

Гласове и алгоритми.

Наративната медицина в дигиталната ера

доц. д-р Веселин Босаков

Voices and Algorithms. Narrative Medicine in the Digital Age

Associate Professor Veselin Bosakov, PhD.

vesobos@abv.bg

Резюме: Настоящият материал изследва философията, теоретичната еволюция и клиничното приложение на наративната медицина като критичен хуманитарен коректив на доминиращия технократски биомедицински модел в съвременната дигитална ера. Анализирани са фундаменталните приноси на основоположниците д-р Рита Шарон и проф. Артър Клайнман, като са разгледани детайлно трикомпонентният модел на Шарон (внимание, когнитивно осмисляне, приобщаване) и етнографският въпросник на Клайнман за извличане на лични модели на боледуване (illness). През етичната и екзистенциална призма на есеистиката на Анатол Брояр е защитена тезата за спешната нужда от интерсубективност и споделено присъствие в клиничната среща. Специално внимание е отделено на съвременната криза на доверието, концептуализирана от философа Бюнг-Чул Хан като „криза на разказването“, предизвикана от претоварването с информация, анализа на големи данни (Big Data) и алгоритмизацията, които рискуват да дехуманизират грижата за болния човек. Чрез анализ на практически инструменти (метода на „Паралелния картон“) и дигиталните форми на терапевтично писане, статията доказва, че симбиозата между технологичния прогрес и наративната компетентност е единственият устойчив път за преодоляване на професионалното прегаряне сред лекарите и дехуманизацията в здравеопазването.

Abstract: This article examines the philosophy, theoretical evolution, and clinical application of narrative medicine as a critical humanistic counterbalance to the dominant technocratic biomedical model in the contemporary digital age. The fundamental contributions of the pioneers Dr. Rita Sharon and Prof. Arthur Kleinman are analyzed, with a detailed examination of Sharon's three-component model (attention, cognitive processing, inclusion) and Kleinman's ethnographic questionnaire for eliciting personal models of illness. Through the ethical and existential lens of Anatol Broyart's essays, the thesis is advanced that there is an urgent need for intersubjectivity and shared presence in the clinical encounter. Special attention is given to the current crisis of trust, conceptualized by the philosopher Byung-Chul Han as a "crisis of storytelling," caused by information overload, big data analysis, and algorithmization, which risk dehumanizing the care of the sick. Through an analysis of practical tools (the "Parallel Card" method) and digital forms of therapeutic writing, this article demonstrates that the symbiosis between technological progress and narrative competence is the only sustainable path to overcoming professional burnout among physicians and dehumanization in healthcare.

„Медицина, практикувана без искрено и ангажиращо съзнание за това през какво преминава пациентът, може и да изпълни своите технически цели, но тя остава празна медицина – или в най-добрия случай, половин медицина.“

Д-р Рита Шарон

Кризата на смисъла в модерното здравеопазване

Съвременната клинична медицина преживява безпрецедентен парадокс. В епоха, в която човечеството разполага с най-напредналите диагностични технологии, високопрецизна образна диагностика, генетично секвениране и мощни алгоритми за изкуствен интелект, самата същност на лечебното изкуство изглежда разклатена отвътре. Нивата на недоверие между лекар и пациент в световен мащаб достигат критични върхове, а феноменът на професионалното прегаряне (бърнаут) сред медицинските кадри се превръща в системна пандемия. Този разрыв не се дължи на липса на техническа компетентност, а на радикална криза на смисъла. Модерното здравеопазване функционира в рамките на строго позитивистичния, биомедицински модел, конструиран през XIX и XX век. Този модел е редукционистки по своята същност: той разглежда човешкото тяло като сложна биохимична машина, а болестта – като механична или патологична повреда в някоя от нейните части. В резултат на това пациентът често бива деперсонализиран; той спира да бъде субект и се превръща в обект на изследване, в съвкупност от лабораторни стойности, хистологични резултати и цифри в електронното здравно досие. Лекарят, от своя страна, бива притиснат в ролята на висококвалифициран техник и администратор, чието време с пациента е нормативно ограничено и строго алгоритмизирано.

Наративната медицина възниква в началото на XXI век не като радикална алтернатива на научно-доказателствената медицина, а като нейно жизненоважно хуманитарно допълнение. В основата на тази млада клинична дисциплина стои пионерският труд на д-р Рита Шарон, която въвежда понятието за **наративна компетентност** – способността на лекаря да разпознава, асимилира, тълкува и да бъде трогнат от историите за болестта, разказани от пациентите. За да изведе хуманната грижа извън рамките на сухия биомедицински редукционизъм, Шарон не просто заимства подходи от литературната теория, а стъпва върху няколко фундаментални философски стълба на XX век, които преобръщат разбирането за човешкото съществуване, етика и език.

Клиничната среща между лекар и пациент се разкрива като комплексно пространство, в което се пресичат феноменологията, херменевтиката и етиката на

диалога. Институционализирането на тази практика от страна на Шарон би било невъзможно без феноменологията на Морис Мерло-Понти, която предефинира тялото от анатомичен обект в преживяващ субект. Наративната медицина операционализира херменевтичното „сливане на хоризонти“ на Ханс-Георг Гадамер и диалогизма на Михаил Бахтин, превръщайки анамнезата от еднопосочен разпит в полифонично събитие. Страданието и последвалата загуба на интегритет намират своето изцеление чрез „наративната идентичност“ на Пол Рикъор, която позволява на болния да пренареди разпокъсания си свят чрез разказа. Този процес е дълбоко етичен акт – той се основава на радикалната отговорност към уязвимостта на Другия, формулирана от Еманюел Левинас, и се захранва от споделянето на автентичен човешки опит, изследван от Валтер Бенямин.

1. Философски стълбове на наративния подход

За да разберем как историите лекуват, е необходимо да разгледаме философския контекст, върху който стъпва наративната медицина. Тя черпи вдъхновение от шест основни философски направления:

Феноменология на тялото и „Въплътеният Аз“ (Embodiment) (Морис Мерло-Понти)

Модерната медицина изследва „обективното тяло“ (*le corps objectif*) – това, което може да се премери, заснеме и тества. Но тялото не е просто биологична машина или обект за изследване (както го вижда класическата биомедицина), а е самият начин, по който съществуваме в света. Ние *сме* нашите тела. Затова феноменологията въвежда разбирането за „живяното тяло“ (*le corps vécu*). Болестта променя начина, по който човек обитава света, по който усеща гравитацията, времето и пространството. Наративната медицина изисква от лекаря да разбере именно живяното тяло на болния.

Етика на интерсубективността (Еманюел Левинас)

Ако Мерло-Понти дава онтологичната основа на наративната медицина, то Еманюел Левинас изгражда нейната дълбока етична рамка чрез труда си „*Тоталност и безкрайност*“. Левинас поставя етиката като „първа философия“, извеждайки я пред онтологията, и я базира изцяло върху срещата с Другия (*l'Autre*). Централно място в неговата мисъл заема концепцията за „*Лицето*“ (*le Visage*). Лицето на Другия не е просто физическо изражение, а оголена, беззащитна уязвимост, която отправя

безгласен, но абсолютен апел: „*Не ме убивай*“ или „*Не ме оставяй сам в моето страдание*“. За Левинас тази среща е асиметрична – тя не изисква взаимност, а поражда моментална, радикална отговорност за живота на другия човек. Наративната медицина изисква от лекаря способност да изслуша, разбере и да бъде докоснат от историята на болния. Философията на Левинас дава точно етичната рамка за това чрез няколко ключови акцента:

Етиката като първа философия: За Левинас етиката не е просто дял от философията, а нейна отправна точка. В медицината това означава, че грижата за болния предхожда науката – лекарят първо дължи хуманно отношение и едва след това прилага техническите си знания.

„Лицето на Другия“ (*The Face of the Other*): Левинас твърди, че срещата лице в лице с другия човек и неговата уязвимост ражда безусловна отговорност. В клиничната практика уязвимият „Друг“ е пациентът. Неговото страдащо лице призовава лекаря за помощ и не позволява той да бъде разглеждан просто като клиничен случай или номер на здравна пътека.

Радикалната отговорност: Според Левинас ние сме безкрайно отговорни за ближния. Това съвпада с идеята на наративната медицина за съпричастност (affiliation) – изграждането на дълбока, споделена връзка между лекар и пациент, базирана на доверие и признание на човешкото страдание. Етичната отговорност се ражда в момента, в който се изправим лице в лице с Другия.

Наративна идентичност и херменевтика на уязвимостта (Пол Рикьор)

- **Основна идея:** Чрез разграничението между идентичността като еднаквост (*idem*) и като себестност (*ipse*), Рикьор доказва, че човек подрежда разпокъсания си от болестта живот чрез разказване на история. Под формата на смислен разказ той конструира своята идентичност. Ние превръщаме хронологичното време в смислено време чрез сюжета. Смисълът се ражда чрез тълкуването (херменевтиката). Болният пренаписва своята идентичност чрез разказа.

- **Приложение в наративната медицина:** Когато човек се разболее, неговата житейска история се „счупва“. Той вече не знае какъв ще бъде следващият му ден, губи усещането си за минало и бъдеще. Наративната медицина е инструментът, чрез който лекарят помага на пациента да събере парчетата от своя разказ и да изгради нова, адаптивна наративна идентичност, интегрираща болестта, вместо да я изолира като чуждо тяло.

Михаил Бахтин: Диалогизъм и полифония (многогласие)

- **Ключова концепция:** Истината и смисълът не съществуват в главата на един човек, а се раждат *между* хората в процеса на диалога. В едно художествено произведение (и в живота) има „полифония“ – много независими и равноправни гласове. Гласът на пациента, неговата лична история и метафори за болката са равностойни на медицинския глас.

- **Приложение в наративната медицина:** Клиничната среща е диалог, а не монолог на лекаря. Наративната медицина изисква лекарят да чуе специфичния глас на пациента (неговите метафори, страхове, културен контекст) и да го постави наравно със своя медицински, научен глас. Смисълът на болестта се открива заедно, чрез споделеното говорене.

Валтер Бенямин: Изкуството на разказвача и споделяният опит

- **Ключова концепция:** В прочутото си есе „*Разказвачът*“ авторът тъжи, че в модерното общество способността ни да споделяме съкровен опит чрез разкази изчезва, заменена от суха „информация“. Разказвачът, за разлика от репортера, дава съвет и влага своя собствен живот в това, което разказва. Истинският разказ предава „опит от уста на ухо“ и носи в себе си съвет и мъдрост

- **Приложение в наративната медицина:** Рита Шарон цитира Бенямин, за да покаже, че медицината е загубила „изкуството на разказването и на слушането“. Модерната история на заболяването (електронният картон) е суха информация. Целта на наративната медицина е да върне клиничния преглед към традицията на Бенеминовия разказвач – място, където опитът от страданието и изцелението се предава от човек на човек.

Ханс-Георг Гадамер: Херменевтика и „Сливане на хоризонти“

- **Ключова концепция:** Разбирането на другия изисква „сливане на хоризонти“ (*Horizontverschmelzung*). Ти влизаш в диалога със своите предразсъдъци, другият – със своите, и в процеса на общуване вашите светове се срещат и трансформират.

- **Приложение в наративната медицина:** Лекарят идва с медицинския хоризонт (наука, патология), а пациентът – с жизнения хоризонт (страдание, всекидневие). Успешното лечение е херменевтичен процес – хоризонтите им трябва да

се „слеят“, за да се постигне общо разбиране за това какво означава здравето и оздравяването за точно този конкретен човек.

2. Основоположниците: От теорията към академичната практика

Феноменологичната рамка (Мерло-Понти) ни връща към тялото като преживяване.

Етичната рамка (Левинас) ни задължава да откликнем на това преживяване.

Диалогичната среща (Бахтин, Гадамер) ни показва как да общуваме с това тяло.

Наративното изкуство (Рикъор, Бенямин) ни дава инструментите да превърнем това общуване в лекуваща история.

Шестимата мислители не просто предхождат наративната медицина, а функционират като нейни неизменни онтологични и епистемологични стълбове. Рита Шарон събира тези нишки и ги вплита в практическа клинична дисциплина. Тя превежда абстрактните философски концепции на езика на клиничната практика. Обединявайки феноменологията на тялото, етиката на диалога и херменевтиката на уязвимостта, наративната медицина доказва, че пълноценното лечение на човека изисква способност не само за разчитане на клинични показатели, но и за цялостно тълкуване и споделяне на историите за болестта.

Д-р Рита Шарон и трикомпонентният модел на клиничната грижа

Централната фигура и законен създател на термина „наративна медицина“ е д-р Рита Шарон (Rita Charon). Като практикуващ лекар-интернист в Ню Йорк, Шарон осъзнава, че медицинското образование подготвя студентите отлично в сферата на анатомията и патологията, но ги оставя напълно безпомощни пред лицето на човешкото страдание и скръбта. За да запълни тази празнота, тя завършва докторат по английска филология и сравнително литературознание в Колумбийския университет, свързвайки двата свята по уникален начин. През 2000г. тя основава първата Програма по наративна медицина в Колумбийския университет, превръщайки я в призната академична дисциплина.

Шарон конструира ясен трикомпонентен модел, който описва движението на лекаря в наративното пространство:

➤ **Внимание (Attention):** Това е способността на лекаря да изключи собствения си вътрешен монолог и предразсъдъци и да се превърне в „чист приемник“

за историята на пациента. Това включва абсолютно присъствие тук и сега – улавяне на жестовите, промяната в темпото на гласа, избора на конкретни метафори и съзнателните паузи (мълчанието).

➤ **Представяне (Representation):** След като е чул историята, лекарят трябва да я реконструира вътре в себе си – чрез писане, концептуализиране или мисловен анализ. Формулирането на чуждото страдание в думи помага да се разбере скрития смисъл на казаното.

➤ **Приобщаване (Affiliation):** Това е финалната цел – раждането на дълбока, терапевтична връзка между лекаря, пациента, неговите близки и медицинския екип. Приобщаването е акт, чрез който пациентът разбира, че вече не е сам в своята изолация. Резултатът е изграждане на дълбока, хоризонтална връзка на доверие и споделена човечност.

Шарон интегрира идеите на Мерло-Понти в клиничната практика, за да преодолее ограниченията на класическия биомедицински модел. Когато един пациент се разболее, неговото „преживяно тяло“ престава да бъде „прозрачно“ и тихо – то се превръща в източник на болка и отчуждение, променяйки изцяло начина, по който човек възприема времето, пространството и социалните си връзки. Наративната медицина изисква от лекаря да спре да гледа на тялото единствено през призмата на анатомията и лабораторните изследвания (тялото като медицински обект). Вместо това, лекарят трябва да подходи към него като към преживяващ субект. Чрез изслушването на разказа на пациента, медицината се докосва до субективното изживяване на болестта, признавайки, че страдащото тяло и мислещият Аз са неразривно свързани. По този начин Мерло-Понти дава на наративната медицина езика, с който да лекува не просто болестта като медицинска диагноза (*disease*), а болестта като лично човешко страдание (*illness*).

Рита Шарон взема радикалната етика на Левинас и я пренася в болничната стая, но добавя ключов елемент – уязвимостта на самия лекар. Тя превръща асиметричната връзка на Левинас в интерсубективна връзка (връзка между лекар и пациент):

- **Уязвимостта на пациента:** Тя е явна – произтича от болката, страха от болестта, загубата на контрол и необходимостта да повери тялото и живота си на непознат.
- **Уязвимостта на лекаря:** Тя често е скрита – произтича от лимитите на медицината, тежестта на отговорността, страха от грешки и сблъсъка с неизбежното страдание.

- **Мостът на емпатията:** Когато лекарят признае своята човешка уязвимост, а не се крие зад маската на „непогрешим експерт“, се ражда истинското терапевтично партньорство.

С други думи клиничната среща не е транзакция между експерт и пациент, а среща между две уязвимости – уязвимостта на болния човек и уязвимостта на лекаря, изправен пред границите на своите възможности. Това изисква радикално пренастройване на властовите отношения в лекарския кабинет. Лекарят вече не е недосегаем, обективен наблюдател, а съучастник в страданието. Шарон твърди, че истинско изцеление и разбиране има тогава, когато *„споделената раненост“* (*shared woundedness*) и уязвимост на двамата се срещнат. Лекарят сваля маската на професионалното всезнание и признава, пред страдащия човек, че също е уязвим човек. В контекста на наративната медицина, идеите на Левинас коренно променят разбирането за клиничната интерактивност, която Рита Шарон поставя в центъра на терапевтичния процес. Пациентът, влязъл в лекарския кабинет, е въплъщение на Левинасовия Друг – той е уязвим, безсилен пред болестта и оголен в своето страдание. Наративната медицина изисква от лекаря да се откаже от стремежа към „тотализиране“ – тоест да не затваря пациента в твърдата кутия на медицинската диагноза, класификация или клинична пътека, което би било акт на концептуално насилие. Вместо това лекарят трябва да се отвори към „безкрайността“ на чуждата субективност. Изслушването на историята на болния се превръща в чист етичен акт на гостоприемство. Чрез концепцията на Левинас взаимодействието между лекар и пациент се издига от обикновен технически разпит до свещено етично събитие, в което лекарят приема отговорността да откликне на апела за помощ, признавайки радикалната другост на страдащия човек.

За практиката на наративната медицина, моделът на Пол Рикьор обяснява какво точно се случва в съзнанието на болния човек. Появата на тежка или хронична диагноза нанася съкрушителен удар върху личността – тя разкъсва нишката на времето и унищожава досегашната идентичност на пациента. Болният вече не разпознава себе си в страдащото тяло, а бъдещето му става несигурно. Именно тук се намесва херменевтиката на уязвимостта на Рикьор: за да се излекува душевно, пациентът има нужда да *разкаже* своята болест. Лекарят, от своя страна, действа като съавтор и херменевтичен тълкувател, който помага на пациента да пренапише житейския си сюжет, преминавайки от пасивен обект на медицинска интервенция към активен субект на собственото си изцеление.

Рита Шарон пренася полифоничния модел на Бахтин директно в медицинската практика, за да разбие традиционния патерналистичен модел, при който лекарят притежава абсолютния авторитет, а пациентът е пасивен слушател. В контекста на наративната медицина клиничният преглед престава да бъде монолог на медицинската наука. Той се превръща в полифонично пространство, в което се сблъскват и взаимодействат два напълно равностойни гласа: този на лекаря (оборудван с обективно научно знание) и този на пациента (притежаващ субективното знание за собствената си болка и уязвимост). Според Бахтин истината не се ражда в главата на един човек, а *между* хората, които търсят разбирателство. По същия начин в наративната медицина правилната диагноза и терапевтичният съюз не се налагат авторитарно отгоре, а се раждат в диалогичното пространство между лекаря и страдащия човек, където метафорите на пациента за неговата болка са толкова ценни, колкото и клиничните показатели.

В съвременните болници пациентът често бива превърнат в „информация“ – сухи данни в дигиталния картон, баркодове и резултати от изследвания. Това ражда дълбока душевна изолация и отчуждение у страдащия човек. Наративната медицина се противопоставя на това, като възражда фигурата на пациента като „разказвач“ и на лекаря като „внимателен слушател“. Когато болният разказва своята лична история, неговото индивидуално страдание се трансформира в споделен човешки опит. Лекарят не просто събира симптоми в компютъра, а приема този опит и откликва на него с мъдрост и състрадание. По този начин, опирайки се на Бенямин, наративната медицина доказва, че актът на разказване и слушане притежава вродена терапевтична сила, която извежда болния от самотата на неговата болест.

В клиничната практика на Рита Шарон, моделът на Гадамер се превръща в перфектното описание на терапевтичния съюз. Когато лекар и пациент се срещнат, те първоначално говорят на коренно различни езици и носят различни хоризонти. Лекарят има своя научно-медицински хоризонт (изграден от патофизиология, латинска терминология и клинични протоколи), докато пациентът носи своя жизнен хоризонт (изтъкван от страх, метафори за болката и житейски планове). Наративната медицина операционализира Гадамеровата херменевтика, като изисква от лекаря да не налага своя хоризонт авторитарно, а да влезе в диалог без предразсъдъци. Чрез „внимателното изслушване“ и интерпретацията на историята на болния, двата коренно различни свята се сливат в общо херменевтично пространство. Резултатът от това сливане е

споделеното разбиране за смисъла на болката и терапевтичния план, което превръща лечението в съвместно пътуване към изцелението.

Артър Клайнман и антропологичният прочит на страданието

Успоредно с Шарон, в Харвардския университет психиатърът и медицински антрополог проф. Артър Клайнман (Arthur Kleinman) поставя фундаментални концептуални разграничения. В своя труд *„The Illness Narratives“* (1988) Клайнман въвежда терминологична дихотомия, която променя езика на хуманитарната медицина:

- **Disease (Биологична болест):** Това е патологичният процес, разглеждан през погледа на лекаря – инфекцията, туморът, органната недостатъчност. Тя е измерима, обективна и научно класифицирана.

- **Illness (Боледуване):** Това е субективното, личното и социалното преживяване на биологичната болест от страна на човека. То включва въпросите: *„Как това засяга брака ми? Какво означава това за финансовата ми стабилност? Как реагира общността ми? Какви са екзистенциалните ми страхове?“*.

Клайнман твърди, че западната медицина е станала експерт в лекуването на *disease*, но напълно пренебрегва *illness*. За да помогне на практикуващите лекари да преодолеят тази празнота, той създава прочутите *„8 въпроса на Клайнман“*, чрез които се определя как самият пациент разбира своето боледуване:

1. Как наричате проблема си?
2. Какво според Вас е причинило проблема?
3. Защо смятате, че е започнал точно тогава, когато е започнал?
4. Какво мислите, че прави болестта Ви? Как работи тя?
5. Колко тежка е тя? Смятате ли, че ще продължи кратко или дълго време?
6. От какво се страхувате най-много по отношение на Вашата болест?
7. Какви са основните проблеми, които болестта Ви е създала в живота Ви?
8. Какъв вид лечение смятате, че трябва да получите? Какви са най-важните резултати, които се надявате да постигнете от това лечение?

Гласът на страдащия човек: Анатоли Брояр и естетиката на уязвимостта

Преди наративната медицина да се превърне в академична програма с учебници и професори, нейната спешна необходимост бива дефинирана отвътре – от самите пациенти, които отказват да бъдат превръщани в пасивни биологични обекти. Най-мощният интелектуален глас в това направление принадлежи на известния

американски литературен критик и есеист от френски произход Анатол Брояр (Anatole Broyard).

През 1989г. Брояр е диагностициран с терминален рак на простатата. В последните месеци от живота си той насочва цялата си критическа и литературна енергия към воденето на дневник и писането на поредица от есета, публикувани по-късно в сборника „Опиянен от болест“ (*Intoxicated by My Illness*). Книгата се превръща в абсолютна класика за медицинските хуманитарни науки.

Брояр описва усещането за физическото боледуване не като пасивно страдание, а като радикално изостряне на сетивата и съзнанието – състояние на своеобразно интелектуално и екзистенциално опиянение, в което животът се вижда с кристална яснота. Неговата най-остра критика е насочена към стила на общуване на съвременните лекари. Той отбелязва, че когато човек се разболее тежко, той преживява „метафорична смърт“ в социален смисъл дълго преди физическия си край. Пациентът бива хвърлен в „непозната страна“ (света на болните), чийто език не разбира. В едно от най-цитираните си есета Брояр отправя съкровено-ироничен призив към своя лекуващ лекар:

„Искам моят лекар да бъде моят Вергилий, който ме води през моя Ад, посочвайки ми забележителностите по пътя. Искам той да бъде философски събеседник. Не изисквам от него да ме обича, но искам да ме разглежда като уникално човешко същество. Искам той да прочете характера ми. Искам неговата рецепта да бъде съобразена с моя личен стил.“

Брояр твърди, че историята, която пациентът разказва за своята болест, действа като „специфично антиляло срещу болката и депресията“. Разказът придава форма на хаоса. Според него идеалният лекар трябва да притежава не само научен ум, но и развито „литературно въображение“, за да може да дешифрира метафорите на страданието. Приносът на Анатол Брояр е безценен, защото той превръща боледуването в субективен творчески акт и показва, че хуманното отношение е терапевтичен фактор със същата тежест, каквато има и химиотерапията.

3. Последователи и съвременни практики

Днес наративната медицина се развива в международен мащаб от широк кръг лекари, писатели и изследователи:

- **Д-р Сайънтани ДасГупта (Sayantani DasGupta):** Професор в Колумбийския университет, работеща активно за срещата на наративната медицина с расовата справедливост, джендър изследванията и здравното равенство.

- **Д-р Джон Лънер (John Launer):** Британски семеен лекар и преподавател, който развива концепцията за "наративна практика" в ежедневните прегледи и надзора на медицински кадри.

- **Д-р Луис Мел-Мадрона (Lewis Mehl-Madrona):** Лекар, който съчетава западната наративна медицина с традиционните лечителски практики и устното творчество на коренното американско население (индианците).

В България: Макар и да не се прилага рутинно в болниците, идеите на наративната медицина се изследват от учени в областта на философията и социологията на медицината (например в Института по философия и социология към БАН от изследователи като проф. Божидар Ивков, който превежда трудове на полския учен Александър Вожни по темата).

Комуникация „оркестър“ срещу комуникация „инженерство“

Проф. Вожни разглежда наративната медицина не просто като допълваща техника, а като радикална хуманитарна реформа на здравеопазването. Неговите основни идеи се развиват в няколко ключови направления:

- **Освобождаване от „оковите на езика“:**

Вожни критикува тежкия, механичен и чисто академичен език на съвременната клинична медицина. Той твърди, че лекарите често се крият зад терминологията, което дехуманизира пациента и превръща живото човешко страдание в суха статистика или "набор от симптоми".

- **Комуникация „оркестър“ срещу комуникация „инженерство“:** Ученият противопоставя съвременния технологичен/инженерен модел на лечение (където пациентът е повреден обект за поправка) на „оркестровия“ модел. Лечението трябва да бъде полифоничен процес, споделена история и съвместна херменевтика (тълкуване) между лекаря и болния.

- **„Душата на медицината е на страната на пациента“:**

Той защитава тезата, че за да разбере лекарят истинската траектория на болката, той трябва физически и емоционално „да се наведе“ към пациента и да го изслуша без да го прекъсва. Колкото повече лекарят знае за човека срещу него, толкова по-ефективна е терапията – обратно на мита, че емпатията води до по-бързо професионално прегаряне (burnout).

- **Концепцията за „граничните ситуации“:**

Болестта (особено онкологичната или рядката хронична болест) е екзистенциална гранична ситуация. В тези моменти разказването на личната история от страна на пациента лекува неговата психика и дава на лекаря липсващия контекст, който лабораторните изследвания не могат да уловят.

Приносът на проф. д.с.н. Божидар Ивков е определящ за навлизането и утвърждаването на идеите на проф. Александър Вожни в България. Ивков е не просто преводач, а активен научен рецептор, хуманист и съмишленик на полския учен.

- **Пионер и популяризатор:**

Проф. Божидар Ивков е основната фигура, чрез която концепциите на Александър Вожни стават достъпни за българската академична общност и широката общественост. Неговият личен преводачески и изследователски труд пренася текстовете от полски език и им дава нов живот у нас.

- **Контекстуализация и адаптация:**

Освен преводите, проф. Ивков съпровожда трудовете на Вожни с мащабни критически предговори, анализи и биографични очерци (като *„Наративната медицина: път към хуманизацията на медицината и здравеопазването“*). В тях той пречупва полския опит през реалностите на българската здравна система.

- **Интеграция със социологията на болката:**

Като утвърден български социолог, проф. Ивков интегрира наративната медицина със собствените си изследвания върху живота с хронична болка, редките заболявания и дехуманизацията на институциите. Той използва идеите на Вожни като теоретичен инструмент за защита на правата и достойнството на пациентите в България.

- **Създаване на дигитална и академична платформа:**

Чрез своя академичен блог и съвместните публикации в специализирани издания като Списание NotaBene, проф. Ивков изгражда трайно дигитално пространство, което съхранява и разпространява тези хуманитарни идеи.

4. Практически инструменти и методология в клиничната реалност

За да не остане просто абстрактно философско пожелание, наративната медицина внедрява конкретни методи в ежедневието на болниците и университетите.

„Паралелният картон“ като терапевтичен отдушник

Най-известната клинична иновация на Рита Шарон е въвеждането на т.нар. паралелен картон (Parallel Chart). В съвременната болница лекарят е длъжен да попълва официалното електронно досие, което е доминирано от юридически, финансови и строго медицински параметри. Тази структура напълно изключва субективността. Паралелният картон е неофициален дневник, който се поддържа от лекаря или медицинската сестра успоредно с официалната документация. В него специалистът пише на свободен, белетристичен език. Там има място за всичко, което законът и компютърната система отхвърлят:

- Собствените страхове на лекаря (напр. *„Страхувам се, че пропуснах нещо при този пациент; чувствам се виновен, че няма какво повече да му предложа“*).
- Естетически и поведенчески детайли (напр. *„Днес тя беше сложила червило, въпреки че едва дишаше – усетих нейния отчаян опит да запази достойнството си“*).
- Конфликти и етични дилеми.

Проучванията в Колумбийския университет показват, че воденето на паралелен картон драматично намалява емоционалното изтощение на лекарите. Когато изразят травмата от срещата със смъртта в писмен вид, медицинските специалисти я преработват психически, вместо да се разболеят от стрес или да развият цинизъм (деперсонализация) като защитен механизъм.

Близко четене (Close Reading) в медицинското образование

В съвременните програми по наративна медицина бъдещите лекари се обучават по методи, заимствани директно от катедрите по литература. Чрез практиката на „близкото четене“ студентите анализират текстове на автори като Антон Чехов, Франц Кафка, Албер Камю или съвременна поезия, написана от хора в края на живота им. Целта не е литературна критика, а развиване на диагностичен слух. Анализирайки текстове, студентите се научават да забелязват:

- **Темпото и структурата на речта:** Къде пациентът сменя темата внезапно? Кога започва да говори несвързано?
- **Метафорите:** Дали пациентът описва рака си като „борба и война“ или като „натрапник, с когото трябва да преговаря“? Изборът на метафора определя психологическата нагласа към лечението.

- **Мълчанието:** Какво крие липсата на думи?

Самолечение чрез текст: творческо-рефлексивното писане като терапия за пациента

Разширяването на наративната медицина обхваща и активната роля на самия пациент. В дигиталния свят писането вече не е лукс за писатели, а достъпен терапевтичен инструмент. Писането на терапевтични дневници (Expressive Writing), концепция, научно изследвана от психолога д-р Джеймс Пенебейкър, има доказани физиологични ползи в дигиталната ера:

- **Връщане на контрола:** Дигиталните приложения за проследяване на симптоми (apps) често карат болния да се чувства като дефектна машина, която постоянно докладва за повреди. Писането на свободен текст в електронен дневник или блог позволява на пациента да си върне контрола над собствената история. Той вече не е просто "пациент с рак", а "човек, който се бори и преживява".
- **Физиологични ползи:** Проучванията показват, че пациентите с хронични заболявания (като астма или ревматоиден артрит), които пишат за своите преживявания и емоции по 15-20 минути на ден, показват реално подобрение в клиничните показатели и по-редки обостряния. Писането намалява нивата на кортизол (хормона на стреса) и подобрява имунната функция, намалява посещенията при лекар и нуждата от болкоуспокояващи медикаменти.
- **Изграждане на дигитални общности:** Платформи като *PatientsLikeMe* или личните блогове позволяват на хората да споделят своите разкази с други хора със същата диагноза. Това колективно споделяне на истории ("Peer-to-peer narrative medicine") намалява изолацията, която често съпътства тежките заболявания.
- **Подготовка за прегледа:** Когато пациентът води наративен дневник, той може да извлече от него най-важното и да го представи на лекаря си в дигитален формат преди прегледа. Това помага на лекаря да разбере контекста за секунди: *„Ето как се чувствах през последната седмица, извън сухите стойности на кръвното.“*

5. Дигиталната ера и „Кризата на разказването“: Прочитът на Бюнг-Чул Хан **Информационният диктат и дехуманизацията на грижата**

Въвеждането на технологиите в медицината обещавахе да освободи време за пациента, но в реалността се случи точно обратното. Съвременният контекст на тази криза е блестящо анализиран от водещия съвременен философ Бюнг-Чул Хан (Byung-Chul Han) в неговата фундаментална книга „Кризата на разказването“ (*The Crisis of Narration*, 2024г.). Хан извежда тезата, че нашето съвременно общество е претоварено с *информация*, но същевременно преживява радикален глад за *истории*. Информацията и разказът са онтологично противоположни. Информацията е краткотрайна, фрагментирана, деконтекстуализирана и оптимизирана за бърза консумация. Тя не носи дълбок смисъл – тя просто констатира. Разказът, от друга страна, изисква време, приемственост, памет и създава общност от смисъл. В контекста на медицината теорията на Бюнг-Чул Хан обяснява перфектно защо дигитализацията отчуждава лекаря и пациента:

- **Редуциране до квадратчета за отметка (Tick-Box Medicine):**

Съвременните софтуерни системи за електронни досиета карат лекарите да вкарват уникалното човешко страдание в предварително дефинирани дигитални категории и падащи менюта. Животът на пациента се превръща в суха статистика (Big Data). Хан предупреждава, че чрез този процес хората биват превърнати в „кукли с идентични симптоми“. Изчезва биографията на човека, остава само биологията му.

- **Обществото на постиженията и здравето като продукт:**

Хан описва съвременното общество като пазарно пространство за себеоптимизация (Performance Society). В този дигитален свят здравето вече не се преживява като хармония или екзистенциално благополучие, а като пазарен продукт. Чрез смарт часовници, приложения за проследяване на съня, пулса и калориите, съвременният човек постоянно измерва и тества себе си. Той се превръща в собствен надзирател. Когато такъв пациент влезе в кабинета, той носи графики с данни, но е загубил способността да разкаже как се чувства. Наративната медицина се явява директен, радикален интелектуален бунт срещу дигиталната дехуманизация, описана от Бюнг-Чул Хан. Тази медицина подчертава, че данните без разказ са слепи, а софтуерът не може да замени ухото на лекаря.

Клиничен казус: Сблъсъкът на двата подхода

За да разберем разликата, нека разгледаме реален случай от практиката (адаптиран по архивите на Колумбийския университет):

- **Класическият биомедицински подход:** В кабинета влиза 55-годишна жена с дългогодишен, тежък и неконтролиран захарен диабет. Тя е сменила десет лекари. Настоящият преглед протича стандартно: лекарят гледа в екрана, въвежда нивата на кръвната захар, отчита лошите резултати, констатира „лош контрол от страна на пациента“ и механично увеличава дозата на инсулина, изпитвайки тихо раздразнение от „недисциплинираността“ на жената. Пациентката си тръгва мълчалива, а показателите ѝ се влошават.

- **Наративният подход:** Същата пациентка попада при лекар, обучен в наративна медицина. Той затваря лаптопа си и казва: *„Аз ще бъда Вашият нов лекар. Разкажете ми какво според Вас трябва да знам за Вашата ситуация, за да се грижа най-добре за Вас“*. Лекарят слуша без да прекъсва в продължение на 4 минути. Вместо да говори за инсулин, жената излизва натрупания с години гняв и огорчение – тя разказва как се чувства дълбоко изоставена и прехвърляна като предмет от клиника на клиника, и как болестта е отнела кариерата ѝ. По време на „радикалното слушане“ лекарят улавя, че лошият контрол на диабета не е мързел, а форма на депресивен бунт и отчаяние.

- **Резултатът:** Едва след като историята е изслушана, жената започва да плаче и казва: *„Никой никога не ме е оставял да направя това преди“*. Изграденото доверие позволява на лекаря и пациентката да създадат общ план за лечение, съобразен с нейния живот, което води до трайно стабилизиране на състоянието ѝ.

6. Обобщен сравнителен анализ

Параметър	Класически биомедицински модел	Наративен медицински модел
Първичен въпрос	„Къде и какво точно Ви боли? От кога са симптомите?“	„Разкажете ми какво Ви води тук днес и какво трябва да знам за Вас като човек?“
Фокус на лекаря	Екранът на компютъра, лабораторните изследвания, диагностичните алгоритми.	Зрителният контакт, езикът на тялото, изборът на думи и емоционалните паузи.
Обект на анализ	<i>Disease</i> (биологичният патологичен процес в органа).	<i>Illness</i> (как болестта променя екзистенциалния и социалния живот на личността).
Роля на пациента	Пасивни източници на симптоми и консуматори на медицински	Активни съавтори на лечебния план; субекти с уникална

	услуги.	биография.
Документация	Стерилно електронно здравно досие (цифри, МКБ кодове).	Официално досие + Паралелен картон (литературни рефлексии за емоциите).
Краен ефект	Механично лечение на симптомите; риск от прегаряне (бърнаут) и недоверие.	Изграждане на дълбоко доверие; холистично изцеление на личността.

7. Симбиозата между изкуствения интелект (AI) и наративната компетентност

Въпреки критиката към технологиите, наративната медицина в дигиталната ера не е лудитско движение, което иска да изхвърли компютрите. Наративната практика търси синергия с изкуствения интелект (AI). Днес големите езикови модели (LLMs) се разработват така, че да служат като „хуманизиращ инструмент“:

- **Дигитални наративни асистенти:** Тестват се софтуери с изкуствен интелект, които записват и анализират аудио разговора по време на преглед. Вместо просто да извлекат списък с кодове за диагнози, тези AI модели са обучени да генерират *наративно резюме*. То улавя емоционалния контекст на пациента, неговите метафори и семейни притеснения. Това освобождава лекаря от нуждата да гледа в екрана и му позволява пълно физическо присъствие (внимание).
- **Анализ на чувствата в телемедицината:** AI алгоритми могат да сканират текстовата комуникация в платформите за дистанционни прегледи, за да открият скрити лингвистични маркери за депресия или когнитивен спад, сигнализирайки на лекаря да обърне внимание на психическото състояние на човека.
- **Обучение на лекари чрез симулации:** AI се използва за създаване на „виртуални пациенти“ със сложни, заплетени житейски истории и етични дилеми. Студентите по медицина се упражняват да разговарят с тях, като AI оценява не само дали са поставили правилната диагноза, но и дали са проявили наративна компетентност и емпатия.

8. Сътрудничество между наративната практика и изкуствения интелект: Ползи и рискове

Ползи от сътрудничеството

- **Алтернативни гледни точки:** AI предлага нови сюжетни линии за пренаписване на проблемната история.

- **Лингвистично богатство:** Помага за намиране на точни думи и метафори, ключови за обективизирането на проблема и за възможността пациентът да погледне на болестта си отстрани.
- **Откриване на модели:** Анализира текстове и открива пропуснати, повтарящи се теми от сесиите.
- **Картографиране на прогреса:** Проследява как езикът на пациента става все по-уверен и себеутвърждаващ във времето, като по този начин подпомага терапевтичния процес
- **Интерактивни дневници:** Задава структурирани въпроси на пациента в улеснени приложения между сесиите, което поддържа самостоятелната му работа.
- **По-голяма достъпност:** Осигурява първа стъпка към себепознание и самостоятелност за хора без постоянен достъп до терапевт.
- **Автоматични бележки:** Обобщава сесиите и освобождава терапевта от административна работа.
- **Брейнсторминг партньор:** Помага на специалиста да генерира силни, отворени въпроси за работа.

Рискове и опасности

- **Шаблонизиране на съдби:** AI вкарва уникалните човешки истории в готови, средностатистически клишета.
- **Загуба на нюанси:** Машината не разбира финия емоционален, метафоричен и културен контекст.
- **Компрометирана конфиденциалност:** Споделените лични данни крият риск да бъдат използвани за обучение на алгоритми.
- **Липса на отговорност:** AI не притежава правна субектност и не носи законова отговорност за вредни последици.
- **Илюзорна емпатия:** Пациентът може да се привърже към машина, която просто симулира език.
- **Загуба на ролята на главен автор:** Има опасност пациентът да приеме чужд, генериран от AI разказ, вместо сам да управлява живота си.
- **Механично пренасяне на проблема:** Омаловажаване на биологични или системни фактори чрез твърде буквално прилагане на техниките. Алгоритмите разглеждат пациента единствено като статистически данни и пренебрегват неговата специфична биология, психика и социална среда.

- **Халюцинации и грешки:** Измислени от AI факти могат да объркат пациента или да засилят травмата му.

Сравнителна таблица: Възможности срещу Капани

Сфера на приложение	Полза (Възможност)	Риск (Капан)
Език и метафори	Обогатява речника и предлага нови, вдъхновяващи метафори за поглеждане на болестта от страни.	Вкарва уникалния разказ в готови езикови шаблони и клишета.
Анализ на историята	Бързо открива скрити модели, теми и промени в езика на пациента през времето.	Може да измисли факти (халюцинации) или да пропусне фин културен контекст.
Работа между сесиите	Задава автоматични, но структурирани въпроси чрез интерактивни дневници, подкрепящи себеуправлението.	Създава илюзия за емпатия (Елиза ефект) и емоционална зависимост от алгоритъм.
Личен контрол (Авторство)	Връща контрола на пациента чрез генериране на десетки алтернативни сюжетни линии.	Риск пациентът да се почувства пасивен и да приеме история, написана от AI, вместо своята.
Администрация	Спестява време чрез автоматично водене на бележки и транскрипция на сесиите.	Крие сериозен риск от изтичане на лични данни и нарушаване на конфиденциалността.

Насоки за безопасна интеграция на AI в практиката

- Правилото „Човекът контролира“ (Human-in-the-loop)**
 - По време на терапия AI никога не трябва да общува директно с пациента. Изкуственият интелект се използва само като асистент на терапевта. Специалистът задължително филтрира, проверява и адаптира всяка идея, преди да я предложи.
- Абсолютна анонимизация на данните**
 - Преди въвеждане на каквато и да е информация в AI платформи, терапевтът трябва да премахне всички лични данни (имена, градове, специфични професии). Трябва да се използват само защитени софтуери, които не тренират моделите си с данни на пациента.
- Прозрачност и информирано съгласие**

- Пациентът трябва да бъде информиран, ако терапевтът използва AI за обработка на бележки. Трябва да се вземе изрично му съгласие, като пациентът има пълното право да откаже неговата история (разказ) да бъде обработвана дигитално.

4. Запазване за пациента ролята на главен автор

- Когато AI предлага алтернативни сюжетни линии, те трябва да се представят като „хипотетични опции“, а не като истина. Въпросът винаги трябва да бъде: *„Нещо от тези думи резонира ли с твоя преживян опит, или твоята история изглежда напълно различно?“*. Пациентът остава единственият създател на своя разказ.

5. Фокус върху реалната връзка

- Технологиата трябва да намалява времето на терапевта пред екрана (чрез бързи бележки), за да освободи повече време за чисто човешко присъствие, зрителен контакт и истинско съпреживяване по време на сесията.

Бъдещето на лечебното изкуство

В наративната медицина се прави голяма разлика между *doctor* (който просто лекува болестта като биомедицински факт) и *healer* (който лекува човека). В българския език думата „лечител“ носи точно този смисъл – тя показва, че този лекар не просто диагностицира, а активно присъства в процеса на оздравяване на личността. Наративната медицина не е наивен опит да се върне времето назад към романтичната епоха на семейния лекар от XIX век, нито е критика на научно-технологичния прогрес. Тя е неговият най-висш и необходим съюзник. Технологиите могат да спасят живота в момент на спешност, но само човешката връзка може да излекува страданието, което съпътства боледуването. В епохата на дигиталната трансформация, изкуствения интелект и анализа на големи данн (Big Data), доверието вече не се крепи на факта, че лекарят знае всичко – интернет и алгоритмите често знаят повече факти. Доверието днес се ражда тогава, когато лекарят притежава нарративната компетентност да преведе тези факти на езика на ценностите, страховете и надеждите на конкретния човек пред него. Както ни напомня Анатоли Брояр в своето екзистенциално търсене, и както ни предупреждава Бюнг-Чул Хан в своята критика на дигиталната празнота, най-мощната, незаменима и евтина медицинска технология си остава човешкото ухо, способно да чуе и разбере историята на Другия. Защото в крайна сметка, за да излекуваме успешно едно човешко тяло, първо трябва да имаме смелостта да изслушаме неговата история. Само тогава клиничната среща може да се превърне в акт на споделена човечност.

ПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- Бахтин, М. 1989. *Естетика на словесното творчество*. София: Наука и изкуство,
- Бенямин, В. 2000. Разказвачът: Размисли върху творчеството на Николай Лесков. // *Озарения: Избрани есета*. София: Критика и хуманизъм, с. 145–178.
- Вожни, А. 2024. *За наративната медицина: избрани статии и интервюта*. Превод от полски език: проф. Божидар Ивков. (Изданието включва предговор от проф. Ивков, озаглавен „Наративната медицина: път към хуманизацията на медицината и здравеопазването“, както и биографичен очерк „Александър Вожни: човекът и ученият хуманист“).
- Вожни, А. 2025. *Изслушай ме поне малко, докторе. Пътеводител в душата на медицината*. Превод от полски език: проф. Божидар Ивков. София (достъпна дигитално и в платформата на проф. Ивков).
- Гадамер, Ханс-Георг. 2020. *Истина и метод: Основни черти на една философска херменевтика*. София: Изток-Запад.
- Левинас, Еманюел. 2000. *Тоталност и безкрайност: Есе за външността*. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“,
- Мерло-Понти, Морис. 2025. *Феноменология на възприятието*. София: Сонм,
- Broyard, A. 1992. *Intoxicated by My Illness: And Other Writings on Life and Death*. Clarkson Potter. (Превеждана на български като „Опиянен от болест“).
- Charon, R. 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press. (Фундаментален труд, дефиниращ дисциплината).
- Charon, R., DasGupta, S., et al. 2016. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. Oxford University Press. (Официален академичен учебник на Колумбийския университет).
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. 1998. *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books. (Въвеждане на модела в клиничната практика в Европа).
- Han, B.-C. 2024. *The Crisis of Narration*. Polity Press. (Философски анализ на загубата на истории в дигиталния свят).
- Kleinman, A. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books. (Основополагаща книга за антропологичния подход в медицината).
- Merleau-Ponty, M. 1945. *Phénoménologie de la perception*. Gallimard. (Философска база за феноменологията на преживяното тяло).
- Pennebaker, J. W. 1997. *Writing to Heal: A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*. Center for Journal Therapy. (Научна база на експресивното писане).
- Ricoeur, P. 1990. *Soi-même comme un autre*. Paris: Éditions du Seuil,
- Woźny, A. 2023. *Medycyna narracyjna i komunikacja w sytuacjach granicznych* (Наративна медицина и комуникация в гранични ситуации). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Woźny, A. 2020. *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej* (Сценарии на културата в медиите и в наративната медицина). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Woźny, A. 2021 *W okowach języka* (В оковите на езика). Публикувано първоначално в поредицата *Narrative Medicine* в платформата Medium.