37].

Восприятие врачами страданий пациента «нагружено» как личными, так и биополитически сформированными предпониманиями и интересами различных институтов власти, которые негативно влияют на готовность врача признать наличие страдания (инвалидности) пациента. Анализ второго случая указывает так же на то, что при наличии одной и той же степени информированности пациенты проявляют большую готовность к сотрудничеству благодаря возникшему *доверию* к врачу и науке. Здесь, правда возникает новый пласт коммуникативных дисфункций, основанных на недоверии и взаимонепонимании *между врачами*, представляющими различные медицинские специальности. Вполне возможно, что некомпетентная «мать» не доверяет генетикам поскольку видит, что врачи между собой договориться не могут. Одни советуют одно, другие – другое. Поэтому, она выбирает экспертное суждение удобное для себя по своим личным, весьма случайным основаниям. В какой-то степени проблемы с пониманием медицинских диагнозов у пациентов – это результат взаимного непонимания (и как следствие недоверия) в междисциплинарных коммуникациях экспертов.



Следует так же обратить внимание на своеобразную «оговорку», которую в качестве экспрессивного средства использовал нарратор (генетик), процитировав врачей – «он «нервно-мышечный». Это – жест безнадёжности, выраженный средствами не нормативной медицинской лексики, а сленга или, точнее, *пиджина* междисциплинарных врачебных обсуждений.

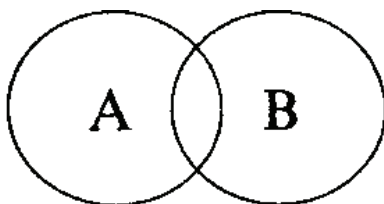
### Семиотическая ремарка

Мне представляется, что основной методологический недостаток используемых медицинских и социологических представлений о природе коммуникативных дисфункций в генетическом консультировании и других областях медицины, заключается в том, что исследователи в качестве базовой модели используют теоретическую схему, названную Ю. М. Лотманом «коммуникативной системой с одним языком» [Лотман 2000, 14].

В идеале, в рамках модели коммуникации с одним языком за счёт консультирования пациент должен стать пусть и упрощенной, но *идентичной* копией знающего эксперта. Степень идентификации должна быть достаточной для того, чтобы пациент поступал, исходя из обретенного им на консультации понимания *своего* блага, так, как считает благоразумным поступать на его месте генетик. В коммуникативной системе с одним языком собственный голос «другого» (в нашем случае – пациента) репрессируется. Его язык – это шум, в котором генетик слышит лишь эхо собственного голоса.

Однако, по утверждению Лотмана, модель коммуникативной системы с одним языком неадекватна реальности. «В нормальном человеческом общении и, более того, в нормальном функционировании языка заложено предположение об исходной неидентичности говорящего и слушающего.

В этих условиях нормальной становится ситуация пересечения языкового пространства, говорящего и слушающего (ил. 1).



Ил. 1. Пересечения языкового пространства [Лотман 2000, 14]

Сразу же следует отметить, что в системе с двумя языками каждый актер попеременно играет роль говорящего и слушающего. Если А и Б (ил. 1) представляют в нашем случае генетика и пациента, то пересекающаяся часть информационного пространства выступает по Лотману естественным основанием их взаимопонимания, а непересекающаяся зона – столь же естественным основанием взаимонепонимания. Но выяснить зоны совпадений и различий возможно только в режиме диалога, попеременно играя роли говорящего и слушающего, т. е. участвуя не в *монологе* эксперта, а в *диалоге* эксперта и пациента.

Если пациент, обсуждая ситуацию лишь пересказывает то, что ему сказано генетиком, то эта «пересекающаяся часть» информационного пространства как пишет Лотман – «тривиальна», ею можно пренебречь, если она не дополнена *переводом* на язык жизнедеятельности самого пациента в зону нетривиального взаимонепонимания. Генетику нужно услышать не эхо своей речи в речи пациента, а его (пациента) собственные жизненные смыслы. Но для этого, консультанту необходимо стать слушателем, что не предусмотрено регламентами консультирования.

### Повествование как репрезентация

В профанном (жизненном) мире мы погружены в стихию чистого становления – как искры вспыхиваем, ничтожно малое время горим и исчезаем во мраке небытия. Чтобы уцепиться за след устойчивого бытия человек использует различные формы *ре-презентаций*, в которых становление приостанавливается, *пред-став-*ляется – ставится перед сознанием в устойчивых формах предметов мысли и действия. В мире профанного опыта основной формой репрезентации является рассказ (нарратив). В постоянных внутренних беззвучных проговорах и перепроговорах про себя, или в разговорах с другими человек непрестанно старается перерассказывая припомнить, *узнать* в ускользающем миге настоящего и себя, и иных (других). Для этого он постоянно пытается втиснуть происшествие в форму трансцендентного порядка, который, как надеется мысль, её предмет *пребывает* в качестве истинного в неустойчивом, изменчивом мире. Аристотелевские «*mimesis*» (припоминание) и «*miphos*» (упорядочивание) – два атрибута субстанции-субъекта практики репрезентации. В современной биоэтике их совместная работа продумана И. В. Мелик-Гайказян в концепциях «*memory turn*» и семиотического

моделирования [Мелик-Гайказян 2013; Горбулёва, Мелик-Гайказян, Первушина 2020].

Рассказчик, как и его «слушатели» на гибридном форуме, вполне естественно, предполагает, что его *рассказ* непосредственно представляет (*отображает*) события. Поэтому, в представлении казуса он (рассказ) фигурирует как единственный и самодостаточный, без саморефлексивной осторожности используя схему коммуникации с одним языком. Это следствие того обстоятельства, что нарратор, как классический субъект познания локализует своё сознание в точке божественного наблюдателя (автора), который *выражает* средствами живого естественного языка именно то, что он перед собой наблюдает. Его внутренняя честность выступает, прежде всего для него самого, гарантией истинности репрезентации казуса, события в границах которого научно *объясняются* им через указание на причины (к примеру, медицинские или генетические) и герменевтически *понимаются* через истолкование смыслов (целей) задействованных лиц и исполняемых ими *ролей*.

Но ни организация процедуры консультирования, ни организации гибридного форума не учитывают отмеченной выше Лотманом гетерогенности опыта общения между неидентичными субъектами. Ни пациенты, ни коллеги – *не тождественны героям* повествования, представленного для обсуждения на гибридном форуме генетиком. Чтобы эту нетождественность понять необходимо поменяться ролями и услышать собственные рассказы пациентов и коллег. Более того, необходимо провести *переоценку ценностей*, и, прежде всего ценности нетождественности участников коммуникации, которая проявляется в коммуникативных дисфункциях.

### Уязвлённая самость

Таким образом, для превращения консультирования в коммуникацию как минимум с двумя языками необходимо дополнить повествования генетика рассказами других участников как дисфункциональных, так и функционально адекватных коммуникативных отношений. Участвуя в одной и той же ситуации, эти рассказчики представили бы происшедшее из иных личных и профессиональных перспектив на своих особых языках. Иными словами, необходимо начать с факта *неидентичности* участников казуса, выражающегося в различиях содержания и структуры их рассказов. Люди действуют и поступают в реальной *ситуации*, ориентируясь на её

имагинативно и нарративно сконструированную в своём сознании сцену.

Основаниями неидентичности могут быть различия в оптике восприятия страдания. В философской и социологической литературе достаточно принято представления страдания человека в качестве *болезни* (disease), *заболевания* (illness), и *заболеваемости* как социального феномена (sickness) [Hofmann 2016, Лехциер 2009]. *Болезнь* представляет человеческое страдание в оптике объективного научного взгляда как мир природных (причинных) взаимодействий. Это биологический план страдания. Действия врача трактуется и с общетеоретической, и с юридической точки зрения как *медицинские вмешательства* в нарушенные отношения природных взаимодействий. В свою очередь, *заболевание* – это субъективно окрашенное, данное в оптике личных переживаний заболевшего человека, *страдание*. Данный план страдания можно назвать биографическим. *Сострадание* – наиболее точная квалификация отношения врачей к пациентам в данном плане. Термин *заболеваемость* необходим для фиксирования особенностей восприятия и практик менеджмента страдания на уровне социальных феноменов: ролевых отношений врач-пациент (Т. Парсонс), а также политических, правовых, моральных, демографических и др. взаимодействий. В концептуальном плане он репрезентирует *статически достоверное* различие нормального и патологического, а также достоверную эффективность того или иного медицинского средства (доказательная медицина). Стандартизация как форма биополитики опирается на репрезентации этого уровня представления страдания.

Различия перспектив нарративного *представления* страдания определяет необходимость представить казус для обсуждения на гибридном форуме в сложной фасетчатой оптике. Только в этом случае можно будет обнаружить и исследовать как пересекающуюся семантическую область, представляющую собой основание эффективной коммуникации (совместной вовлечённости), так и не пересекающиеся, которые выступают источниками коммуникативных дисфункций различного рода, включая случаи отказа от вовлечения в совместную ситуацию. Это важно сделать с позиции понимания ситуации коммуникации как системы с несколькими языками.

Предложенное понимание консультирования как коммуникации с использованием нескольких языков обосновывает возможность *моральной оценки*, которая уточняет смысл принципа автономии. Информированность пациента о собственном состоянии – необходимая предпосылка его автономности, но недостаточная. Он

должен, для обеспечения своей автономии стать автором своей биографии, план которой набрасывается в его собственном проговоре ситуации. Поэтому морально предосудительно отождествлять *другого* человека с его ролью *героя* «моего» нарративного представления, отказывать ему в праве *голоса*, замалчивать (репрессировать) его в качестве *нарратора* и *автора* радикально иного рассказа. Именно замалчивание порождает феномен *уязвлённой самости*, а коммуникативные дисфункции являются симптомами этого не биологического, а морального страдания.

Скажу несколько резче – в желании комплаентности и, или сотрудничества пациента (так же как подозреваемого принуждают к сотрудничеству со следствием) происходит насильственное стирание его (пациента) собственного содержания (самости). Врач или генетик-консультант не замечают перед собой человека, мысленно редуцируя его к его роли «хорошего пациента» – просто устроенного сознания, которое получив адекватную информацию – стимул, проявит как павловская собачка правильную поведенческую реакцию.

Подобного рода коммуникативная репрессия самости может осуществляться как осознанная позиция сторонника информационного редуционизма, работающего по схеме коммуникации с одним языком, или как вынужденная практика консультанта, который понимает, что с консультируемым нужно было бы по-человечески как следует поговорить, выслушать его, вникнуть в жизненные обстоятельства с тем, чтобы помочь ему самому принять разумное и морально ответственное решение в соответствии с обнаруженными генетическими обстоятельствами. Однако, в 20 (несколько больше или меньше – значения не имеет) отведённых на консультацию минут, он этого сделать не успеет, а поэтому должен выполнить то, что сформулировано в его функциональных обязанностях и входит в описание *услуги*, предоставляемой (продаваемой) консультируемому. Т. е. врач сам вынужден административным насилием не быть собой, а *играть роль* по сценарию, написанному для среднестатистического «генетика-консультанта». В обоих случаях (вольно или невольно) стирается (уязвляется) самость *другого*, на место которого умышленно или по необходимости ставится коммуникативная абстракция (модель) пассивного реципиента информации, встроеного в социальную машину стандартизированной коммуникации.

## Расчленённая плоть и локализация действия

В каком смысле коммуникативные дисфункции могут репрезентировать расчленённую *плоть* страдающего человека? Вернёмся ко второму рассказу, в котором коммуникативная дисфункция диагностируется в форме непонимания другими врачами-специалистами состояния ребёнка, отказе от признания его в качестве пациента, которому возможно (невозможно) и необходимо (излишне) оказывать помощь. Как и в случае с пациентом, для адекватного понимания коммуникативных затруднений принципиально важно было бы услышать рассказы этих экспертов. Поскольку их на гибридном форуме нет, то можно представить с чисто теоретической (философско-методологической) точки зрения обстоятельства, которые определяют междисциплинарные коммуникационные конфликты, продуцируя эффекты, которые в заголовке статьи обозначены как «расчленённая плоть».

Плоть понимается как изначальная *плотность* человеческого существа, погруженного в поток жизни от рождения к смерти. Страдание, как переживание, указывающее на *нецельность* плоти и вовлекающее различных акторов в совместное усилие, устремлённое к исцелению или реабилитации, формирует конгломераты социальных связей, обозначаемых словом, *медицина*. В чём плотность, страдающей плоти? Для подготовки ответа на этот вопрос приведу, неоднократно мной обсуждённую (в иных аспектах), цитату Дж. Кангилема: «Действие нуждается в локализации. К примеру, как можно подействовать на ураган или землетрясение? Поэтому, первичная потребность в онтологической теории болезни, несомненно, определена потребностями терапии. Когда в существовании каждого заболевшего человека мы обнаруживаем избыток или недостаток чего бы то ни было, то возникает уверенность, что потерянное можно будет как-то компенсировать, а избыточное удалить. Это вселяет надежду на победу над болезнью – даже если она является результатом глаза, магии, или одержимости» [Canguilhem 1991, 39].

Отмеченная выше проблема специализации медицинской деятельности выражается как раз в том, что каждая специальность создаёт свою особую *локализацию* страдания, свою *оптику* визуализации патологических феноменов и, соответственно, свои особые практики врачевания. Каждой особой практике соответствует особая форма репрезентации плоти в *виде* (в том, что видно) конкретного тела как объекта приложения врачебного действия или действия других

актеров, оказывающих помощь. Дисциплинарная *самодостаточность* различных локализаций страдания и *локальность* практик оказания помощи образует феномен множественного тела *болезни* [Мол 2017]. Причём эта множественность в современном мире не ограничена рамками научной парадигмы. Эклектичность сознания, характерная для нашей культуры, предоставляет возможность для существования рядом с медициной огромного многообразия целительских практик, визуализирующих страдание и как *сглаз*, и как *порча*, и как *одержимость*, и ещё иными весьма экзотичными способами.

Тем самым страдающая *плоть* реального человека расчленяется в фасетчатом взгляде целительских практик на ускользающее от обзора множество *тел*. Одновременно, как считает Кангилом, онтологическая *локализация* не только позволяет врачу «видеть» то, на что направлено его действие, но и создает *язык желания* пациента и его особую личную картину страдания как *заболевания*, провоцирует встречную мощную потребность (настоятельную *нужду*) в получении помощи. Коммуникативные дисфункции являются *свидетельствами* того факта, что врачи и пациенты, а также врачи разных специальностей между собой говорят не просто на разных языках, но и в морально-методологическом смысле нередко не видят *нужды слушать друг друга*.

О необходимости услышать другого выше было достаточно сказано. Более детально этот вопрос был обсуждён мной ранее в контексте более фундаментальной проблемы – как возможно мыслить инакомыслящего? [Тищенко 2011] В завершении этой статьи попытаюсь предложить некоторые полезные *ресурсы* для ответа на два связанных между собой вопроса, имеющих первостепенное значение для содержательной интерпретации коммуникативных дисфункций: Как возможен перевод с одного языка на другой? И, существуют ли *между* языковыми мирами профанов и экспертов зоны пересечения?

### **Где опасность, там вырастает и спасительное, или Семантическая воронка вопрошания**

«*Что*<sup>2</sup> же такое Время? Если никто меня об этом не спрашивает, я знаю, что такое время; если бы я захотел объяснить спрашивающему – нет, не знаю» [Августин 2013, 183]. Или в ином переводе: я не знаю, *что* и сказать! В этом, ставшем афоризмом, но недостаточ-

<sup>2</sup> Курсив П. Д. Тищенко.

но осмысленном суждении Блаженного Августина кроется ответ на поставленные вопросы. Мы понимаем друг друга до тех пор, пока не задаём вопрос и не пытаемся объяснить – что это такое? Правда, такого рода понимание не очень ценится ревнителями строгого рационализма. Постоянно в дискуссиях звучит непродуманное требование – «давайте сначала договоримся о терминах!» или «дайте определение того, о чём вы говорите!» – как *если бы* рассуждение Августина нельзя было бы применить к *любому* (!) из использованных в этих требованиях слов, словосочетаний, знаков препинания и пауз между ними. Нет ничего проще поставить перед каждым использованным словом и словосочетанием вопрос – «что это такое?», а услышав ответ поставить под вопрос те новые предикаты, используя которые мы или другие пытались определить ускользающий смысл использованных слов. И так до бесконечности.

*Вопрос – «Что это такое?» является детонатором культуры как взрыва.* Анатомия подобного рода семантического взрыва четко прописана Э. Гуссерлем в книге «Кризис европейских наук и трансцендентальная феноменология»: «Мы как субъекты актов (Я-субъекты) направлены на тематические объекты в модусах первичной, вторичной, а иногда ещё и сопутствующей направленности. В этом занятии с объектами *сами акты*<sup>3</sup> остаются нетематическими. Однако мы позднее можем рефлексировать в отношении нас самих и нашей соответствующей активности; она становится теперь тематически предметной в некоторой новой, со своей стороны опять нетематической, живой функционирующей деятельности» [Гуссерль 2005, 450].

Т. е. любой акт обосновывающего предметного представления *пред-*полагает нетематическую (постоянно ускользающую из поля тематизирующего внимания) живую жизнедеятельность говорящего и мыслящего существа. Дисциплинарно тематизированный экспертный смысл вырастает из этой общей почвы, или точнее – *коллективной памяти*. Он *опирается* на предполагаемую конкретным сообществом (как экспертным, так и гибридным), удерживаемую вне центрального взгляда сознания, защищенную от *нетактичных* (неуместных, несвоевременных и несоразмерных) вопрошаний, но *освоенную* в опыте *совместных обсуждений* по типу знаний-умений (подручное знание по М. Хайдеггеру или неявное знание по М. Полани) семантическую область, пересекающуюся с неисчерпаемыми семантическими ресурсами жизненного мира. Проблема *междисциплинарности* возникает в результате осознания расчленяющий *единство опыта множественности дисциплинарных*, в том числе

<sup>3</sup> Курсив П. Д. Тищенко.



и медицинских локализаций страдания. Именно это нетематизированное содержание сознания выступает почвой памяти для порождения новых смыслов. И, именно она (семантическая почва памяти), *может выступить основанием* для содержательной коммуникации с использованием нескольких языков между экспертами и профанами в трансдисциплинарных взаимодействиях, а также экспертами между собой в междисциплинарных коммуникациях. Собственно, она и есть то *между*, которое связывает, сообщая друг другу участников коммуникации, но не обобщая их в рамках коммуникационных моделей с одним языком.

Чем больше люди общаются друг с другом, тем шире в их коммуникативных обменах пересекающаяся часть семантического пространства, их общая семантическая почва коллективной памяти. *Но и не только это!* – Это только надводная часть семантического айсберга тематизированного содержания. Длжащееся во времени совместное общение накапливает мощные ресурсы нетематизируемого, используемого в статусе, *как если бы* понятного содержания подводной части коммуникативных взаимодействий. Эта та «часть» живой жизнедеятельности речи, которую люди используют для *прояснения* терминов и понятий, оставляя неприметно для себя не прояснённой и не наблюдаемой в оптике вопрошания – «что это такое?», и тем самым, ускользающей от мысленного схватывания в своеобразное языковое бессознательное.

Подчеркну выделенное курсивом выше – *может*. На пути к реализации этой возможности лежат два условия. Во-первых, необходимо взаимное признание акторов коммуникативных дисфункций как *неидентичных* участников коммуникации, общающихся на нескольких языках. К этому вызывают уязвлённая самость и расчленённая плоть пациентов. Во-вторых, необходимо начать формирование *опыта* совместных обсуждений, в контексте которого взаимное прояснение и уточнение смыслов будет находить устойчивое основание принимаемого по умолчанию – *об этом сказано достаточно*.

Заключая, попробую, в качестве «обобщения» представленных в статье рассуждений, сформулировать *нарративный моральный императив*: – *относись к другому, в том числе и другому в самом себе, не только как к герою своего нарративного представления некоторой жизненной ситуации («своему другому» – М. М. Бахтин), но и как автору его собственного рассказа в той же самой ситуации*. Этот императив создаёт условия возможности для мысли как *беседы души с самой собой* (иначе откуда собеседник возьмётся?) и для коммуникации как минимум на двух языках.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- Августин 2013 – *Августин Блаженный*. Исповедь / Перевод М. Е. Сергиенко. Отв. ред. Н. Н. Казанский. Санкт-Петербург : Наука, 2013. 371 с.
- Горбулёва, Мелик-Гайказян, Первушина 2020 – *Горбулёва М. С., Мелик-Гайказян И. В., Первушина Н. А.* Инициативы педагогической биоэтики // Высшее образование в России, 2020. Т. 29. № 6. С. 122–128.
- Гребенщикова 2018 – *Гребенщикова Е. Г.* Социогуманитарные контуры технонауки: актуальность гуманитарной экспертизы // Знание. Понимание. Умение. 2018. № 1. С. 28–37.
- Гуссерль 2005 – *Гуссерль Э.* Избранные работы. Перевод с нем. М.: Территория будущего, 2005. 464 с.
- Лехциер 2009 – *Лехциер В. Л.* Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы // Социологический журнал 2009. № 4. С. 22–40.
- Лотман 2000 – *Лотман Ю. М.* Культура и взрыв // Семиосфера. Санкт-Петербург: «Искусство-СПБ», 2000. С. 12–150.
- Мелик-Гайказян 2013 – *Мелик-Гайказян И. В.* Memory turn: проявленная биоэтикой брэнность интеллектуальных традиций // Идеи и идеалы. 2013. № 1 (15), т. 1. С. 49–63.
- Мол 2017 – *Мол А.* Множественное тело. Онтология в медицинской практике. Пер. с фр. Пермь: Гиле Пресс, 2017. 254 с.
- Румянцева и др. 2019 – *Румянцева В. А., Широков А. А., Курленкова А. С.* “Гибридный форум”: генетик, социолог и антрополог обсуждают коммуникацию с пациентами и их семьями // Междисциплинарная коммуникация: казус геномной медицины : сб. науч. ст. под ред. Тищенко П. Д., Шевченко С. Ю. М.: ООО «4 Принт», 2019. 132 с. С. 31–47.
- Тищенко 2011 – *Тищенко П. Д.* На гранях жизни и смерти: философские исследования оснований биоэтики. СПб.: Миръ, 2011. 327 с.
- Шевченко и др. 2019 – *Шевченко С. Ю., Лаврентьева С. В., Шкомова Е. М.* «Хождение по врачам», междисциплинарность и био-власть // Междисциплинарная коммуникация: казус геномной медицины: сб. науч. ст. под ред. Тищенко П. Д., Шевченко С. Ю. М.: ООО «4 Принт», 2019. С. 48–60.
- Brown, Dussel 2011 – *Brown M. T., Dussel J. K.* Medication Adherence: WHO Cares? // Mayo Clinic Proceedings. 2011 Apr. № 86 (4). pp. 304–314.

- Canguilhem 1991 – *Canguilhem G.* The Normal and the Pathological. New York: Zone Books, 1991. 327 p.
- Hofmann 2016 – *Hofmann B.* Disease, Illness, and Sickness from: The Routledge Companion to Philosophy of Medicine Routledge. On-line publication date: October 2016. URL: <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315720739.ch2> (дата обращения: 04.12.2020).
- Sackett 1976 – *Sackett D. L.* Compliance with therapeutic regimens. London: John Hopkins University Press, 1976. pp. 1–25.
- WHO 2003 – Adherence to long-term therapies. Evidence for Action. World Health Organization (WHO) 2003. URL: [https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/) (дата обращения: 03.12.2020).

*Материал поступил в редакцию 06.12.2020*