

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-152-163

УДК 17.026+614.253

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО НАРРАТИВА

Барбашина Эвелина Владимировна,

доктор философских наук,

заведующая кафедрой философии

Новосибирского государственного медицинского университета,

Россия, 630091, Новосибирск, Красный пр., 52;

профессор кафедры философии Института философии и права СО РАН,

Россия, 630090, Новосибирск, ул. Николаева, 8

ORCID: 0000-0002-3369-4753

linaba@mail.ru

Аннотация

Актуальность анализа медицинского нарратива обусловлена его широким распространением в последние десятилетия, вызванным гуманизацией и индивидуализацией медицины. Как показала содержательная реконструкция текстов, многие идеи, ставшие основанием «нарративного поворота» в целом и медицинского нарратива в частности, были проработаны в трудах немецких романтиков Ф. Шлейермахера и В. Дильтея. Сравнительный содержательный анализ текстов показывает, что «субъективное понимание» (Ф. Шлейермахер), «внутренний опыт» и приемы описательной психологии (В. Дильтей) являются обязательными составными частями нарративного анализа. «Нарративный поворот» в социогуманитарном познании стал возможен только после того, как в различных направлениях континентальной философии XX в. были проработаны вопросы подлинного существования человека и способы понимания его индивидуальности.

Растущая популярность нарративного подхода в области медицины объясняется тем, что он соответствует теоретическим, методологическим и практическим изменениям, которые произошли в медицине. Это отказ от приоритета биомедицинской модели понимания здоровья, принципа патернализма, объективирования пациента и болезни. Большую роль в его распространении сыграли изменения в структуре заболеваний. Однако, как показал анализ содержательных особенностей и методологических оснований медицинского нарратива, не следует абсолютизировать его возможности в решении проблем индивидуации пациента, сохранении его идентичности и в конечном итоге в оптимизации процесса лечения.

Ключевые слова: нарратив, «нарративный поворот», медицинский нарратив, врач – пациент, принципы взаимоотношений «врач – пациент».

Библиографическое описание для цитирования:

Барбашина Э.В. Проблемы медицинского нарратива // Идеи и идеалы. – 2020. – Т. 12, № 3, ч. 1. – С. 152–163. – DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-152-163.

«Нарративный поворот» является одним из наиболее значимых смысловых и методологических «сдвигов», произошедших в социогуманитарном познании в конце XX в. В самом широком смысле нарратив – повествование на любую тему, осуществляющееся в самых разных условиях. Предельно широкое понимание нарратива привело к тому, что проблематичным становится выявление его существенных признаков и, соответственно, определение того, что же не является нарративом. В противоположность предельно широкому пониманию, в рамках литературной критики разрабатывалось его узкоспециализированное понимание, где наряду с интерактивными, перформативными высказываниями выделяют нарративные высказывания, нарративные тексты [4, с. 8]. Особенность последних состоит в том, что они ориентированы не только и не столько на накопление знаний, передачу опыта, описание действий, сколько на формирование событийной памяти и конституирование жизненных смыслов.

Для определения особенностей медицинского нарратива и сложностей, связанных с его применением, на первом шаге я конкретизирую понимание нарратива в современных социогуманитарных исследованиях, обратившись для этого к его смысловым истокам и причинам его актуализации. Затем сформулирую сложности определения и систематизации нарратива. На третьем шаге рассуждений рассмотрю особенности медицинского нарратива и проблемы, которые неизбежно возникают при реализации нарративного подхода в области медицины.

«Победное шествие» нарративного подхода обусловлено тем, что нарратив является одним из универсальных и распространенных способов коммуникации. Человек как личность зарождается и формируется в нарративах, проживает свою жизнь как историю, формируя себя и свое понимание этого. Нарративы конституируют бесконечное по своему содержанию поле смыслов, их ограничение обусловлено только правилами использования языка и социальными нормами [12, р. 124]. Жизнь человека неразрывно связана с нарративом и поиском повествовательного единства своего Я [17, р. 171–175]. Это происходит вне зависимости от степени рационализации нашего Я, потому что даже она неизбежно связана с повествовательными структурами.

Нарративы играют определяющую роль в повседневности, формируют идентичность человека и, как следствие, социально и личностно значимую реальность. Еще большую роль в сохранении идентичности нарративы играют в ситуациях экзистенциального кризиса, в ситуациях «стра-

ха, боли и надежды». Именно нарративы помогают восстановить целостность человека, когда рушится иерархия жизненных смыслов и выстроенная система ценностей теряет свою значимость.

Интерес к нарративу со стороны исследователей обусловлен, во-первых, его широким распространением в социогуманитарных дисциплинах и, во-вторых, его эвристическим потенциалом в социогуманитарном познании. Если в литературной критике нарративный анализ применялся к литературным произведениям, то в современности материалом для анализа становятся устные и письменные интервью, авторские тексты в Интернете, речь клиента в психотерапии, дневники болезней, которые ведут пациенты. Цель нарратива (и нарративного подхода к анализу текстов) также претерпела изменения: восстановление целостности, формирование идентичности, конструирование социальной реальности, интерпретация и анализ внутреннего мира человека.

Разнообразие существующих вариантов нарратива, а также методологическое многоголосие в вопросах их интерпретации актуализирует следующие вопросы: что является критериями нарратива; как именно наше Я проявляется в нарративах; как связаны нарратив и личность повествователя, нарратив и идентичность; какие последствия имеет нарратив для будущего (и имеет ли на самом деле). Частичные ответы на эти вопросы дает обращение к философским истокам нарративного подхода.

Традиционно истоки нарративного подхода возводят к литературной критике. Однако значимые идеи, вошедшие в теоретический фундамент современной нарратологии, разрабатывались уже в работах немецких романтиков Ф. Шлейермахера, В. фон Гумбольдта и В. Дильтея. Наиболее важными среди них, на мой взгляд, являются следующие:

- идея взаимосвязи языка, речи и миропонимания человека;
- идея принципиальной возможности отразить бесконечность и ответственность природы в поэзии, волшебной сказке, в Слове;
- идея принципиальной возможности гения отразить в Слове то, что не поддается рациональному познанию.

Ф. Шлейермахер, решая проблему понимания текста, выделял два способа понимания: объективный (грамматический) и субъективный (психологический). Субъективный исследует текст как производное от его автора. И особую роль субъективный способ приобретает тогда, когда текст является продолжением авторского Я. В этом случае текст следует понимать как жизненный акт автора текста, потому что «устройство предложения связано с ... устройством жизненного акта» [5]. Шлейермахер одним из первых формулирует отказ от рассмотрения языка (речи) как «технического» способа передачи информации и акцентирует связь между «производимым» текстом и внутренней жизнью автора.

В. Дильтей усиливает эту идею, разрабатывая описательную психологию и в своих рассуждениях о «внутреннем опыте». Описательная психология ориентирована на исследование внутреннего мира человека. Одна из основных ее задач в том, чтобы прояснить не проживание тех или иных событий, а их *переживание*, то есть содержание акта *переживания* события. Внутренний опыт, в отличие от внешнего, является первичным опытом действительности в жизнеосуществлении и содержит в себе «как опыт “внешнего мира”, так и опыт самости в ее сопряженности с миром» [3, с. 105]. По сути, внутренний опыт (в понимании В. Дильтея) – это персональный опыт идентичности, переживаемый через отношение к миру и реализуемый в текстах.

Теоретический фундамент нарративного подхода составили не только идеи немецких романтиков Ф. Шлейермахера, В. фон Гумбольдта и В. Дильтея, которые были кратко рассмотрены выше. Смысловой фон, на котором появление нарративного подхода стало возможным, сформировали содержательные изменения, которые произошли в рамках философии XX в. Она стала внимательна к индивидуально значимым событиям и смыслам, что нашло свое отражение в экзистенциально ориентированной философии, герменевтике, персонализме и частично в феноменологии. В этих направлениях произошел отказ от традиционного понимания человека как существа разумного. Конечно, разумность не отрицается, но она перестала рассматриваться как единственно значимый существенный признак. Решая вопрос о подлинном существовании человека, философы рассматривают его как «существо страдающее», «приспосабливающееся к окружающему миру», «играющее», «смеющееся», «странствующее», «болеющее». И обязательным шагом становится изучение того, как человек сам «проговаривает» себя в этих ситуациях. Повествования значимых событий становятся ключом к пониманию человека.

Развитие нарративного подхода инициировано работами структуралистов, «лингвистическим поворотом», «герменевтическими штудиями» и соотносится с такими темами континентальной философии, как антропологизм, индивидуация, структурный феноменализм. Распространение нарративного подхода в различных областях социогуманитарного познания происходит под влиянием работ социологов (П. Бергер, И. Гоффман, Т. Лукман, Дж. Херитейдж), антропологов (Дж. Мид, Б. Майерхоф, К. Латц), психологов (Дж. Брунер, Р. Харре, У. Джеймс, Э. Эриксон) и многих других.

В последние тридцать лет идет активное развитие медицинского нарратива (медицинской этики, нарративной медицины). Теоретическим фундаментом этого выступает представление о необходимости индивидуализации болезни, признание значимости смыслов, которые формирует

пациент, создавая свою историю болезни и *представляя* ее в рассказе (storytelling) врачу или медицинскому работнику. Вхождение врача в мир пациента и понимание его лучше, чем он сам (Ф. Шлейермахер), нарративизация внутреннего опыта пациента (В. Дильтей), подлинный (М. Бахтин), экзистенциальный (М. Бубер) диалог между врачом и пациентом – всё это рассматривается как необходимое условие успешного лечения.

Развитие нарративного подхода в медицине связано с отказом от строгой патерналистской модели во взаимоотношениях «врач – пациент» в пользу таких принципов, как принцип автономии пациента [1], принцип целостности личности пациента, принцип уважения к личности пациента [22].

Медицинский нарратив не является абсолютно новым жанром, рассказы пациентов от первого лица о своей болезни восходят к текстам стран Древнего Востока. Однако в конце XX в. происходит резкий рост медицинского нарратива. Объяснение этому специалисты видят, с одной стороны, в желании пациентов стать экспертами собственной болезни, с другой – в стремлении уйти от биомедицинского отношения к болезни [18, р. 10], согласно которому болезнь понимается как отклонение от нормы, как случай личной патологии [20, р. 45].

Причины актуализации медицинского нарратива в конце XX в. связаны с изменениями, произошедшими в структуре распространенности заболеваний.

Во-первых, снизилось количество острых инфекционных заболеваний. В ситуации эпидемии или пандемии резко возрастает нагрузка на медицинский персонал, увеличивается необходимость быстрого, а порой незамедлительного оказания медицинской помощи. В этих условиях отсутствует возможность создавать медицинские нарративы. Однако о значимости медицинского нарратива даже в условиях пандемии свидетельствует рост публикаций пациентов, переносящих или перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19), что, безусловно, привлечет внимание исследователей в будущем.

Во-вторых, на фоне увеличения жизни населения произошло резкое возрастание хронических дегенеративных заболеваний, психосоматических заболеваний. В обществе ремиссии (А. Франк) границы между болезнью и здоровьем практически отсутствуют. Традиционная дихотомия болезни и здоровья сдала свои позиции под натиском медицины высоких технологий. Лечение хронически больных пациентов, минимизация риска будущей инвалидизации, повышение качества медицинского ухода – всё это возможно только при условии «вхождения в мир пациента» [7, 23]. Голос пациента становится всё более важным для диагностики и лечения. Оказание медицинской помощи сменяется «заботой и уходом» [8].

Как ни странно, еще одна причина актуализации медицинского нарратива связана с возрастающей стоимостью оказания высокотехнологичной помощи. Даже если она остается доступной для какого-то количества пациентов, это не меняет ситуацию, то есть стоимость (и труднодоступность для большинства) не снижается [9, p. 26].

Несмотря на то что нарративный подход получил широкое распространение в Европе и Северной Америке и начинает развиваться у нас в стране, ряд проблем остается нерешенным.

Первое и наиболее серьезное возражение вызывают тезисы нарративной медицины о том, что все пациенты переживают свою болезнь как нарратив, используют, как правило, личностно-оценочный подход и стремятся к тому, чтобы представить свои истории. Однако тезис о тотальности медицинского нарратива опровергается рядом исследований. Как убедительно обосновывает G. Strawson, существуют *ненарративные* способы «проговаривания» и «проживания» болезни. Более того, расхождение и противоречие между объективным описанием болезни и медицинским нарративом могут ухудшить процесс лечения пациента. Автор не отрицает право на существование медицинского нарратива, но призывает отказаться от идеи его доминирования [24].

Вывод о том, что далеко не все пациенты стремятся к нарративизации внутреннего опыта болезни, подтверждают эмпирические исследования. Стремление представить свой рассказ о болезни четко коррелирует с возрастом пациента, заболеванием, образом жизни [2]. Многие пациенты не были готовы, не хотели «проговаривать» свою болезнь. Косвенно этот вывод подтверждают данные, полученные в рамках социологических исследований, свидетельствующие о том, что некоторые пациенты не хотят даже знать свой диагноз. Как правило, это связано с неизлечимыми диагнозами, о которых пациент не «хочет знать вообще», либо «знать в подробностях», либо предпочитает, чтобы информацию передавали родственникам [15]. Следствием такого отношения является отказ от обсуждения заболевания.

Вторая проблема связана с определением сущности устного медицинского нарратива. Условно нарративы делятся на текстуальные и перформативные. В первом случае нарратив рассматривается как текст и основой является его дискурсивная структура. Во втором – нарратив это только часть свершаемого события. Не менее важным является всё то, что сопровождает устный медицинский нарратив.

Традиционно предпочтение отдается первой, текстуальной концепции нарратива, и устная коммуникация рассматривается по аналогии с правилами текстуального нарратива: учитывается сюжет рассказа, временная последовательность излагаемых событий, целевая оформленность текста, свер-

шенность событий. Однако текстуальные и перформативные нарративы отличаются друг от друга, как и правила их интерпретации [21]. Если текстуальный нарратив целеориентирован, выстроен событийно во временной последовательности, ориентирован на строгий формальный язык, то перформативный нарратив структурируется по критериям значимости [6]. Если первый ориентирован на анонимного читателя и изначально предполагается смысловой зазор между читателем и автором, то устный нарратив – вариант экзистенциального диалога. Перформативный диалог – это событие, которое состоялось во многом благодаря его участникам, и следует учитывать способ представления рассказа, участников, обстоятельства и т. д. [16, 19]. Перевод медицинского нарратива (который по своей сути является перформативным) в текстуальный тем самым уничтожает смысл самого события.

Следующее методологическое затруднение связано с классификацией медицинских нарративов. Наиболее распространенной является классификация А. Франка, который выделяет нарратив выздоровления, хаотический нарратив, поисковый нарратив [10; 11, р. 19]. Б. Гуд предлагает подразделять медицинские нарративы на основе событий, которые предшествовали болезни и спровоцировали ее: эмоциональная травма, детские заболевания, травмы; отсутствие явных причин; приступы как провокация заболевания; нечто сверхъестественное [15]. Еще один вариант типологии предложен Кеннетом и Мэри Герген, которые выделяют стабильный, прогрессивный и регрессивный нарративы [13]. Этот далеко не полный список существующих и проанализированных вариантов деления медицинских нарративов свидетельствует о том, что деление по единому основанию не представляется возможным, так же как невозможна классификация всех существующих медицинских нарративов. Это, в свою очередь, свидетельствует о невозможности выделения однозначных существенных признаков медицинского нарратива.

Вывод состоит в том, что актуализация медицинского нарратива в течение последних тридцати лет обусловлена как общими причинами «нарративного поворота», так и частными, то есть связанными с современной медициной. К первым относятся смена исследовательской парадигмы в социогуманитарном познании: поиск оснований подлинного существования отдельного человека, индивидуация, антропологизм, структурный феноменализм. Ко вторым – отказ от доминирования биомедицинской модели в определении болезни, отказ от объективизации пациента, установление таких биомедицинских принципов, как принцип автономии пациента, принцип целостности личности пациента, принцип уважения. Медицинский нарратив в некоторых случаях способствует сохранению индивидуальности и целостности пациента, оптимизации отношений «врач – паци-

ент», эффективности лечения. Однако не следует абсолютизировать его роль, учитывая сложность применения, методологическую и содержательную непроработанность.

Литература

1. Барбашина Э.В. Принцип автономии пациента: за и против // Вестник Томского государственного университета. – 2019. – № 449. – С. 64–70.
2. Готлиб А.С. Нарративная медицина глазами российских врачей. Попытка социологического анализа // Вестник Самарского университета. – 2010. – № 5 (79). – С. 64–70.
3. Дилтей В. Собрание сочинений. В 6 т. Т. 1. Введение в науки о духе / пер. с нем. под ред. В.С. Малахова. – М.: Дом интеллектуальной книги, 2000. – 762 с.
4. Тюна В.И. Нарратология как аналитика повествовательного дискурса («Архиерей» А.П. Чехова). – Тверь: Твер. гос. ун-т, 2001. – 64 с. – (Литературный текст: проблемы и методы исследования. Приложение) (Лекции в Твери).
5. Шлейермахер Ф. Герменевтика / пер. с нем. А.Л. Вольского. – СПб.: Европейский дом, 2004. – 242 с.
6. Bauman R. Story, Performance and Event: Contextual Studies of Oral Narrative. – Cambridge: Cambridge University Press, 1998. – 144 p.
7. Bury M.R. Health and Illness in a Changing Society. – London: Routledge, 1997. – 240 p.
8. Bury M.R. Postmodernity and health // Modernity, Medicine and Health / ed. by G. Scambler, G. Higgs. – London: Routledge, 2000. – 260 p.
9. Bury M.R. Illness narratives: fact or fiction? // Sociology of Health & Illness. – 2001. – Vol. 23, N 3. – P. 263–285.
10. Frank A.W. The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. – Chicago: University of Chicago Press, 2013. – 280 p.
11. Frank A.W. Special report: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics // Hastings Center Report. – 2014. – January–February. – P. 16–20.
12. Gellner E. Reason and Culture. – Oxford: Blackwell, 1992.
13. Gergen K.J., Gergen M.M. Narrative form and the construction of psychological science // Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct / ed. by T.R. Sarbin. – New York: Praeger, 1986. – 303 p.
14. Oncology and Narrative Time / M-J. D.V. Good, T. Munakata, Y. Kobayashi, C. Mattingly, B.J. Good // Social Science and Medicine. – 1994. – Vol. 38 (6). – P. 855–862.
15. A Comparative Analysis of the Culture of Biomedicine: Disclosure and Consequences for Treatment in the Practice of Oncology / M-J. D.V. Good, T. Munakata, Y. Kobayashi, C. Mattingly // Health and Health Care in Developing Countries. – Philadelphia: Temple University Press, 1995. – P. 180–210.
16. Hydén L., Brockmeier J. Introduction: The Field of Illness Narratives // Health, Culture and Illness: Broken Narratives / ed. by L.C. Hydén and J. Brockmeier. – New York: Routledge, 2008.

17. *Jonson M.* The Body in the Mind: the Bodily Basis of Meaning, Imagination and Reason. – Chicago: University of Chicago Press, 1987. – 275 p.
18. *Hellman A.P.* Narrative and Illness: the Death of a Doctor's Friend // The Medical Journal of Australia. – 2005. – Vol. 182 (1). – P. 9–11.
19. *Langellier K.* “You’re marked”: Breast cancer, tattoo, and the narrative performance of identity // Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self and Culture / ed. by J. Brockmeier and D. Carbaugh. – Amsterdam: John Benjamins, 2001. – P. 145–184.
20. *Lawrence C.* Medicine in the Making of Modern Britain, 1700–1920. – London: Routledge, 1991.
21. *Linell P.* The Written Language Bias in Linguistics. – London: Routledge, 2005. – 256 p.
22. *Rendtorff J.D.* Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw // Medicine Health Care and Philosophy. – 2002. – N 5 (3). – P. 235–244.
23. Chronic Illness and the Quality of Life / ed. by A. Strauss. – St. Louis: Mosby, 1995.
24. *Strawson G.* Against Narrativity // Ratio (new series). – 2004. – Vol. 17 (4). – P. 428–452.

Статья поступила в редакцию 07.06.2020.

Статья прошла рецензирование 18.07.2020.

DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-152-163

THE PROBLEMS OF MEDICAL NARRATIVE

Barbashina Evelina,*Dr. of Sc. (Philosophy),**Head of the Department of Philosophy,**Novosibirsk State Medical University,**52, Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russian Federation;**Prof. of the Chair of Philosophy,**Institute of Philosophy and Law**of the Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences,**8, Nikolaeva St., Novosibirsk, 630090, Russian Federation*

ORCID: 0000-0002-3369-4753

linaba@mail.ru

Abstract

The significance of the analysis of medical narrative is determined by its dissemination in recent decades in the context of humanization and individualization of medicine. Comparative content analysis of the texts shows that ‘subjective understanding’ (F. Schleiermacher), ‘inner experience’ and methods of descriptive psychology (W. Dilthey) are essential components of contemporary narrative analysis. The ‘narrative turn’ in socio-humanitarian knowledge became possible only after the questions about the genuine existence of man and the ways of understanding his individuality were worked out in various directions of the continental philosophy of the twentieth century.

The growing popularity of the narrative approach in the field of medicine is due to theoretical, methodological, and practical changes that occurred in medicine: the rejection of the priority of the biomedical model of health, the principle of paternalism, objectification of the patient and disease. Changes in the structure of diseases also played an important role in its spread. However, as the analysis of the content and methodological foundations of the medical narrative has shown, one should not absolutize its possibilities in solving the problems of patient individualization, preserving his/her identity and, ultimately, in optimizing the treatment process.

Keywords: narrative, narrative turn, medical narrative, doctor-patient, principles of doctor-patient relationship.

Bibliographic description for citation:

Barbashina E. The Problems of Medical Narrative. *Idei i idealy = Ideas and Ideals*, 2020, vol. 12, iss. 3, pt. 1, pp. 152–163. DOI: 10.17212/2075-0862-2020-12.3.1-152-163.

References

1. Barbashina E.V. Printsip avtonomii patsienta: za i protiv [The Principle of Patient’s Autonomy: The Possible and the Real]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta = Tomsk State University Journal*, 2019, no. 449, pp. 64–70.

2. Gotlib A. S. Narrativnaya medicina glazami rossijskih vrachej. Popytka sociologicheskogo analiza [Narrative Medicine from Russian Doctors' Point of View: An Attempt of Empirical Analysis]. *Vestnik Samarkogo universiteta = Vestnik of Samara State University*, 2010, no. 5 (79), pp. 64–70.
3. Dilthey W. *Sobranie sochinenii*. V 6 t. T. 1. *Vvedenie v nauku o dukhe* [Collected Works. In 6 vols. Vol. 1. Introduction to the science of the spirit]. Moscow, Dom intellektual'noi knigi Publ., 2000. 762 p. (In Russian).
4. Tyupa V.I. *Narratologiya kak analitika povestvovatel'nogo diskursa ("Arkhieri" A.P. Chekhova)* [Narratology as an analytic of narrative discourse ("Bishop" by A.P. Chekhov)]. Tver, Tver State University Publ., 2001. 64 p.
5. Schleiermacher F. *Hermeneutik*. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1977 (Russ. ed.: Shleiermakher F. *Germenevika*. St. Petersburg, Evropeiskii dom Publ., 2004. 242 p.).
6. Bauman R. *Story, Performance and Event: Contextual Studies of Oral Narrative*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998. 144 p.
7. Bury M.R. *Health and Illness in a Changing Society*. London, Routledge, 1997. 240 p.
8. Bury M.R. Postmodernity and health. *Modernity, Medicine and Health*. Ed. by G. Scambler, G. Higgs. London, Routledge, 2000. 260 p.
9. Bury M.R. Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 2001, vol. 23, no. 3, pp. 263–285.
10. Frank A.W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago, University of Chicago Press, 2013. 280 p.
11. Frank A.W. Special report: Narrative Ethics: The Role of Stories in Bioethics. *Hastings Center Report*, 2014, January–February, pp. 16–20.
12. Gellner E. *Reason and Culture*. Oxford, Blackwell, 1992.
13. Gergen K.J., Gergen M.M. Narrative form and the construction of psychological science. *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. Ed. by T.R. Sarbin. New York, Praeger, 1986. 303 p.
14. Good M-J. D.V., Munakata T., Kobayashi Y., Mattingly C., Good B.J. Oncology and Narrative Time. *Social Science and Medicine*, 1994, vol. 38 (6), pp. 855–862.
15. Good M-J. D.V., Munakata T., Kobayashi Y., Mattingly C. A Comparative Analysis of the Culture of Biomedicine: Disclosure and Consequences for Treatment in the Practice of Oncology. *Health and Health Care in Developing Countries*. Philadelphia, Temple University Press, 1995, pp. 180–210.
16. Hydén L., Brockmeier J. Introduction: The Field of Illness Narratives. *Health, Culture and Illness: Broken Narratives*. Ed. by L.C. Hydén and J. Brockmeier. New York, Routledge, 2008.
17. Jonson M. *The Body in the Mind: the Bodily Basis of Meaning, Imagination and Reason*. Chicago, University of Chicago Press, 1987. 275 p.
18. Hellman A.P. Narrative and illness: the death of a doctor's friend. *The Medical Journal of Australia*, 2005, vol. 182 (1), pp. 9–11.
19. Langellier K. "You're marked?": Breast cancer, tattoo, and the narrative performance of identity. *Narrative and Identity: Studies in Autobiography, Self and Culture*. Ed. by J. Brockmeier and D. Carbaugh. Amsterdam, John Benjamins, 2001, pp. 145–184.

20. Lawrence C. *Medicine in the Making of Modern Britain, 1700–1920*. London, Routledge, 1991.
21. Linell P. *The Written Language Bias in Linguistics*. London, Routledge, 2005. 256 p.
22. Rendtorff J.D. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine Health Care and Philosophy*, 2002, no. 5 (3), pp. 235–244.
23. Strauss A., ed. *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis, Mosby, 1995.
24. Strawson G. Against Narrativity. *Ratio (new series)*, 2004, vol. 17 (4), pp. 428–452.

The article was received on 07.06.2020.

The article was reviewed on 18.07.2020.