

Общуване с пациента от херменевтично-оркестрална гледна точка. За наративната медицина, която все още е слабо позната в Полша.

Communicating with the patient from a hermeneutic-orchestral perspective. About narrative medicine, which is still little known in Poland.

**Александър Вожни [1]
Aleksandr Woźny**

След една от откритите ми лекции за наративната медицина към мен се приближи журналистка и ме попита как така човек, който от години се занимава с литература и комуникация, изведнъж намира своето място в медицината? Тогава си дадох сметка, че дългогодишните ми пътувания в двете области трябва да са ме отвели там, където те са може би най-необходими – при болните хора... и при техните лекари. За тези, които може би най-много се нуждаят от драматична промяна в ежедневно си общуване и в срещите си с пациентите, както и от нова представа за себе си. Не само от гледна точка на биомедицината, но и през призмата на литературата, тази велика етична лаборатория, в която, по думите на видния френски херменевтик Пол Рикьор, „се изпитват ценностни съждения, оценки, преценки, признания и осъждания” (Ricoeur 2003: 192).

Важен тест за избора, който направих преди години и който е описан в тази статия, дойде, когато един американски лекар обяви пред света в първите дни на пандемията, че е прочел много внимателно „Чумата” на Албер Камю. В това нямаше да има нищо необичайно, тъй като тогава „Чумата” беше един от най-популярните текстове в света, но аз бях изумен от начина, по който може да се чете творчеството на Камю. Като неуспешен тест за биомедицината, защото в крайна сметка, както твърди д-р Пери Клас (2022 г.), лекарка-лектор в Нюйоркския университет, д-р Рийо е могла да използва лекарства, познати на медицината по онова време. Клас пише за крециящите клинични грешки, допуснати от главния герой на романа, включително лишаването на умиращо дете от болкоуспокояващите, които лекарят е трябвало да предпише. Най-важното обвинение е изоставянето на терапията със сулфонамиди, която, както старателно изброява Клас, е била използвана в световен мащаб много преди появата на чумата в Оран през 40-те години на миналия век. По това време те вече са били прилагани на пациенти в Германия, Обединеното кралство, Белгийско Конго, Мадагаскар и Египет.

Макар Клас да признава, че Камю като философ и писател е създал велик роман и следователно литературно произведение, подчинено на законите на художествената литература, той добавя, че като пропуска постиженията на науката, авторът се отказва от нейните качества като светлината на логиката, изобретателността и творчеството. В тази ситуация Клас прилага към „Чумата” лекарството, което липсва на романа, а именно биомедицинския модел на интерпретация. На свой ред, за да подкрепи позицията си, той се позовава на мненията на други лекари, които категорично съветват да не се чете творбата на Камю като част от подготовката на студентите по медицина за разглеждане на важни въпроси в областта на медицинската етика. Трудно е да се съгласим с подобна гледна точка; в нея се долавя както натуралистичен фатализъм, така и позитивистки модел на практикуване на научна рефлексия, който в съчетание с развитието на микробиологията води до технизиране на медицината и революция в медицинското образование (Szubert 2019: 81), за което свидетелства известният доклад на Флекснер в началото на XX век, за който ще говоря по-подробно по-нататък в тази статия.

Безкритичната вяра в догмата на натуралистичния монолит на медицината все повече се нарушава от резултатите, постигнати от наративната медицина, която от четвърт век се развива динамично в САЩ и Западна Европа, но също и в Азия и Австралия, и която поставя литературата в центъра на общуването си с пациента. Литературните произведения, особено от най-висок калибър, както от минали, така и от съвременни епохи, имат особен статут в медицинското образование поради своята двусмисленост и формулирането на най-трудните, екзистенциални и дори есхатологични въпроси.

Това е така, защото те подготвят лекаря да може да проследи историята на пациента, постепенно да разбере какво е важно за него, какво го е накарало да посети кабинета. В крайна сметка това е най-дълбокият смисъл на анамнезата, чийто източник се открива у Платон и на който Анджей Шчелик – пулмолог, интернист и автор на майсторски литературни и медицински есета – постоянно се позовава в Полша, като посочва, че споменът (анамнезата) е път, който пациентът и лекаря следват съвместно, за да възстановят първите симптоми на болестта и да открият момента на прехода от света на здравето към света на болестта (Szczeklik 2003: 15). Той е един от първите полски лекари, описал срещата на пациента с лекаря като метаморфоза на практикуващия лекар, който дотогава е свикнал да изпълнява неделимата роля на

изпращач. Тук лекарят е слушател, той става внимателен приемник на историята на пациента, той е този, който трябва да бъде:

„...любопитен към историята, така че болният да почувства, че някой, може би за първи път, се интересува истински от неговата беда. Необходимо е да се разговаря с болния на един и същ език. Не са редки случаите, когато ритъмът на разговора, тембърът на гласа ще насочат вниманието му към правилната диагноза. Изреченията, които се хвърлят бързо, гонят се едно друго, сякаш подтиквани все още от влажни, заети ръце, неспокойствието на фразата и дори нейната възбуда карат човек да мисли за хипертиреозидизъм. Дрезгавият, нисък глас, който бавно излиза от подпухналото, набраздено от востък лице, говори за хипотиреоидизъм на самата жлеза. Достатъчно е да се слуша“.

(Szczeplik 2003: 14)

Това е майсторски клас по наративна медицина, за която по това време в Полша все още никой не е писал, включително и самият Щчелик. И все пак думите му – морален императив, задължението за абсолютен приоритет на лекаря да изслуша историята на пациента – звучат познато за ушите на всеки, който някога се е сблъсквал с трудовете на професор Рита Шарон от Колумбийския университет, кръстницата на наративната медицина. Лекарят-литературовед обаче показва, че наративната медицина отива още една крачка напред в търсенето на общ език с пациента. В центъра, основан от нея в Колумбийския университет, лекарят – независимо дали е онколог, кардиолог или гинеколог – започва работата си, като се вслушва в това, което довежда пациента в кабинета. „Аз съм вашият лекар – казва Шарон, – трябва да знам много не само за вашето тяло, но и за вашето здраве и живот. Кажете ми, какво според вас трябва да знам за вашата ситуация?“. „Започвам така – предавам на ординаторите и студентите по медицина един от най-важните принципи при работа с пациент. – Не се ограничавам до оплаквания от болка и предишни заболявания“. Когато Шарон казва на пациента да ѝ разкаже за смъртта на баща си или за проблемно дете, тя иска да го убеди, че „тук аз, вашият лекар, искам да изслушам това, което казвате“. На което тя нерядко чува несигурните думи на пациента в отговор: „Искате да кажете докторе, че ви се иска да говорите с мен?“ (Charon 2017).

Първото посещение и първата среща с пациента е предизвикателство за лекаря да разбере причината за посещението и след това, по време на следващите посещения, да покаже, че иска да участва в съвместното решаване на проблема. Това може би е един от най-важните начини за спечелване на доверието на пациента и начин за укрепване на автентичния, а не само фасадния авторитет на лекаря. Както заявил един от

участниците в семинара, воден от Шарон, здравеопазването е свързано преди всичко с установяването на контакт и предизвикването на ангажираност от двете страни на стетоскопа. Този отговор е смятан от Шарон (Charon 2017) за кода на воденото от нея обучение по наративна медицина – авторът му е баща на момиче, починало от рак на мозъка.

Първата литературна среща, която проведох за лекари и медицински сестри, се състоя преди около десет години по време на една от конференциите по палиативна медицина, организирани от Медицинския университет във Вроцлав. След като изнесох встъпителен доклад за наративната медицина, поканих участниците в симпозиума, медицински сестри и лекари, да участват в работна среща. Интересът беше много голям. Разположихме столовете в кръг и магнахме баджовете с имената и титлите. Трябваше да импровизирам малко, тъй като хората бяха повече, отколкото планирах, и не можех да организирам класически семинар като в Колумбийския университет. Поканих ги на съвместно четене на любимото ми стихотворение „Пантера” на австрийския поет Райнер Мария Рилке, което описва красотата на диво животно, затворено в малка клетка: пантерата е затворена, не може да се наслаждава на свободата. Попитах дали са се сблъскали със ситуацията на пациент, затворен в клетката на болестта, който не може да се освободи от нея. Две лекарки разплакани разказаха потресаващи истории за смъртта на двама млади хора, които са придружавали до края на живота им. Преди това не са разказвали на никого за тях, защото в крайна сметка „вкъщи не ни е позволено да говорим за това”, а в болницата никой не иска да слуша. Но тези истории, дълбоко скрити, са били в тях от години. Бяха ги потискали в себе си; пазенето им в тайна беше болезненият белег на живота им. Разказаха ги едва по време на семинара. Те се довериха: „Те бяха в нас, но само това стихотворение ни позволи да ги разкажем”.

Наративната медицина показва, че практикуването на литература може да бъде нещо повече от хоби в света на лекарите, нещо повече от безгрижно занимание за свободното време. Защото тя е свързана с постоянен избор – както на основните въпроси, които лекарят си задава в гранични ситуации, така и на това дали да представи преживяванията си в проза, подчинена на повествованието, или по-добре в поезия, подчинена на строгостта на стиха и метафората. На какво да се спрем и какво да пропуснем, коя литературна конвенция да изберем и коя разновидност на повествованието да използваме. Разказване от първо лице, за да се подчертае собствената гледна точка, или по-скоро за да се дистанцираме, като представим

гледната точка на Другия (разказване от трето лице). Всеки от направените избори е ретроспекция, която води към себе си и определя бъдещите избори.

В наративната медицина е полезна херменевтиката, стил на следване на мисълта според правилото на двойния такт: текст-традиция, текст-интерпретация. Той позволява текстът да бъде четен многопосочно, освобождава от едностранчивостта, отваря се към широки контексти и се разкрива в сливането на хоризонти. По време на срещата и разговора между лекаря и пациента също има пресичане на перспективите на два независими субекта, в крайна сметка мисията на лекаря е да върне пациента, макар и за миг, дори частично в позиция на равнопоставеност. Изслушването на пациента само за да се постави правилната диагноза и да се дадат препоръки определено не е достатъчно.

Вписването на клиничната практика в традицията на херменевтиката дава възможност да се погледне на наративната медицина като на специфична дисциплина, която помага в търсенето на наративната идентичност на пациента като човешко същество. В този широк антропологичен смисъл наративната медицина намира място в херменевтиката на Ханс-Георг Гадамер, Пол Рикъор и Мартин Хайдегер, за които разказите са не само отражение на човешкия опит, но и средство за неговото съформяне в един непрекъснат процес на взаимен обмен (Irvine, Spencer 2020b: 135).

По подобен начин разглежда статута на наративната медицина и съвременният шведски философ Фредрик Свенаус. Противопоставяйки се на тясното, редуциращо разбиране за болестта, което доминира в медицината, Свенаус разглежда клиничната практика като индивидуална среща между пациента и лекаря (Irvine, Spencer 2020b: 136-137). Той я разглежда като херменевтична перспектива, която предоставя на лекаря повече инструменти за мислене за пациента, отколкото биомедицинският подход. Тя – като практика – е нещо повече от науката, наречена медицина. Защото последната е само част от интерпретативната среща, а не нейната истинска същност. В основата на медицината е срещата между лекар и пациент, чиято цел е желанието да се излекува този, който е болен и се нуждае от помощ.

Биомедицинският модел, разработен от Ейбрахам Флекснър и публикуван през 1910 г. в специален доклад, е приет с ентузиазъм в Съединените щати и до днес се смята за повратна точка в историята на медицинското образование (Konieczna 2013: 75-76). Флекснър, който принадлежи към т.нар. кръг „Хопкинс“ [2] – своеобразна интелектуална аристокрация на Америка, повежда радикално преразглеждане на системата на медицинското образование в САЩ в началото на ХХ век. По поръчка на влиятелната, финансирана от Рокфелер фондация „Карнеги“, той предприема проучване

на качеството на медицинските училища и изготвя проект за драстично повишаване на нивото на преподаване в медицинските академии. Докладът, разработен от Флекснер, допринася за разпространението на биомедицинския модел и поставя началото на лабораторни изследвания в безпрецедентен мащаб. Научните постижения се превърнаха в самоцел в медицината, а дейността на лекарите в полза на обществото стана излишна. Науката вече не била в услуга на пациента, а пациентът бил в услуга на науката. Провеждали се все повече експерименти с култивиране на човешки тъкани, пациентът се третираше като обект на медицински експерименти (Duffy 2011).

Реформата на Флекснер, която стандартизира учебните програми по медицина и ги основава на биологичните науки, също така превръща и продължава да превръща знанията по биология, химия и физика в общоприета основа за прием на студенти по медицина. В продължение на десетилетия се е смятало, според един стар доклад, че всяко отклонение от този принцип е за сметка на медицинското обучение. Това е все още доста разпространено мнение, макар в САЩ все по-често да се издига аргумента, че слабото място в модела на Флекснер са не толкова стандартите, извеждани от точните науки, колкото по-скоро това, че той подминава рефлексите върху културата и етиката, да не говорим за литературознанието или науката за комуникациите (Irvine, Spencer 2020b: 103–104). Десетина години след публикуването на доклада в САЩ се чуват гласове, които призовават лекарите да се противопоставят на доминирането на биомедицинския подход в професията, като им напомнят, че „болестта при човека никога не е точно такава, каквато е при животните“. Защото, както през 1926 г. запознавал студентите в Харвардския медицински факултет д-р Франсис Пийбоди, силен критик на Флекснер: „Едно от основните качества на клинициста е любовта към човечеството“ (Irvine, Spencer 2020: 105).

Струва си да цитираме и мненията на други американски лекари, които през следващите десетилетия отхвърлят абсолютната вярност към постулатите на Флекснер и биомедицинския модел. Тази позиция е изразена през 1986 г. от д-р Чарлз Одегаард в едно високопоставено обръщение към родната му общност:

Човекът не принадлежи единствено към животинския свят, наблюдаван от биолога, той е, както е отбелязал философът, социално животно и, както е показал писателят, афективно същество. Лекарят, който е научен да гледа на пациента само като на съвкупност от взаимосвързани тъкани и органи, не вижда пациента си като цяло и, освен ако по щастливо стечение на обстоятелствата не е подпомогнат от вродената си интуиция, не успява да се

погрижи за здравето на пациента във всичките му аспекти. (Irvine, Spencer 2020: 103-104)

През 2011 г., по повод стогодишнината от публикуването на доклада, д-р Томас П. Дъфи подложи на остра критика реформата на Флекснер в тримесечното списание *Yale Journal of Biology and Medicine*, издавано от Йейлския университет от 1928 г. насам. В статията, озаглавена „Докладът на Флекснер – 100 години по-късно”, многократно се споменава културата. Според автора прилагането на реформите на Флекснер е родило американската версия на мита за Фауст, който продава душата си на дявола, съблазнен от неустоимата съблазън на знанието. И все пак, дори и най-привлекателната дреха на науката, оплаква се Дъфи, няма да възстанови изгубените души на лекарите (Duffy 2011). В американската медицина, обхваната от хиперрационалния немски модел на медицинско образование, от който Флекснер е черпил много, липсва загрижеността за пациента, която е най-важна в клиничната практика.

И все пак, когато в Полша се обсъжда темата за болестта с лекари, огромното мнозинство почти автоматично свежда значението ѝ до английския термин *disease* или, казано накратко, до модела на Флекснер. До обективно, измеримо биологично състояние, което се описва най-добре чрез дефиницията на конкретна болестна единица. Лекарят се заема с лечението на болестта, а пациентът се превръща само в елемент от класификацията, в болестна единица, установена съгласно действащата кодова схема в Международната класификация на болестите (ICD-11 2022).

Перспективата за измеримост на пациентите е проява на една по-широка тенденция, която се изразява в широко разпространеното математизиране на света, а търсенето на измеримост, произтичащо от господството на биомедицинския модел, се разкрива отново и отново по време на семинарите, които провеждам. Участниците често питат колко ефективна е наративната медицина. Това е „непоносимият диктат на измеримостта на всичко”, от който произтича убеждението, че само онова, което може да се преброи, да се измери, има стойност.

То променя богатата и многозначна социална реалност, в която живеем, в дехуманизирана машина, ориентирана към ефективност. Последицата от описаната тенденция е индексираният обезсилване, редуцията на хората до нивото на машините. (Szpunar 2019: 95-96)

Изискването за ефективност, свързано с диктата на количествената измеримост, присъства не само в очакванията на лекарите, които търсят вълшебен еликсир в

обучението по комуникация, който да гарантира ефективното предаване на предписаните препоръки на не много разумните и в добавка непокорни глави на пациентите. То се появява и в съветите и насоките на самите преподаватели, които обаче може да са отговор на образователните очаквания. Много обобщения и препоръки отгоре надолу се появяват в пресата, публикувана от медицинските и сестринските власти. Пример за такова обучение е учението на Антонина Дорошевска, ръководител на кабинета по медицинска комуникация в Медицинския университет във Варшава (Doroszewska 2022: 57-58), представено неотдавна в *Gazeta Lekarska* (списание на Висшия медицински съвет) с тираж 180 000 екземпляра. Ключовата дума, която се използва в статията във всички случаи, е „ефикасност” – чисто прагматична перспектива. Като заклинания се повтарят термините „ефективно общуване”, „ефикасно общуване”, „ефективно общуване с друг човек”, „предаване на информация”. И ако „изслушват пациента”, то е само за да може лекарят да постави правилната диагноза и да даде препоръки.

Въпреки това комуникацията през цялото време е от гледна точка на лекаря, а това е твърде малко. От другата страна е пациентът, лишен от равни права, който е смазан, както би казал Ервинг Гофман, от машината на една тотална институция. Тя често превръща пациента в подложено на мъчения човешко същество. Самата дума „пациент” има интересна и богата история. Нейното ядро се повтаря на много езици, включително на английски (*patient*), и е запазено и до днес на полски език в думата *Pasja* (от къснолатинската форма *passio*), означаваща Страстите Христови. В търсенето на корените ѝ стигнах до значение, което на пръв поглед е учудващо. Терминът „пасия” все още се е използвал през XVIII в. за описание на измъчен човек, жертва на мъчения, прилагани спрямо злодеи. Грижливо кодифицирани, мъченията придобивали все по-сложни форми, превръщайки се в колоритен спектакъл, който привличал много зрители. Една от книгите на Мишел Фуко (2009 г.) започва с описание на екзекуцията, на която е бил подложен Робер Франсоа Дамиен, бъдещият убиец на крал Луи XV. Тук е представена сцената, която се разиграва на 28 март 1757 г. на площад „Грев” в Париж. Според документите, събрани от Фуко, осъденият е трябвало да бъде „затворен и отведен на каруца, гол, по една риза, с горящ напръстник, тежащ две лири, в ръка”; а след това

в посочената количка [...] разкъсан с щипци по гърдите, ръцете, бедрата и прасците; дясната ръка, държаща ножа, с който е извършил гореспоменатото

отцеубийство, ще бъде изгорена със сяра, а местата, откъдето ще бъдат отрязани коланите, ще бъдат залети с течено олово, врящо масло, гореща смола, восък и сяра, сварени заедно; след това тялото ще бъде разцепено и разкъсано от четири коня, после крайниците и тялото ще бъдат изгорени, превърнати в пепел, а пепелта разпръсната на вятъра [3].

Екзекуциите са наблюдавани не само от парижани, но и от чужденци, сред които е и известният Казанова, който признал спектакълът за толкова брутален, че само „закоравели сърца” могли да намерят удоволствие в него (Foucault 2009: 41).

Своеобразен вариант на закоравели сърца е наблюдавал професор Антони Кемпински при някои свои колеги. Той го нарича „отношението на съдията” и го диагностицира при онези лекари-психиатри, които, прилагайки ценностно-обвинителен подход към пациентите си (Kliszcz 2000: 83-84), предизвиквали у тях остри защитни реакции. Механизмът, описан от Кемпински, звучи познато на читателя на Фуко: методите, използвани в съдебните производства срещу „измъчвания пациент”, са широко приети и се използвали, за да се изтръгне признание за вина от заподозрения. Въпреки това „пациентът” не е бил напълно беззащитен. Той е можел да спечели в обвинителния процес, който Фуко (Foucault 2009: 41) сравнява със средновековните божии съдилища, т.нар. ордалия, и дори да избегне смъртното наказание. Единственото, което е трябвало да направи, въпреки все по-жестоките мъчения, е да не се признае за виновен.

Професор Луиза Ржимовска от Вроцлавския университет, която ме подкрепи в стремежа ми да разгадая филологическата загадка около думата „пациент”, се позова на древни източници и високоспециализирани речници. Преминавайки по моста на християнството до гръцкия свят, тя извлича значенията, съдържащи се в гръцкото *πάσχω* (*páscho*) и в латинското *patiens*. Преминаването на значенията през вековете показва, че думата „пациент”, която е навлязла в полския език от немски език, освен мъката или търпението, присъстващи в старогръцкия език, отразява и латинското „търпение” или „търпение”, разбирано от свети Тома Аквински като добродетел, която трябва да защитава и поддържа моралното благо. Положителният смисъл на расцјенсјата като търпение, но и като издръжливост, бил все още жив в романите на Хенрик Сенкевич.

Как тогава да се отнасяме към нашия пациент, страдащ и в същото време търпелив, който в своето пътуване през вековете отново и отново застава на разбита земя, за да докаже своята стойност? Човек, съсипан от болест или от безкрайно

продължително диагностициране, лечение или, накрая, оздравяване? Необходимо е пациентът да се върне, макар и за миг, в позиция на равновесие, да се завърти своеобразен херменевтичен кръг, за да стане не само изпращач, но и получател. Това е условието, колкото и да е трудно за повечето лекари, да водят автентичен разговор с друго човешко същество. Разговорът с пациента не може да се разглежда като модела на преливане в хидротехническото строителство: това, което трябва да се съобщи, преминава от един контейнер в друг, проблемът е само да се „отворят шлюзовете” в точния момент – останалото ще се осъществи от само себе си. В тази хидравлична концепция за комуникация, както я нарича подигравателно антропологът Ив Винкин, най-важното е предаването на данни, предаването на информация и ефикасността при спечелването на аудитория, докато в оркестровия модел става дума по-скоро за участие в комуникацията, изграждане на общност и познаване на социокултурния контекст, което позволява изграждането на смисъл. Тук индивидът се разглежда като участник в по-голямо цяло, част от културна общност, чиито правила се „отпечатват” във всяко взаимодействие. Нейните членове участват в общуването като членове на оркестър, който не се нуждае нито от диригент, нито от партитура, в края на краищата всички знаят по-добре или по-зле мелодията, която се свири, и се водят един друг (Winkin 2007: 74, 75).

Описвайки концепцията за оркестровата комуникация, разработена от Винкин в противовес на хидравличната комуникация, се опитвам да се вслушам възможно най-дълбоко в контекста на теорията на Бахтин за полифонията-хомофонията, в гласовете, идващи от срещата между лекар и пациент. Среща, която се осъществява в условията на страдание, „среща на прага”, както би я нарекъл Бахтин (1970), среща, която Анджей Щчелик описва по следния начин:

Болният идва със своята болка, горчивина, страдание, трепет и вика за помощ. Този вик, разбира се, рядко е буквален. Той има различни форми на изразяване. Може да бъде поток от думи, които да успокоят страха, или вкаменено лице, зад което се крие недоверие към лекаря. И пациентът говори. Трябва да се слуша, за да се чуе историята. От време на време с въпрос може да се предотврати загубата на сюжета, да се разкрие важен детайл, да се изясни хронологията. За разказвача историята е от първостепенно значение. А слушателят нека да помни, че една от тези истории ще стане негова собствена, една от тези болести ще засегне и лекаря. (Szczeklik, 2012: 12)

В цитираното в началото на статията описание на проследяването на разказа на пациента от страна на Шчеклик (с ритъма на речта му и тембъра на дрезгавия му глас, несвързано произнасяните фрази и неспокойните движения на ръцете) ясно се вижда как бахтиновата полифония се проявява в отношенията лекар-пациент. Нейна противоположност е явлението хомофония, което Бахтин разбира като формулата на едносричното слово, доминираща в реалистичния роман, и я противопоставя на полифонията на изказванията в Сократовите диалози и в произведенията на Фьодор Достоевски, които за руския хуманист са художествено съвършени свидетелства за полифония: равнопоставеност на независимите и безспорни оценки на разказвачите, инсценирани задочно, на идеите и думите, изречани от героите на романа. Хомофонията, замислена като неприемлив авторитетен коментар (Bachtin 1982: 177), излиза извън рамките на литературата. Тя изисква от слушателя, независимо от собствените му убеждения, да я разпознае и приеме като своя. И все пак словото на другия, словото на лекаря, за да се превърне за пациента в слово на вътрешно убеждение, трябва да вземе предвид собственото си, на пациента, изказване и присъстващите в него нюанси: на оценка, одобрение, полемика, тълкуване или противопоставяне, произтичащи например от страданието. Независимо от епохата, хомофонията е посегателство върху човешката автономия, тя се превръща в демагогия, изисква абсолютно признание, присвоява си правото да притежаваш и провъзгласяваш единствената задължителна истина, но истината не може, както Бахтин постоянно ни напомня, да бъде сведена до едно-единствено съзнание. Напротив, по своята същност тя е събитийна, ражда се на кръстопътя на различни съзнания (Bachtin 1970: 81-87, 122-124), както свидетелстват диалозите на Платон, които трябвало да въведат нова форма на комуникация в европейската култура, гарантираща автономия на реципиента.

Шчелик се заема с може би най-трудната задача в изкуството на медицината: да се откаже от позицията, която осигуряват на лекарите тоталните медицински институции като болниците; да се откаже от хомофонията и абсолютното превъзходство на лекарския глас над думата на пациента. Това превъзходство е толкова очевидно за лекарите, че те често не го осъзнават, което характеризира дълбоко вкоренените стереотипи. В разговори с медици често чувам твърдението: „ами в крайна сметка аз говоря бавно, силно и ясно. А когато пациентът попита нещо, аз повтарям същото още по-бавно, още по-силно и още по-ясно“. Това обаче не е най-важното. Напротив, това, което често е по-необходимо, е оттегляне: по-тихо, по-малко категорично примирение с комуникативното предимство, с отношението на структурно превъзходство, което

статутът на лекар осигурява. Д-р Оливър Сакс, невролог и автор на книгата „Пробуждане“, по която е заснет известният холивудски филм с участието на Робин Уилямс и Робърт де Ниро, вижда точно този синдром при колегите си от болницата в Бронкс. Чувството за превъзходство може да се прояви още в самото начало на посещението:

„... пациентът може да бъде подложен на допитване или изследване, както в училище или в съда. Въпроси като „Имате ли това... или имате онова...?“ поради категоричния си характер изискват категорични отговори [...]. Този подход изключва възможността да се научи нещо ново и предотвратява възможността да се формира картина (или картини), представяща това, което се случва с пациента“. (Sacks 1997: 38)

Въведох понятието за нагласа на структурно превъзходство в книгата си за културните сценарии в медиите и наративната медицина като допълнителна характеристика към категорията за малоценност на Виктор Търнър. Описвайки я, британският антрополог се позова на формулата на Махатма Ганди, който нарича презрените и отхвърлените от всички парии, бедните и отхвърлените – деца на Бога. Ганди смятал, че те представляват човечеството в неговата най-чиста форма (Turner, 2005, с. 197-198). Списъкът може да бъде продължен дълго, като се започне с неграмотните хора от Средновековието, „великите неми“, лишени от глас от историците (Guriewicz 1987: 6-7), и се завърши с мълчаливите пациенти в болниците и хосписите. Този списък би трябвало да открива съвременната книга на изключените и да бъде отправна точка за наръчниците на лекарите за общуване с пациентите.

Наративната медицина изисква от лекаря наративно смирение към думите на пациента. Не само да му говори бавно, силно и ясно, но и да разпознава неговите изказвания като знакова репрезентация, не по-малко значима от тази, изразена чрез биомедицинския език на лекарите. Вместо обобщения, изведени от „случаи на заболявания“, наративната медицина се концентрира върху особеностите, проследявайки скритите, често много дълбоки намерения на пациента. Срещу ужаса на твърдите данни и задължителната измеримост, породени от динамичното развитие на технологиите, тя противопоставя косвени доказателства, тръгва по следите на намеци, премълчавания и метафори и се позовава на методи, добре познати в литературознанието и комуникационната наука. Има място за „раними“ разкази, отвлечени, хаотични и непоследователни, от които се появява един разколебан и осакатен свят на болни хора.

Да се говори свободно, високо и ясно е принцип, критикуван още от Мишел дьо Монтен. Както показва Ричард Сенет, ренесансовият философ е смятал, че изкуството на разговора се състои в умението да слушаш, да бъдеш добър слушател. Той сравнява добрия слушател със следовател, който се съсредоточава както върху това, което събеседникът казва, така и върху това, което предполага, без винаги да го разкрива. Авторът на прочутите „Опити“ остро критикува фетиша на яснотата, който задушаваш слушателя, като ограничава дейността му само до кимане на говорещия. Яснотата често кара слушателя да се съмнява в собствената си способност да прави преценки. Монтен противопоставя яснотата на една повествователна практика, която Сенет, заимствайки от Бахтин, нарича „формула на диалогичността“. Френският мислител увещава съвременните си читатели, въввлечени в остри религиозни спорове, да бъдат съпричастни, да се научат да насочват погледа си към другите, като по този начин преодоляват собствената си мизерия и празнота (Sennett 2013: 357-358). Полифоничността на самоизразяването понижава емоциите, обезсилва злото и прави изразяването ни по-обективно и по-малко подстрекателско, а това ни позволява да разглеждаме всяка ситуация от много страни, да съчетаваме много перспективи и много гледни точки – вероятно би казал Бахтин, съгласявайки се с Монтен за същността на диалогичността, вкоренена в етиката.

Яснотата, хомофонията и свеждането на общуването до инженерни човешки отношения са толкова здраво вкоренени в полската клинична практика, в общуването с пациента, че възниква изкушението да допълним поставената в началото на статията теза за валидността на модела на Флекснер в медицинското образование с допълнително изследване. Този път процесът на изследване ще се занимае първо с модела на общуване, създаден по примера на телеграфията и кибернетиката, а след това с психоанализата на Зигмунд Фройд. По-конкретно, той ще се съсредоточи върху грешните преводи на произведенията на виенския психоаналитик на английски език и погрешното им възприемане в Съединените щати.

Инженерният модел, който доминира в американската теория на комуникацията през годините, произлиза от традиция, зародила се в края на 40-те и началото на 50-те години на XX век сред инженери и учени, изследващи работата на телеграфа: Клод Шанън и Уорън Уивър. Първият е инженер в телефонната лаборатория „Бел“ на известния Масачузетски технологичен институт. През 1947 г. Уивър публикува книгата „Кибернетика, или управление и комуникация на животните и машините“, преведена на полски език през 70-те години на XX в., а година по-късно излиза и трудът на Шанън

„Математическа теория на комуникацията“. Следват го десетки американски и английски учени, а изследванията в областта на комуникациите за години наред са изпреварени от инженерния модел на предаване. В тази теория на комуникацията, която Ив Винкин иронично нарича хидравлична: „индивидът прилича на [...] непрозрачна кутия; затворен [...], отделен от другите“ (Winkin 2007: 13, 28). Именно в този модел се вписва връзката лекар-пациент, свеждайки другия до фигурата на затворена кутия, която по принцип никой не иска да отвори.

Моделът на предаване на информация придобива силата на очевидност с течение на времето. В края на краищата той е легитимиран от математиката – научната област *par excellence*. Именно тези изследвания, както с право твърди Уинкин, създават предпоставки за развитието на теорията на комуникацията, първо в САЩ, а след това и в Европа. Триумфалното шествие на новата концепция започнала с прецизно планирана маркетингова стратегия, която имала характеристики, присъщи на дейността на религиозните секти. Първоначално Шанън и Уивър представят резултатите от своите изследвания в малки групи, като стриктно подбират участниците. За следващите симпозиуми те канели внимателно подбрана група от кибернетици, психолози, социолози, антрополози и биолози. Резултатите от изследванията били предоставени на по-широки академични кръгове и разпространявани под формата на книги, достигачи десетки хиляди тиражи (Winkin 2007: 28-32). Схемата, изведена от модела на Шанон и Уивър за комуникацията и функцията на езика, е дело на изтъкнатия руски лингвист, професор от Харвардския университет и Масачузетския технологичен институт Роман Якобсон и до днес се използва в училищните програми на много страни, включително и в Полша. Човек би могъл да се запита: има ли някаква връзка увековечаването на тази инженерно-хидравлична концепция в полските общообразователни училища с (не)разбирането на студентите по медицина за това какво представлява общуването с пациента?

Напомнящи дейността на сектите, методите за разпространение на модела на комуникация на Шанън и Уивър се появяват отново и отново в хуманитарните науки. Такъв е случаят и в Америка с популяризирането на мисълта на Зигмунд Фройд. Интересно би било да се проследят паралелите, които се появяват между флекснорианската стандартизация на медицинското образование и възприемането на Фройд първо в САЩ, а след известно време и в Европа. Става дума за „преработване“ на психоанализата по натуралистичен начин. Изпреварвайки разсъжденията на Бруно Бетелхайм за обедняването на психоанализата, свеждащо я, за сметка на културното

измерение, до биомедицински модел, си струва да споменем императива на ефективността и диктата на количествената измеримост, популяризирани в американската психиатрия по това време.

В една малка книга за Фройд и човешката душа, публикувана в Ню Йорк през 1982 г., Бруно Бетелхайм, американски психоаналитик, психолог, психиатър и педагог от австрийски произход, показва, че погрешните преводи на произведенията на виенския психоаналитик на английски език са изопачили основните му идеи. Преводите на толкова важни за концепцията на Фройд понятия като *id*, *ego* или *superego* се оказаха далеч от оригинала, но пренасянето е много по-дълбоко, надхвърляйки езика и трансформирайки и дори деградирайки европейската култура, в която е вградено творчеството на Фройд. Бетелхайм се оплаква:

В преводите [...] мислите на Фройд са не само пренесени на друг език, но освен това пренасянето също така се извършва в контекста на една различна култура, в която повечето читатели имат слаби познания за канона на европейската литература. [...] Много от неговите изрази са трансформирани в чисто технически термини; ключовите думи са лишени от първоначалното си богатство и специални нюанси на значение. Въпреки че Фройд ги е избрал именно защото са наситени с дълбоко съдържание и предизвикват особено, множествено човешко чувство (Bettelheim 1997: 27).

От стила и езиковото майсторство на Фройд са се възхищавали най-големите майстори на немската литература. За Томас Ман творчеството на психоаналитика е образцов пример за писане на есета, а Херман Хесе оценява яснотата на мисълта му и красотата на изразите му. Но най-важното в творчеството на Фройд се разкрива едва на нивото на скритите значения, до които пътят води през фини семантични елементи или литературни алюзии. Повечето преводи са глухи за тези смисли, в крайна сметка те са разбираеми, както подчертава Бетелхайм, „за образовани хора, хора, възпитани в класиката, като него самия“. Авторът на едно изследване за ролята на душата и духовността в психоанализата обяснява, че думата психоанализа, основополагаща в концепцията на Фройд, е конструирана чрез съчетаването на две думи от гръцки произход: думата *psyche*, означаваща душа, е изпълнена с дълбоки значения, в които няма място за научно изследване, а анализът (анализата) предполага научен подход. Следователно те се отнасят до две диаметрално противоположни плоскости, които, както посочва Бетелхайм, повечето читатели на Фройд и днес не осъзнават. Пример за културна познаваемост е историята на Психея, вкоренена в мита и в литературата. Тя е

особено привлекателна за Фройд, защото „преди Психея да достигне небесата, тя е принудена, за да поправи грешката си, да слезе в подземния свят. По същия начин Фройд е трябвало да се осмели да слезе в подземния свят – в този случай подземния свят на душата – за да постигне просветление“ (Bettelheim 1997: 26-28, 31). Превод на английски език на впечатленията на виенския хуманист по време на престоя му на Акропола звучи като непреднамерена пародия. Описвайки преживяното по това време, Фройд споменава една от евангелските керигми – Посещението, като в превода дълбокото ѝ религиозно измерение изчезва, заменено от думата „мъчение“: „споменът за това събитие на Акропола ме измъчваше толкова често“ (Bettelheim 1997: 19-20).

В заключението на предговора към труда на Фройд за душата, предшествано от мото, взето от писмото на Фройд до Юнг: Бетелхайм обяснява защо си е направил труда да анализира английските преводи на майстора: „Същността на психоанализата е лечението с любов“:

„... реших да покажа как някои от най-важните психоаналитични понятия са били погрешно преведени и колко дълбоко човечен е бил Фройд, за да покажа, че той е бил хуманист в най-добрия смисъл на думата. Той се е интересувал преди всичко от най-съкровеното в човека и за да го обозначи, най-често е използвал метафората за човешката душа – защото думата „душа“ предизвиква толкова много емоционални асоциации. Най-голямата грешка на съществуващите английски версии на неговите произведения е, че тази дума изобщо не се появява в тях“. (Bettelheim 1997: 20-21)

И все пак Фройд, както показва Бетелхайм, като привърженик на духовното виждане за психоанализата, разбирана като „акушерка на душата“, не би могъл да се съгласи с натуралистичното ѝ тълкуване.

Преводите на произведенията му на английски език обаче свидетелстват не толкова за лошата воля или небрежността на преводачите, колкото за почти автоматичното осъзнаване, че психоанализата е част от медицината и тъй като това е така, към творчеството на Фройд трябва да се приложи нейната натуралистична парадигма – или, казано в перспектива, моделът на Флекснер, който е здраво вкоренен в американското образование – и да се ограничи силно емоционалният език на оригинала. Затова в преводите няма нито дума за душата, която е заменена с ума.

Както Данута Данек (Danek 1998: 203) с право отбелязва, психоанализата в американското издание се е превърнала във фалшив продукт, потребителска стока, която е лишена от своята духовност. Субективната концепция за психоанализата, в която присъства сократическата традиция: „познай себе си“, е заменена от девиз,

характерен за американската култура, иначе добре познат и у нас“ (Bettelheim 1997: 36-37), който се наложи и в постмодерния хуманизъм.

Описваната аналогия – между американските изкривявания на идеите на Фройд и недоверието на много полски медицински среди към обучението по наративна медицина – на пръв поглед изглежда невероятна. И все пак тя съществува. Може би мостът, който свързва отдалечените във времето и пространството програми за медицинско образование, е моделът на Флекснер, който се тиражира в Полша и днес. Достатъчно е да си припомним „императива за ефикасност“, повтарящ се отново и отново на семинарите, вплътен в повтарящия се въпрос на участниците: „А какви са емпиричните доказателства в полза на наративната медицина?“

И все пак не успехът на въздействието, а възстановяването на застрашената идентичност е най-дълбокото послание, което идва както от съвременната наративна медицина, така и от оригиналната концепция на Фройд, неразредена от американската психоанализа. Защото връзката на психоаналитика с пациента не може да бъде сведена до нивото на прагматиката, до категориите на въздействието, както е направено в американската психиатрия. Този постулат на Фройд, може би най-важният в психоанализата, взет като цяло, е постоянно напомнян от Бетелхайм. А категоричният и недвусмислен тон на призивите на Фройд се засилва с напредването на неразбирането на неговите концепции в Съединените щати. Призивите му са безрезултатни, налице е институционално санкционирано интегриране на психоанализата в медицината (Bettelheim 1997: 51-53) и тя се смята за изключителна сфера на лекарите, т.е. на хората с медицинско образование, сведено до натуралистичната парадигма. Това решение, взето от законодателния орган на щата Ню Йорк през 1926 г., съвпада с все по-разширяващия се доклад на Флекснър, който скоро се превръща в широко приет модел на медицинско образование, първо в Щатите, а след това и в Европа. „Щастливите“ съвпадения са по-многобройни: идването на Хитлер на власт слага край на епохата на динамично развитие на идеите на Фройд във Виена, Берлин и Лондон. Психоанализата изчезва от Европа, а след войната една първоначално малка група американски психоаналитици придобива доминираща позиция в областта.

Това, което прави впечатление в описанията на Фройд на отношенията между пациент и болногледач, е викът за духовност, отхвърлена от света. В късния етап от работата си Фройд започва да се тревожи за умиращата душа на психоанализата, за културата, тъй като вижда катастрофалните последици от „преработената“ в Америка по натуралистичен начин психоанализа и как е било голяма грешка да се замени

нейното духовно измерение с прагматизъм, присъщ на американския бихевиоризъм и режима на позитивизма, завладял хуманитарните науки от средата на XIX век.

Ако искаме да разберем колко дълбоко е вкоренено в нас флекснорианското схващане за медицината, трябва само да се запитаем: дали предпочитаме да бъдем лекувани от професионалист или от емпатичен лекар? Отговорът изглежда очевиден: предпочитаме високопоставени специалисти, а ако изключим възможността добрият лекар да бъде и съпричастен, тогава все още сме затънали в технологизираната визия за медицината, чиито катастрофални последици бяха описани блестящо от Стенли Джоел Райзер:

През последните два века [...] лекарят, съвсем несъзнателно, постепенно се е отказал от непоклатимата си привързаност към субективното свидетелство – това, което казва пациентът, за да го замени с предана вяра в технологичното свидетелство – това, което казва машината. [...] Лекарят, който използва все по-широко диагностичните технологии, гледа пациента през все по-плътен екран от оборудване и специалисти; в същото време той се отказва от контрола върху все по-голяма част от диагностичния процес. Тези обстоятелства го отдалечават както от пациента, така и от собствените му преценки. (Reiser 1978: 160, по Postman 2004: 124)

В „Технополис“ Нийл Постман описва пагубните последици от технологизацията на медицината за сметка на културата и предоставя отрезвяваща информация за преобладаващото мнение, че „американските болници са широко смятани за едни от най-опасните места в страната“ и че „е доста добре документирано, че смъртността намалява там, където лекарите стачкуват“. Не всичко в описанието на триумфа на медицинската технология над културата е подробно документирано, но една от най-важните му тези – че медицинската практика е изцяло фокусирана върху болестта, а не върху пациента – изглежда неоспорима (Postman 2004: 125-126, 128). Професорът от Колумбийския университет дава категорично негативна оценка на американската здравна култура, която игнорира всичко, което не е свързано с прилагането на медицински техники, а това от своя страна се вписва в по-широк културен и социален контекст.

Американците по природа са склонни към агресивни методи и са добре подготвени да възприемат медицинските технологии; технокрациите на XIX в., обсебени от изобретенията и вдъхновени от идеята за прогрес, стартират поредица от изключителни и чудотворни изобретения, а промяната в

нагласите на културата като цяло превръща технологичната агресивност в основна част от медицинската практика. (Postman 2004: 125)

Гласът на Нийл Постман за технологизирането на американската медицина за сметка на културата всъщност е вик за необходимостта да се възстанови чувството за личност както на пациентите, така и на лекарите. Това е призив, който присъства и в неамериканизираната психоанализа и наративната медицина, за по-дълбок, по-персоналистичен подход към пациента. Във всеки един от тези случаи става дума не само за пациента, но и за лекаря, за неговата саморефлексия, за неговото опознаване на самия себе си. Наративната медицина, както и психоанализата, посочва литературата като велика етическа лаборатория, както постоянно ни напомня Рикбор, но литературата е и велика комуникативна лаборатория. Ето защо за лекарите е толкова важно да взаимодействат с литературата – и като създатели, писатели, и като получатели, читатели. Нарушената връзка на лекаря с пациента, страхът му от него може да е резултат, както би казал Бахтин, от оценката, направена задочно, класифицираща го като „труден“ или дори „агресивен“ пациент. Колко вредна е тази връзка и за двете страни, показват в своята дискусия за наративната медицина Даниел Спенсър и Маура Спигел (Spencer, Spiegel 2020: 48-51). Те цитират анализа на Бахтин на разказа на Достоевски за човека от подземния свят, за да покажат как отхвърленият от всички и омърсен герой намира вина в света около себе си и именно към него отправя думи, изпълнени с агресия и съжаление. Словото му е диалогизирано със света, който той мрази, така че всеки човек, с когото героят на Достоевски се среща, също става обект на неговата омраза. Същото важи и за лекаря и т.нар. труден пациент, както показват Спенсър и Шпигел, които описват прозрение, преживяно от един лекар по време на проведен от тях семинар. Той осъзнал, че страхът му да реагира отново на пациент, когото смята за труден, е неоснователен, необходимо е само да промени отношението си към него, след което и той ще промени отношението си.

Защото този, който се трансформира чрез наративната медицина, е самият лекар, неговият начин на мислене, подходът му към пациента, към другия човек. Именно в лекаря може да настъпи пробуждане, разбира се, при условие че в неговия хоризонт има място за хоризонта на пациента.

Бележки

[1] Преводът е направен по: Woźny, A. (2023) Komunikacja z pacjentem z perspektywy hermeneutyczno-orkiestralnej. Rzecz o wciąż słabo rozpoznanej w Polsce medycynie narracyjnej. W: *Dziennikarstwo i Media*, № 19. <https://doi.org/10.19195/2082-8322.19.3>, s. 27-40/, с любезното съдействие и съгласие на автора.

[2] В наскоро публикуваната си история на съвременната медицина Дейвид Шнайдер (Schneider 2021: 288) пише за уникалното значение на доклада на Флекснер за революцията в американското медицинско образование след 1910.

[3] Pièces originales et procédures du procès fait a Robert-François Damiens (Оригинални документи и съдебни производства по делото срещу Робер Франсоа Дамиен – прев.фр.), 1757, t. 3, s. 372-374, цит. по: Foucault 2009: 7.

Цитирана литература

Bachtin, M. 1970. *Problemy poetyki Dostojewskiego*, przeł. N. Modzelewska. Państwowy Instytut Wydawniczy.

Bachtin, M. 1982. *Problemy literatury i estetyki*, przeł. W. Grajewski. Czytelnik.

Bettelheim, B. 1991. *Freud i dusza ludzka*, przeł. D. Danek. Państwowy Instytut Wydawniczy.

Charon, R. 2017. „Creating a Clearing” — Dr. Rita Charon on the power of Narrative Medicine [rozmowa przeprowadzona przez L. Weiler]. Dostęp 10 lipca 2020 z <https://medium.com/columbia-dsl/creating-a-clearing-dr-rita-charon-on-the-power-of-narrative-medicine-e68bef05eb66>.

Chojnacka-Kuraś, M. 2019. (Red.). *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Danek, D. 1998. Upublicznione fragmenty rozmowy z Danutą Danek. Rozmowa w przeddzień publikacji książki „Sztuka rozumienia. Literatura i psychoanaliza”. // *Teksty Drugie*, 1–2, 185–206.

Duffy, T. P. 2011. The Flexner Raport — 100 years later. // *Yale Journal of Biology and Medicine*, 84 (3), 269–276. Dostęp 15 lipca 2013 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178858>.

Foucault, M. 2009. *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant. Aletheia.

Goffman, E. 2011. *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Guriewicz, A. 1987. *Problemy średniowiecznej kultury ludowej*, przeł. Z. Dobrzyński. Państwowy Instytut Wydawniczy.

ICD-11 *International Classification of Diseases*. (2022). Dostęp z <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

Irvine, C. & Spencer, D. 2020a. Dualizm jako źródło cierpień I: filozofia, literatura i medycyna. W: M. Potoniec, H. Syzdek (Red.), *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* (pp. 123–146). Medycyna Praktyczna.

Irvine, C. & Spencer, D. (2020b). Dualizm jako źródło cierpień II: filozoficzne remedium. W: M. Potoniec, H. Syzdek (Red.), *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* (pp. 123–146). Medycyna Praktyczna.

Jaubiak, M. 2022. Antonina Doroszevska: Komunikacja w medycynie. Tnij i sprawdzaj [rozmowa]. // *Gazeta Lekarska*, 5, 57–59.

Klass, P. 2022, June 16. It's Hardly Credible — Medical Readers and Literary Plague. // *The New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2119103?fbclid=IwAR32JIXxkXzos0wy2eTBpeuSynjiKBZxNf0TUsqievOHxBnCA6swCFXC3FE#.YqUEgBAK2rY.facebook>.

Kliszcz, J. 2000. Psychologiczny aspekt jatropatogenii. W: J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (Red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (pp. 83–84). Astrum.

Konieczna, D. 2013. Informowanie społeczeństwa powinnością bibliotekarza i pracownika informacji naukowej: na marginesie poglądów Abrahama Flexnera. // *Forum Bibliotek Medycznych*, 6/1 (11).

Postman, N. 1995. *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, przeł. A. Tanalska-Dulęba. Państwowy Instytut Wydawniczy.

Reiser, S.J. (1978). *Medicine and the Reign of Technology*. Cambridge University Press.

Ricoeur, P. 2003. *O sobie samym jako innym*, przeł. B. Chelstowski, wstęp M. Kowalska. Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sacks, O. 1997. *Przebudzenia*, przeł. P. Jaśkowski. Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Schneider, D. 2021. *Historia współczesnej medycyny. Renesans, wynalezienie chirurgii i rewolucja implantów*, przeł. G. Łuczkiwicz. Znak.

Sennett, R. 2013. *Razem. Rytuały, zalety i zasady współpracy*, przeł. J. Dzierzgowski. Muza SA.

Spencer, D. & Spieguel, M. 2020. Świadectwa siebie: odkrywanie relacyjności poprzez literaturę. W: M. Potoniec, H. Syzdek (Red.), *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka* (pp. 41–66). Medycyna Praktyczna.

Szczeklik, A. 2003. *Katharsis, O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Znak.

Szpunar, M. 2019. Kwantyfikacja rzeczywistości. O nieznosnym imperatywie policzalności wszystkiego. // *Zeszyty Prasoznawcze*, 62 (3), 95–104.

Szubert, M. 2019. Narracyjność choroby i nadejście medycyny jutra. // *Kultura Współczesna*, 4.

Turner, V. 2005. *Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie*, przeł. W. Usakiewicz. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Winkin, Y. 2007. *Antropologia komunikacji. Od teorii do nowych badań terenowych*, przeł. A. Karpowicz. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Woźny, A. 2020. *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

**превод от полски език:
проф. дсн Божидар Ивков**