

Т. В. Мещерякова

МЕДИЦИНСКИЙ НАРРАТИВ В БИОЭТИКЕ КАК КРИТЕРИЙ УЧЕТА ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ ПАЦИЕНТА¹

Поворот интереса к нарративу в биоэтике и создание нарративной этики являются естественным следствием осознания необходимости «поворота» к пациенту, необходимости защиты его индивидуальности. Определены роль и задачи нарратива в медицинской практике и обозначено, что учет нарратива врачом выступает одним из критериев его профессионализма.

Ключевые слова: *нарративная медицина, нарративная этика, индивидуальность, взаимоотношения врача и пациента, нарративная компетентность.*

В настоящее время в биоэтическом дискурсе широко применяется терминология, связанная с нарративом: в зарубежной биоэтике сформировались такие понятия, как «нарративная медицина», «нарративная компетентность», «нарративная этика». При этом причины повышенного внимания к нарративу в биоэтике не до конца прояснены. В представленном исследовании медицинских нарративных практик преимущественно изучался нарратив пациента, так как прежде всего именно его права и достоинство призвана защищать биоэтика.

Появившись в контексте гуманитарных наук сравнительно недавно (только в теории литературы и лингвистики существует длительная традиция исследования нарратива), термин «нарратив» сегодня стал весьма широко использоваться в самых различных дисциплинах. Произошел своеобразный нарративный бум, который не обошел стороной и медицину. Вероятно, причины этого поворота к нарративу заключаются не в моде на постмодернистский дискурс, а в тех проблемах, с которыми столкнулась медицина, превратившись в научную дисциплину.

В биоэтике нарратив стал мощной поправкой к традиционному принципализму², который на практике не дает четкого руководства для решения моральных дилемм. Как раз нарратив предлагается в качестве одного из выходов для решения данной проблемы. По словам Т. Уилкса, «биоэтика теперь является свидетелем взрыва интереса к нарративу и рассказыванию историй» [1]. Сложилось понятие нарративной медицины, противопоставленное научной медицине, и, соответственно, понятие нарративной этики. А отсюда появилось такое требование к врачу, как нарративная компетентность [2].

Следует отметить, что в современной философии понятие «нарратив» тесно связывается с понятием «идентичность». Индивидуальность человека проявляется в двух различных и, на первый взгляд,

противоположных ипостасях идентичности. П. Рикёр видит проблему идентичности как точку соприкосновения между двумя основными понятиями идентичности [3]. С одной стороны, идентичность может выступать как тождество. В данном случае речь идет об одинаковости, самоидентичности. С другой стороны, говорят об идентичности как самости в случае, если существует некоторое свойство, на основании наличия которого можно говорить в разные отрезки времени, что данный объект является одним и тем же. П. Рикёр подчеркивает, что самость не есть тождественность, но они находятся в диалектической связи, а в качестве медиатора между ними выступает нарративная идентичность, колеблющаяся между тождественностью и самостью, и в которой «персонаж достигает своей уникальности благодаря единству собственной жизни, рассмотренной как временная тотальность» [3, с. 180].

Отстранение от себя как опыт познания себя через другого и в качестве другого является, согласно П. Рикёру, одним из важнейших моментов формирования нарративной идентичности. «Я» не может быть понято без «другого», причем «другой» – есть также и сам субъект, изменившийся во времени. Как претерпевающий воздействие, человек характеризуется П. Рикёром как страдающий. В качестве действующего, который ориентирован на другого, человек проявляет «заботливость». Заботливость – это и этическая цель, и измерение ценности каждой личности как незаменимой.

Болезнь представляет собой случай обнажения самости посредством утраты опоры со стороны тождественности, и нарративность позволяет переинтерпретировать жизнь, достигая заново ее единства. Страдание определяется Рикёром не физической и даже не психической болью, а как посягательство на целостность Я. Врач, как правило, понимает медицинский аспект страдания, не учи-

¹ Исследование проведено при финансовой поддержке гранта РФФИ № 08-06-00109.

² Принципализм – направление в биоэтике, которое для принятия решения руководствуется этическими принципами (не нанесения вреда, благодеяния, справедливости, уважения автономии пациента).

тывая его многомерность, а уж тем более не рассматривает потерю целостности жизни. Поэтому в современной медицинской этике появляется совершенно новое представление о том, что понимание блага в конкретной медицинской ситуации невозможно только с врачебной позиции.

Итак, нарративность есть способ, посредством которого Я индивидуализируется, способ, который сплетает разнообразные, разбросанные во времени и пространстве события в единую жизненную историю.

Нарративы повсеместны как механизм организации человеческого опыта. Ими пронизана вся наша повседневная жизнь. Й. Брокмейер и Р. Харре поэтому назвали нарратив «прозрачным» (а в этом свойстве кроется одна из причин трудности его определения) [4, с. 35]. Мы «мечтаем... воскрешаем в памяти, ожидаем, надеемся, отчаиваемся, верим, сомневаемся, планируем, исправляем, критикуем, мысленно конструируем, сплетничаем, учимся, ненавидим и любим нарративно» [5]. Когда естественное движение нашей жизни прерывается, скажем, болезнью, мы можем надолго остановиться и даже сделать шаг назад, осмысливая новый опыт. Нарратив обеспечивает смысл, контекст и перспективу для пациента, находящегося в затруднительном положении. В процессе общения врача и пациента выделяют следующие типы нарративов: нарративы о пройденном лечении, нарративы о начале заболевания, нарративы о происшествии, нарративы о пройденном обследовании, нарративы о причинах (мотивах) обращения к врачу, нарративы об образе жизни, нарративы о перенесенных заболеваниях [6]. К ним можно еще добавить нарратив об истории жизни. С их помощью врач определяет, как, почему и каким образом человек болен. Изучение нарратива предлагает возможность развития понимания, которое не может быть достигнуто никакими другими средствами.

По поводу определения нарратива идут серьезные дискуссии. Существует целый спектр определений – от весьма широкого (нарратив как любое описание) до жесткого минималистского (нарратив как воспринимаемая последовательность неслучайным образом взаимосвязанных событий). Большинство ученых соглашаются с тем, что нарратив – это дискретная единица с четкими началом и окончанием, выделяющаяся из остального текста [7], в которой повествование специально организовано вокруг последовательных событий и значим сам контекст повествования.

В соответствии с данным определением, а также опираясь на описанные признаки нарратива в труде Е. Г. Трубиной [8], выделим особенности нарратива и одновременно проанализируем специ-

фику их проявления в медицине, прежде всего во взаимоотношениях врача и пациента.

Во-первых, он имеет конечную и осевую временную продолжительность, имеет начало, ряд разворачивающихся событий и окончание (в медицинских нарративах – как пациента, так и врача – окончание в большинстве случаев ожидаемое). Нарративы особенно чувствительны к временному модусу человеческого существования. Фиксация временных отношений посредством повествования возможна за счет ее способности выстраивать последовательность событий в объединенное целое.

Во-вторых, нарратив предполагает и рассказчика и слушателя, различные точки зрения которых влияют на то, как история говорится. Как отмечал Ж.-Ф. Лиотар: «Языковые акты, свойственные этому роду знания, таким образом, осуществляются не только тем, кто говорит, но и тем, к кому обращена речь...» [9, с. 58]. В медицинской практике обе роли могут выполняться и пациентом, и врачом.

В-третьих, нарратив заинтересован прежде всего индивидуумами; вместо того чтобы просто сообщить, что они делают или что сделано с ними, он касается того, как эти индивидуумы чувствуют себя и как другие люди воспринимают их. «В лечебной практике от врача требуется не решение проблем, а внимательное вникание в историю больного – историю, конечно же, дискомфорта и боли, но также историю его любви, разочарований, верности и других переживаний... При этом нельзя односторонне рассматривать пациента в качестве текста, а доктора – в качестве читателя. Скорее, они оба вместе являются интерпретаторами того, что случилось с пациентом и что объединило их как авторов написания истории болезни» [10, с. 41].

В приведенной характеристике диалога врача и пациента Р. Карсоном обрисована также четвертая особенность нарратива: он «поглощает», включает слушателя, побуждая его к интерпретации. «Интерпретация является сердцевинной медицинской практики, ибо данная практика всегда индивидуальна» [10, с. 36].

В-пятых, нарратив предоставляет информацию, которая не принадлежит просто и непосредственно к разворачивающимся событиям. Та же самая последовательность событий, сказанных другим человеком другой аудитории, могла бы быть представлена по-другому, не становясь «менее истинной». Другими словами, можно сказать, что различных историй, которые говорят о таких сложных вещах, как, скажем, человеческая жизнь, может существовать множество. Й. Брокмейер и Р. Харре назвали ошибкой репрезентации «допущение о существовании некоей единственной, лежащей в основании нарратива истинной человеческой реальности,

которая якобы и должна быть представлена в нарративном описании». Они подчеркивают, что «мы изначально имеем дело не с некой репрезентацией, но с неким специфическим способом конструирования и установления реальности» [4, с. 46–47]. В этом проявляется уникальная способность нарратива не просто отражать некую последовательность событий, но открывать либо изобретать то, что может произойти. Он не просто регистрирует события, а конституирует и интерпретирует их как значимые части осмысленного целого, причем целым может быть ситуация или жизнь человека. Так нарратив задает модели трансформации или переописания реальности.

Это свойство нарратива изменять сам ход жизни является чрезвычайно ценным в медицинской практике. Ведь когда люди заболевают, также «заболевают» их истории; разрушаются структура нарратива и устойчивость истории. Происходит «крушение нарратива» [11]: история человека, поскольку она проектировалась в будущее, сломана. Болезнь требует создания новой истории, и сообщение об этой истории излечивает разрушение и создает будущее. Очень часто в ситуации прогрессирующего рака, а тем более конца жизни, перед лицом смерти, уже не стоит задача вылечить пациента (в силу ее невыполнимости). Но остается возможность помочь больному человеку восстановить в его истории поврежденные болезнью части. И тогда можно помочь людям умирать с последовательными историями, приведя в соответствие их опыт, их прошлое, настоящее и предстоящее будущее. «Хорошая смерть – это не только управление симптомами, это – также последовательность. В наших попытках осуществить заботу мы должны спросить: какую историю мы расскажем вместе?» [11].

Выше говорилось об ошибке репрезентации, также необходимо отметить выделенное Брокмейером и Харре онтологическое заблуждение, которое, по мнению авторов, играет заметную роль во взаимоотношениях врача и пациента. Онтологическое заблуждение характеризуется верой в то, что «здесь существует некая реальная история, ждущая своего раскрытия, лишенная аналитической конструкции и существующая до нарративного процесса» [4, с. 35]. Очевидно, что данное заблуждение особенно ярко проявляется в инженерной модели взаимоотношений врача и пациента, описанной американским врачом и философом Р. Витчем [12]. Характерное для данной модели стремление к большей объективности (научнообразности), переоценка значимости аппаратно-инструментальных данных приводят к обезличиванию пациента. Подход к пациенту как к бездушному механизму, в котором произошла поломка, делает нарратив пациента вообще излишним.

Абсолютно противоположный подход к пациенту диктует нарративная медицина, которая в зарубежной биоэтике рассматривается как модель гуманитарной и весьма эффективной медицинской практики [2], требующая от медицинских работников, и прежде всего от врачей, нарративной компетентности. Под нарративной компетентностью понимается «способность признавать, воспринимать, интерпретировать, оказывать действие на истории и тяжелые положения других» [2]. Она создает новые возможности для почтительного, сопереживающего и заботящегося медицинского обслуживания, позволяет врачу относиться к своей медицинской практике с эмпатией, рефлексией, профессионализмом и заслуженным доверием.

Нарративная медицина является моделью гуманитарной медицинской практики, ориентированной на идеал заботы об индивидуальном пациенте, на учет его уникальной исторической индивидуальности как целостности. Она не является новой специальностью, а представляет собой новую систему отсчета для клинической деятельности. Она призвана дать врачам навыки, методы для более эффективного понимания ситуации, в которой рассматривается единственный в своем роде человек.

Медицина никогда не существовала без нарратива, поэтому как область, в которой человек оказывает помощь другому человеку, она всегда основывалась на межсубъектной сфере жизни. Медицинская практика разворачивается в ряду комплексных нарративных ситуаций, включая ситуации между врачом и пациентом, врачом и собственным Я, врачом и коллегами, врачами и обществом, между врачом и его семьей, между пациентом и членами его семьи, а также между пациентами. Каждой из этих нарративных ситуаций присущи свои особенности, и в каждой нарратив выполняет свои определенные функции. Ниже рассмотрены две ситуации: врач – пациент и врач – собственное Я, потому как первая является центральной в медицине, а вторая может значительно корректировать первую (и наоборот).

Здесь можно выделить функции нарратива в трех основных направлениях: диагностика, терапевтический процесс, образование пациента и врача. Помимо выделенных направлений можно было бы указать еще целый ряд, но в плане рассмотрения нарратива как формы самообоснования индивидуальности пациента целесообразно выделить именно те, где идет напрямую взаимодействие врача и пациента. При определении функций нарратива авторы опирались на статьи Т. Гринхальт и Б. Хурвица [5], Т. Уилкса [1], С. Уотсон [9], анализ которых позволил выделить следующие функции нарратива в диагностическом процессе:

1. Как феноменальная форма нарратив помогает пациентам выражать свои переживания, свое плохое состояние, утрату здоровья.

2. Предлагает врачу метод для того, чтобы обратиться к экзистенциальным качествам типа страха, отчаяния, надежды, печали и моральной боли, которые часто сопровождают, а могут даже составлять болезни людей.

3. Нарративы пациента о своей болезни обеспечивают врачу точку отсчета, которая помогает приблизиться к проблемам пациента целостно и может помочь раскрыть диагностические варианты.

4. Поощряют проявлять сочувствие и помогают пониманию между врачом и пациентом.

5. Учитывают значение и смысл конструирования.

6. Помогают в снабжении врача полезными аналитическими ключами и категориями.

7. Интерпретирующая функция у вышеназванных авторов специально не выделяется. Однако она характерна для любого нарратива, в том числе и для медицинского. Интерпретирующая функция является центральной для медицинской практики. Она рассматривается в конце не случайно, она, по сути, объединяет все предыдущие, некоторые из рассмотренных выше функций являются ее гранями, отдельными (но очень важными) моментами. Сбор анамнеза, который является частью истории болезни, – уже интерпретирующий акт. Понятие интерпретации (процесс распознавания смысла) является центральным для лингвистов, философов, но оно не знакомо врачам. Клиническая медицина разделяет свои методы познания с историей и другими гуманитарными дисциплинами, но, подчеркнем, что в отличие от них она явно не осознает свой интерпретирующий характер и более озабочена соблюдением стандарта научности в клинической практике.

Нарративы в настоящее время часто возникают как остаточная форма в результате обычной клинической встречи врача и пациента. Некоторые описания симптомов появляются как фрагменты, оторванные от сложных историй жизни пациента. Например, нередко пациент в нарративе о своей болезни говорит преимущественно в терминах симптомов, на специфическом, связанном с органами тела языке «жалоб», не выражая ясно того, о чем он волнуется, из-за чего он страдает. Эти симптомы обычно маскируют более глубокие беспокойства, с которыми, может быть, пациенту справиться трудно. «Нарративы часто содержат символический или метафорический материал, который имеет значение для пациентов. Хроническая боль, например, может быть символическим способом выражения прошлого физического или сексуального насилия» [12].

О том, что нельзя историю пациента рассматривать фрагментарно, писал в своем письме И. Ильину его знакомый врач: «Каждый больной подобен некоему “живому острову”. Этот остров имеет свою историю и свою “предысторию”. Эта история не совпадает с анамнезом пациента, т. е. с тем, что ему удастся вспомнить о себе и рассказать из своего прошлого; всякий анамнез имеет свои естественные границы, он обрывается, становится неточен и проблематичен даже тогда, когда пациент вполне откровенен (что бывает редко) и когда он обладает хорошей памятью. Поэтому материал, доставленный анамнезом, должен быть подтвержден и пополнен из сведений, познаний, наблюдений и созерцания самого врача. Он должен совершить это посредством осторожного предположительного выспрашивания и внутреннего созерцания, но непременно в глубоком и осторожном молчании (“про себя”). Так называемая “история болезни” (*historia morbi*) есть на самом деле не что иное, как вся жизненная история самого пациента. Я должен увидеть больного из его прошлого; если это мне удастся, то я имею шанс найти ключ к его настоящей болезни и отыскать дверь к его будущему здоровью» [13, с. 351–352].

В данном отрывке есть важный момент: там, где врач пишет о «внутреннем созерцании», речь идет об указанной выше ситуации «врач – собственное Я», о рефлексии врача в отношении нарратива пациента через призму собственного опыта и своего личного Я. Альтруизм, сострадание, почтительность, лояльность, смирение, храбрость и надежность стали неотъемлемыми чертами образа врача, который осуществляет подлинную заботу о больном. Рефлексирующий практикующий врач может идентифицировать и интерпретировать свои собственные эмоциональные ответы пациентам, определив смысл своей собственной жизни, он будет в состоянии дать в общении то, что необходимо больному или умирающему пациенту.

Таким образом, в плане диагноза нарратив – феноменальная форма, позволяющая понимать пациента, сочувствовать ему и т. д. Врач слушает пациента, следует за нитью рассказа и представляет ситуацию рассказчика (раскрывается, таким образом, биологическая, семейная, культурная и экзистенциальная ситуация), что в дальнейшем помогает врачу в постановке дифференциального диагноза.

Функции нарратива в терапевтическом процессе (выделены на основе статьи Т. Гринхальт и Б. Хурвица):

1. Нарративы поощряют целостный подход к больному человеку, который почти исчез с превращением медицины в научную дисциплину. Нарратив помогает избежать такого подхода к болезни,

когда она является вопросом органов, клеток, генов и молекул.

2. Нарративы могут быть в действительности терапевтическими или паллиативными (облегчающими страдания). Мощный терапевтический инструмент врача – это его слова, его личное Я, его внимание и сострадание пациенту.

3. Нарративы могут предложить дополнительные терапевтические варианты или способы, которые помогают ускорить выздоровление, исцеление пациента.

Нарратив пациента – это терапевтически центральный акт в силу того, что он обнаруживает слова, которые выявляют нарушенный порядок в жизни, в состоянии пациента и сопутствующие ему тревоги, нарратив помогает найти форму управления хаосом болезни. Все это позволяет врачу перейти к более знакомым ему клиническим задачам нарратива: установить терапевтический союз, чтобы поставить дифференциальный диагноз; правильно интерпретировать физические данные и сообщения лаборатории; испытывать и выражать сочувствие переживаниям пациента; предоставить в результате пациенту эффективный уход и заботу.

Если врач не может выполнить эти нарративные задачи, то пациент не сможет рассказать целостную историю, не сможет задать самые важные вопросы о том, что пугает его. Он может быть несосредоточенным во время диагностических действий, а поэтому правильный диагноз может быть пропущен; пациент может не соблюдать назначения врача или искать мнение других специалистов (и не только специалистов), и терапевтические отношения окажутся неэффективны.

Несмотря на то что из-за экономических соображений регламентируется, сокращается время, отведенное на прием пациента, а соответственно, и время, которое врач может отвести на беседу с ним, а в силу высокой специализации медицины нарушается непрерывность клинических отношений, в медицине тем не менее вновь осознается и подтверждается важность слушания историй болезни. Основные клинические навыки слушания, вопрошания, воспроизведения деталей, распределения полученной информации в определенном порядке, объяснения и интерпретации могут стать тем средством, которое явится посредником между очень различными мирами профессионалов-медиков и пациентов. Выполнение этих задач (хорошо или плохо) оказывает такое же большое влияние на результат болезни с точки зрения пациента, как и научно-технические аспекты диагноза или лечения.

Нарратив также способствует образованию и пациента, и врача, он является элементом роста медицинского профессионализма. Пациент во время беседы с врачом узнает что-то новое о своем состоя-

нии, а для врачей конкретные случаи могут быть основной формой, в которой они пополняют свои профессиональные знания. Врачи в форме нарратива обсуждают истории болезни с коллегами или анализируют случаи на конференциях, что, в свою очередь, тоже приводит к накоплению знаний.

Таким образом, различные функции нарратива можно объединить и свести к одной очень важной общей нарративной задаче: как форма самообоснования индивидуальности нарратив в медицине необходим для формирования и реализации нарративной идентичности и пациента, и врача, а также для содействия самообоснованию их исторической индивидуальности. Здесь наблюдается двуединный процесс: с одной стороны, медицинский нарратив врача призван обеспечить пациента значимой для него информацией (для реализации принципа уважения автономии пациента); с другой – нарративная идентичность врача помогает нарративной идентичности пациента.

На практике существует (более или менее выраженный) разрыв и противоречие между биомедицинской научной и нарративной медициной. Личные нарративы пациента, как устные, так и записанные в историю болезни, нелинейны, непоследовательны, а врачи обязаны выразить проблему пациента в структурированной и стандартизированной форме. Например, в России это «история болезни», в Великобритании «медицинская история», в США «клиническое делопроизводство» (clerking). В XIX в. история болезни в России носила название «скорбный лист», а скорбь – это крайнее выражение печали. Изменение названия было продиктовано стремлением медицины к большей объективности, научности, в то же время экзистенциальная смысловая нагруженность в названии данного медицинского документа исчезла.

«Мы не слышим историю пациента; мы выявляем ответы, части рассказа, соответствующие нашему выявленному диагнозу или шаблону истории, или одному из нескольких возможных шаблонов истории, которые являются отличительным дифференциальным диагнозом», – пишет от имени врачей Ш. Уотсон [11]. «Общая цель доктора при клинической первой встрече состоит в том, чтобы подчинить или разрешить проблему, ища ее обоснованность. Цель пациента состоит в том, чтобы прорваться, ища помощь» [11]. Врач и пациент имеют различные цели и не часто достигают действительно совместной истории.

Именно в связи с этим Б. Лоуэн писал: «Я считаю, что гораздо больше несчастных случаев происходит по вине квалифицированных врачей, которые халтурно относятся к составлению истории болезни и делают основной упор на применении технологических средств» [14, с. 176]. Б. Лоуэн

придавал большое значение умению врача выслушать пациента. Исследование, проведенное в Англии, показало, что 75 % информации, необходимой для правильной постановки диагноза, можно получить из истории болезни, 10 – по результатам физического осмотра, 5 – по данным простейших анализов, 5 – по результатам дорогостоящих инвазивных процедур, а оставшиеся 5 % информации «поступают неизвестно каким образом» [14, с. 36]. В итоге неумение или нежелание выслушать пациента становятся одной из причин диагностических ошибок.

Итак, в нарративе пациент предстает в исторически развертываемом событии и переживании, и как эмпирически доступный феномен его индивидуальность реализуется в нарративной идентичности. Нарратив является важной формой самообоснования индивидуальности пациента, что тесно связано с необходимостью предоставления па-

циенту значимой для него информации и подлинного выполнения на практике добровольного информированного согласия. Наблюдаемый сегодня в биоэтике поворот интереса к нарративу вполне закономерен в силу того, что нарратив является способом самообоснования индивидуальности. Как комплекс вербальных практик, он содержит в себе объяснение пациентом того, что с ним произошло, объяснение своей болезни, своих желаний, своего выбора того или иного медицинского вмешательства или отказа от медицинских манипуляций. По сути, в нарративе пациент обосновывает свои права и границы вмешательства в свое здоровье.

Создание нарративной этики является естественным следствием осознания необходимости поворота к пациенту, необходимости защиты его индивидуальности в повседневной практической деятельности в медицине.

Список литературы

1. Wilks T. Social Work and Narrative Ethics // *British Journal of Social Work*. V. 35. № 8. URL: <http://bjsw.oxfordjournals.org/cgi/content/full/35/8/1249>
2. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust // *JAMA*. 2001. V. 286, № 15, October, 17. URL: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/286/15/1897>
3. Рикёр П. Я-сам как другой; пер. с фр. М.: Изд-во гуманит. литературы, 2008. 416 с.
4. Брокмейер Й., Харре Р. Нарратив: проблемы и обещания одной альтернативной парадигмы // *Вопр. философии*. 2000. № 3. С. 29–42.
5. Greenhalgh T., Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? // *British Medical Journal*. 1999. V. 318. URL: http://www.bmj.com/cgi/content/full/318/7175/48?ijkey=16f6a390d753301fbf73b66dc2376770204778e9&keytype=tf_ipsecsha
6. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дис. ... д-ра филол. наук. Волгоград, 2008. 44 с.
7. Ярская-Смирнова Е. Р. Нарративный анализ в социологии // *Социолог. журн*. 1997. № 3. URL: <http://sj.obliq.ru/article/343?print=yes>
8. Трубина Е. Г. Нарратология: основы, проблемы, перспективы. URL: http://www2.usu.ru/soc_phil/rus/courses/narratology.html
9. Лиотар Ж.-Ф. Состояние постмодерна / пер. с фр. Н. А. Шматко. М.: АЛЕТЕЙЯ; СПб., 1998. 160 с.
10. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 7. Философия*. № 5. 1998. С. 34–41.
11. Watson S. An extraordinary moment. The healing power of stories // *Canadian Family Physician*. V. 53, № 8. URL: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1283>
12. Fraser F. D. Literature and medicine: Exploring Margaret Atwood's short story «Death by Landscape» // *Canadian Family Physician*. 2007. V. 53, № 8. P. 1280. URL: <http://www.cfp.ca/cgi/content/full/53/8/1280>
13. Ильин И. Путь к очевидности / послесл. В. И. Кураева; примеч. Р. К. Медведевой. М.: Республика, 1993. 432 с.
14. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания / пер. с англ. Е. Незлобиной. М.: КРОН-ПРЕСС, 1998. 367 с.

Мещерякова Т. В., кандидат философских наук, старший преподаватель.

Сибирский государственный медицинский университет.

Московский тракт, 2, г. Томск, Томская область, Россия, 634050.

E-mail: mes-tamara@yandex.ru

Материал поступил в редакцию 28.06.2010.

T. V. Mescheryakova

**MEDICAL NARRATIVE IN BIOETHICS AS A CRITERION OF TAKING
INTO ACCOUNT THE INDIVIDUALITY OF PATIENT**

The article reviews the results of research. It is exposed that shift of interest to narrative in bioethics and creation of narrative ethics are natural consequences of realizing the necessity of “turning” to a patient, necessity of protection of his individuality. The role and objects of narrative in medical practice are defined and it is exposed that one of physician’s criterion of professionalism is taking into account patient’s narrative.

Key words: *narrative medicine, narrative ethics, individuality, physician-patient relationship, narrative competence.*

Siberian State Medical University.

Moskovsky tr., 2, Tomsk, Tomsk oblast, Russia, 634050.

E-mail: mes-tamara@yandex.ru