

УДК 17.3

*В.Л. Лехциер\**

**РАНЕННЫЙ РАССКАЗЧИК:  
НА ПУТИ К НАРРАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ\*\***

*Читателя! Советчика! Врача!  
На лестнице колючей – разговора б!  
О. Мандельштам*

В статье проводится типология сообществ и тематизируется этическое нарративное сообщество, релевантное сфере медицины, прежде всего, отношениям между врачом и пациентом. Феномен нарративной медицины рассматривается на фоне философских концепций, участвующих в «нарративном повороте». Главный акцент делается на этической и терапевтической необходимости нарративных сообществ в постмодерном обществе ремиссии.

**Ключевые слова:** сообщество, нарратив, медицина, опыт болезни, этика, со-чувствие.

**1. Идея сообщества. Этика, самость и наррация**

Идея сообщества с завидной периодичностью актуализируется в философии XX века – и правыми, и левыми мыслителями: от идеологов консервативной революции до социальной критики, практикуемой леворадикальными авторами, борцами с капитализмом и рыночным индивидуализмом. Чаще всего в сообществе видят **политический** смысл (не столько в исходном аристотелевском смысле понятия политки, сколько в плане узкой политической прагматики, то есть в качестве субъекта политической борьбы). В сообществе также усматривают **онтологический** смысл – в самых разных онтологиях социального: как в общих онтологиях, так и региональных, например, от Чарльза Кули до Бенедикта Андерсона. В сообществе также выявляется и **этический** смысл, причем как в его универсальном измерении (концепции Эмманюэля Левинаса или Мориса Бланшо), так и в специфических измерениях, в частности,

---

\* © Лехциер В.Л., 2010

*Лехциер Виталий Леонидович* (lekhtsiervitaly@mail.ru), кафедра философии гуманитарных факультетов Самарского государственного университета, 443011, Россия, г. Самара, ул. Акад. Павлова, 1.

\*\* Статья подготовлена в рамках исследования, получившего грантовую поддержку (Президентский грант МД-333.2009.6).

в сообществах, которые имеют непосредственное отношение к медицине, о чем пойдет речь во второй части статьи.

Эта акцентуация на ценности сообщества причудливым образом переплетается в философии XX века с крайними формами разочарования в самой идее коллективности, совместности, в любом коммунитаристском ожидании, что, разумеется, связано как со становлением массового общества, так и с трагическим тоталитарным опытом XX века. Поэтому вряд ли будет большим преувеличением сказать, что именно вокруг идеи сообщества структурируются философская мысль, ее полюсы, в прошлом веке.

В современной философии и социальной теории сообщества классифицируют совершенно по-разному: *сообщества глобальные и локальные* (топологический критерий), *традиционные и избираемые* (Бланшо), *сообщества целей и сообщества интересов, эпизодические и длительные* или *сообщества исторические* (сообщества памяти) и *сообщества момента* (темпоральный критерий), *макросообщества* (например, «воображаемые сообщества», по Андерсону) и бинарные микросообщества (учитель-ученик, врач-пациент, родитель-ребенок, анализатор-анализант, мужчина-женщина; бинарность здесь не принципиальна, например, значимой является триангуляция: врач-пациент-родственник пациента), наконец, *сообщества публичные* и, я бы сказал, как оппозицию им — *«интимные сообщества»*. Последнюю оппозицию можно сформулировать иначе и в известной степени сущностно: *сообщества трансцендентные и сообщества имманентные*.

Последние три оппозиции очень удачно коррелируют друг с другом, фактически организуясь в одну оппозицию: с одной стороны, *макросообщества, они же публичные (или политические), они же трансцендентные*, с другой стороны, *микросообщества, они же интимные (или этические), они же имманентные*. Понятия трансценденции и имманентности в данном случае требуют пояснения. Публичные макросообщества трансцендентны постольку, поскольку являются сообществами *актуализирующей социальности*. Социальность участников, которые входят в это сообщество, достигает своей максимальной исполненности. По сути мы здесь имеем дело с *сообществом признания*, причем как взаимного признания участниками сообщества друг друга, так и внешнего признания, на которое они притязают. Принципиально важно, что притязание на *внешнее признание* является горизонтом для внутреннего. Именно поэтому данное сообщество можно считать *трансцендентным*. Оно все обращено вовне, это «вовне» есть горизонт того, что происходит внутри. Такое сообщество есть очень эффективный способ или инструмент рыночной и политической конкуренции. Это, безусловно, *работающее, «производящее»* сообщество, и его символическое производство целиком подчинено логике трансценденции, то есть логике *внешней конкуренции и борьбы за признание*. (В частности, обычные академические сообщества именно постольку, поскольку они академические, по своей сути являются таковыми. Или необычные академические сообщества, образующие так называемый «невидимый колледж», — английская академическая идея, которая реализовалась сегодня в виде разнообразных экспертных сообществ взаимного цитирования, обмена препринтами, материалами, рецензиями и т. п.).

Этическое микросообщество устроено имманентным образом. Здесь социальность, в особенности всякая институциональная логика и тем более корпоративная логика проваливаются. Хочу подчеркнуть, что понятие имманентности в связи с сообществом достаточно коряво, поскольку, как справедливо писал Бланшо, сообщество — это «невозможность собственной имманентности» [1, с. 4]. Тем не менее этическое микросообщество имманентно, поскольку не определяется внешними задачами и механизмами признания. Оно обращено не вовне, а внутрь себя. Смыслом этого сооб-

щества является *достижение и удержание коллективного аффекта, коллективно разделяемых эмоций («аффективное сообщество»)*. Причем это не обязательно содружество, такое сообщество может оставаться сообществом незнакомцев. Сообщество смертных, о котором написал Бланшо, возникающее у постели умирающего, – частный случай такого сообщества. Оно также не обязательно *неработающее* сообщество, оно вполне может совершать какую-то работу, например, если у постели больного окажется социальный работник или младший медперсонал. Или другой пример – сеанс психоанализа: это работа, но вместе с тем ее смысл заключается как раз в учреждении этического имманентного сообщества.

Более того, можно добавить к проведенной дифференциации типов сообществ еще один маркер: *нарратив*. Первый тип сообществ – *публичные трансцендентные макросообщества* – это сообщества «*большого нарратива*», в том смысле этого понятия, какой придал ему Лиотар [2]. Они возможны только на базе большого нарратива (например, нация как публичное трансцендентное макросообщество возможна только на базе соответствующего «большого нарратива», или другой пример – академическое сообщество тоже возможно только на базе «большого нарратива», каковым, несомненно, является университет, идея университета). Второй тип сообществ – *этические имманентные микросообщества* – это сообщества локальных партикулярных *нарративов*, которые в своих осуществлениях выступают в качестве *контрнарративов* по отношению к метанарративам.

Одним из таких примеров этических имманентных нарративных микросообществ являются нарративные сообщества в сфере медицины или точнее в сфере медицины, истолкованной в свете «нарративного поворота». Нарративный поворот в медицине, в клиническом опыте вообще – это явление и теоретическое, и уже практическое, вызванное целым рядом факторов, связанных равно с тенденциями в развитии современной медицины и современной философии, прежде всего с *лингвистическим и перформативным* поворотами в философии.

Что касается философии, то кроме известных ветвей лингвизации философской проблематики в XX веке следует упомянуть трех авторов, чьи работы так или иначе связаны с нарративным поворотом в гуманитарных науках – это Рорти, Рикер и Макинтайр. Аласдер Макинтайр прямо формулирует новую антропологическую формулу: «человек в своих действиях, на практике и в своих вымыслах представляет животное, которое повествует истории» [3, с. 291–292]. Макинтайр распространяет драматургическую сущность обычного разговора, актеры которого являются его же авторами, на любое человеческое действие, тем самым делая это действие постижимым в нарративной форме. Как действия другого, так и собственные жизни мы постигаем в нарративной форме, то есть в форме *повествования* о чем-то, что имеет *начало, середину и конец*, мелкие сюжеты, побочные линии, развязки, сюжеты внутри сюжетов, кульминационные события и т.д. Ключевая антропологическая мысль Макинтайра заключается в том, что единство человеческой жизни и человеческого «я» зиждется именно в единстве нарратива, сцепляющего жизнь в нечто целое от рождения до смерти [3, с. 278].

Ричард Рорти вводит понятие *переописания*. С точки зрения философа, выступающего против всякого рода эссенциализма, нет никакого долингвистического сознания, мы всегда уже в той или иной системе описания, поэтому нет нужды спорить о репрезентации, истине и т. п., а чтобы не поклоняться останкам старых метафор, следует, как это делают поэты, периодически заниматься переописанием вещей, создавая новые языковые игры, новые миры и способы самопонимания. С опорой на Блумегберга, Ницше, Фрейда и Девидсона Рорти утверждает, что наша партикулярная «случайная» самость, наша индивидуальная тональность жизни есть продукт са-

мосозидания посредством собственной идеосинкразичной метафоры: «...отследить причины своего индивидуального бытия, как оно есть — это рассказать о них историю на новом языке» [4, с. 52], то есть самопознание есть конструктивный процесс изобретения нового языка и, следовательно, есть самосозидание.

Порь Рикер схожим образом говорит о «повествовательной идентичности» [5], акцентируя на опосредованности внутреннего опыта непрерывным повествовательным дискурсом. Диалектику постоянства и изменчивости, свойственную человеческой жизни, Рикер выводит из аналогичной диалектики повествования, завязывания интриги, динамической идентичности персонажей, на которых держится интрига в рассказываемой истории, и механизмах сюжетизации («конфигурации», в терминах Рикера) — на всех тех моментах, которые он описал в своей теории повествования.

## 2. Общество ремиссии, постмодерный опыт болезни и необходимость нарративного сообщества

Теперь о тренде медицины в сторону самоистолкования в свете идеи нарративности. Речь идет о поиске существенных дополнений к объективистской, манипулятивной, деперсонализированной и технологической стороне современной медицины, а в некоторых случаях даже об альтернативе этой медицине. В научной литературе сегодня, прежде всего американской и европейской, говорится не только о необходимости нарративизации взаимоотношений врач-пациент, но и о нарративном будущем медицины в целом, нарративном видении здравоохранения (*Narrative Health Care*) [6–8]. Это довольно большая тема, она распадается как минимум на два исследовательских направления, одно из которых занимается нарративными компетенциями врачей и экспликацией нарративной сущности врачевания, так называемой *медицинской казуистики*, другая — нарративами, создаваемыми пациентами, их этическим и терапевтическим потенциалом. Несмотря на то, что данные исследования проводятся на фоне уже существующих конкретных практик и врачей, и пациентов, то есть являются постфактумными, констативными, но по своей сути они все-таки прескриптивны, то есть обращены вперед как некое предписание.

Одна из основных причин поисков подобных альтернатив, по сути исторических причин, состоит в осознании того обстоятельства, что в отношении существеннейшей стороны человеческого опыта общество, в котором мы сейчас живем, незаметным для нас образом превратилось в «общество ремиссии» (*Remission Society*) [9, р. 8]. Этот новаторский и парадигмальный термин американского социолога и антрополога Артура Франка означает, что если раньше в списке традиционных социально и экзистенциально значимых различий — богатый / бедный, мужчина / женщина, молодой / старый, свой / чужой и т. д. — было также различие *больной/здоровый*, то с определенного момента оно перестало быть релевантным. Еще Сюзан Зонтаг писала, что человек имеет своеобразное двойное гражданство, паспорт от государства здоровых и государства больных и то и дело пересекает их границы. Но сегодня теоретики и практики медицины справедливо утверждают, что на карте человеческого опыта этих государств больше не существует, их границы по меньшей мере проблематичны. Они проблематичны, потому что более 70 процентов в структуре современной патологии занимают хронические болезни<sup>1</sup>, то есть такие болезни, которые не могут быть

<sup>1</sup> «В целом в мире и особенно в развитых странах происходит наступление хронических заболеваний и отступление острых, главным образом, инфекционных и паразитарных. Неэпидемические, хронически протекающие болезни вышли на первое место в структуре не только смертности, но и заболеваемости...», — пишет Ю.П. Лисицын [10, с. 50]. Автор также замечает, что для полного определения особенностей патологии в XX веке к хронизации нужно добавить и «невротизацию».

излечимы, и человек достигает лишь состояния ремиссии, то есть состояния, где границу между здоровьем как нормой и заболеванием как отклонением от нормы провести невозможно<sup>2</sup>.

Немецкий врач и философ Клаус Дернер полагает, что по вышеназванным обстоятельствам в медицине должна быть пересмотрена *парадигма лечебного случая* [12, с. 243]. До сих пор еще, как пишет Дернер, медицина живет *острым* случаем как *типичным*, вписывающимся в задачу *restitutio ad integrum* (случай легкого заболевания типа зубной боли или ситуация неотложки), что в конечном счете приводит к социально-экономическому обесцениванию хронического больного и его полнейшей деморализации в плане самопонимания. *Restitutio ad integrum* – идея полного возвращения организма к состоянию, которое было до заболевания, к состоянию «самозабвения», здоровья, безотчетной самоотдачи миру. Это великая и теперь можно сказать *модерная* идея медицины, на реализацию которой были брошены все технические и фармацевтические средства. Во многом она была продиктована пониманием медицины как инструмента социального контроля и регулирования, что закреплено, в частности, в известной концепции Парсонса. *Но хроническая болезнь*, то есть болезнь, которая именно благодаря технологическим успехам современной биомедицины перешла в хроническую форму, – это невозможность *restitutio ad integrum*, это абсолютная необратимость и в биологическом смысле, и в смысле образа жизни. Она срастается с временем человеческой жизни, чередуя этапы ремиссии и рецидивов. Не случайно в современной социологии медицины старое парсоновское понятие «роль больного», фиксирующее, как я уже говорил, модерный опыт болезни, дифференцируется на понятия «роль острого больного», «роль хронического больного», «роль безнадежного больного» и т. п. [13, р. 25]. Медицина должна ориентироваться на *хронического больного как типичный врачебный случай* (возникает даже понятие «хронического врача», ориентированного не столько на пунктуальную этику решений, сколько на этику заботы, сопровождение больного, не имеющее временных границ). Сейчас хроническая болезнь, как отмечает Дернер, – это сфера интимного стыда медицины, ее бессилия и одновременно на фоне эксплицированного фиктивного идеала *restitutio ad integrum*, это путь деморализации хронического больного, что нередко приводит с его стороны к «бунтам», суицидам, преждевременному прекращению лечения и т. д.

Чтобы было понятно о чем или о ком я говорю, процитирую Франка: «К членам общества ремиссии относятся те, кто переболел практически любой формой рака, те, кто участвует в программе восстановления больных сердечными заболеваниями, диабетика, люди, чья чувствительность к аллергенам и факторам окружающей среды требует соблюдения диеты и других видов самоконтроля, люди с протезами и другими механическими регулируемыми устройствами, хронические больные, инвалиды, люди, “излечивающиеся” от злоупотреблений и зависимостей, а также члены их семей, которые разделяют волнения и ежедневные триумфы их хорошего самочувствия» [9, р. 8]. Кстати говоря, отдельной исследовательской ветвью этих чутких констатаций является последовательная тематизация *хронической боли* как формы патологии, являющейся «скрытой эпидемией» нашей жизни, как повседневности различных социальных слоев и как привилегированной темы медицинской антрополо-

---

<sup>2</sup> Лиза Дитрих, комментируя книгу Франка, пишет: «Раньше пациенты выздоравливали или умирали, сейчас пациенты часто и не выздоравливают полностью и не умирают от своих болезней, но, скорее, находятся *в* и *вне* состояния ремиссии. Тело пребывает, терзаемое болезнью или ее угрозой. Человек никогда не бывает полностью здоров или определенно болен, находясь где-то между этими состояниями» [11, р. 3] .

гии и культурологии [14, р. 57]. Наблюдения и выводы многочисленных авторов, пишущих об этом явлении, например Девида Морриса, на мой взгляд, напрочь отменяют гламурно-фундаменталистский *как-бы-философский* дискурс об обществе обезболенных, анестезийной цивилизации и т. п. Релевантность последних концепций ограничена в лучшем случае опытом *острой боли* и *модерной победы над ней* и, таким образом, служит плохим помощником в диагностике постсовременности с характерной для нее *болью хронической*.

Для хронических больных, у которых болезнь срастается с биографией, принудительно структурируя бытие-в-мире, как справедливо пишет известный американский медантрополог и психиатр Артур Клейнман, детали являются всем, хроники вынуждены постоянно отслеживать мельчайшие физические процессы и принимать решения по поводу происходящих изменений. Жизнь хроника — это *жизнь-в-интерпретации* своих состояний, осуществляющейся по большей части посредством ревизии прошлого в свете недавних изменений, посредством *анамнезиса*, который современная медицина властно редуцировала до краткого терминологического анамнеза. Эти пациентские интерпретации носят преимущественно нарративный характер, имеют форму рассказов, повествующих о тех или иных происшествиях, случаях, событиях в собственной телесной и психической жизни, рассказов, ищущих и предлагающих причины событий и анализирующих их последствия. Нарратив — универсальный способ придания смысла опыту. Адресатами таких рассказов являются врачи, близкие, коллеги по несчастью, наконец, сами создатели этих нарративов, поскольку вопросы «что со мной происходит?», «что все это значит?», «что теперь будет?» и «как с этим жить?» больной человек с необходимостью ставит прежде всего перед самим собой. Собственно это и есть *illness*, то есть реальный субъективный *опыт болезни* — в отличие от *disease* как нозологической биомедицинской единицы, обозначающей болезнь как объективное явление природы.

Прочитав Клейнмана, снимая шляпу перед точностью его научной и человеческой интуиции: «Таким образом, пациенты упорядочивают свое переживание болезни (то, *что* оно означает для них самих и близких им людей) как *личный нарратив*. Нарратив о болезни — это история, рассказанная пациентом и пересказываемая близкими ему людьми для того, чтобы связать отдаленные события с длительным периодом страдания. Линия сюжета, основные метафоры и риторические средства, из которых строится нарратив о болезни, взяты из культурных и индивидуальных моделей организации переживаний таким образом, чтобы они обладали значением, а также для эффективной передачи этих значений. Эти тексты-модели формируются и даже создают переживания на протяжении длительного течения хронического расстройства. Личный нарратив не просто отражает переживание болезни, а скорее вносит свой вклад в переживание симптомов и болевых ощущений» [15, р. 49].

Я сейчас отвлекаюсь от большой проблемы соотношения нарратива и переживания, репрезентации и конструкции, соотношения денотативности коннотативности в нарративе. Также я отвлекаюсь от проблемы демаркации культурного и индивидуального в нарративе болезни, в его сюжетных ходах и фигурах. Мне интересна перформативная сторона процесса, сам факт имманентной нарративной составляющей болезни как *illness*.

Важно, что принципиальная необходимость учета этого фактора, всех письменных и устных нарративов пациентов в процессе терапии, в процессе взаимодействия с врачом обосновывается сегодня как со стороны самих медиков, так и со стороны тех теоретиков, которые выступают от имени пациентов. Со стороны медицины это попытка восстановить забытое значение медицины как врачевания, а терапии как практики *заботы* (гр. *terapía* — забота, служение, попечение, лечение), попытка уйти от

нормативной «этики сверху», этики внешних кодексов и принципов и нащупать имманентную этику врачевания, которая, по мысли того же Дернера, необходимым образом становится *нарративной этикой*, возвращающей персональность и врачу, и пациенту. «Разговаривающая медицина» культивирует «умение слушать бесконечно долго», так что «любая проблема времени утрачивает свое значение» [12, с. 74]. Врач-слушатель становится посредником в нравственных приключениях хронического больного, побуждая его рассказывать о своей жизни всякий раз по-новому, интегрируя болезнь в проект жизни, врач становится ответственным за нравственную карьеру пациента. А в речи самого врача происходит отказ от первого и последнего слова.

Со стороны пациентов нарративный поворот обосновывается заново присвоенным себе правом быть субъектом наррации. Модерный опыт болезни был основан на медицинской колонизации тела, нарративной капитуляции пациента и господстве научного медицинского нарратива при описании болезни (жанр «истории болезни» и порождаемый им дискурс, на котором вынужден говорить и пациент). Здесь пациент был только объектом описания. Теперь, в эпоху постмодерного опыта болезни, он хочет быть субъектом наррации, самоописания и говорить о своем страдании на своем языке, извлекая из этого опыта собственные экзистенциально значимые смыслы. Вместе с возвращением себе нарративной субъектности пациент возвращает себе и ответственность за самого себя, за способы проживания-в-болезни, ответственность, которая ранее при вхождении в «роль больного» целиком возлагалась на медицину. При этом я бы хотел подчеркнуть одну мысль Артура Франка: фигура «раненого рассказчика» (Wounded Storytelle) на самом деле связана не только с неким новым самопониманием больного, но и с учреждением этического сообщества. «История рассказывается одним человеком *для другого* в той же степени, что и для себя. Нравственный гений сказительства заключается в том, что и рассказчик, и слушатель входят в пространство истории для другого» [9, р. 18]. Я бы добавил, что слушатель слушает не только для рассказчика, но и для себя. Вот эта структура опыта, конститутивная для этического нарративного сообщества – структура «и для себя, и для другого», может быть схвачена, на мой взгляд, понятием *разделения чувства* в двух противоположенных смыслах этого понятия: *разъединения* и *объединения*. Разделение чувства – это тот необходимый факт (здесь уместно вспомнить понятие Василия Кандинского «внутренняя необходимость»), который превращает коммуникацию в этическое сообщество. Мы должны помнить, что максимальная ритуализация общения, институциональное его форматирование (в больнице, во время семинара и т. п.), экстаз коммуникации, о котором писал Бодрийяр, возгонка пустого, «ненапрягающего» разговора, не затрагивающего экзистенцию, – характерная черта нашего времени. По отношению к пустым, целиком произвольным или формализованным разговорам этический нарратив всегда выступает как *контрнарратив*, как напряжение, требующее экзистенциальных инвестиций, психофизических затрат и личной ответственности. Вообще говоря, это чудо, на которое можно только надеяться. Однако его можно и приближать, если в процессе общения руководствоваться логикой деинституционализации, в частности, если мы имеем в виду сферу медицины, то это преодоление, как бы взлом изнутри поликлинических и госпитальных форматов коммуникации.

Как известно, понятие разделения чувства использует в своей политической эстетике Жак Рансьер. Но в независимости от того, какие смыслы вкладывает французский философ в этот концепт, мы можем ввести его как продуктивный концепт для продумывания сущности нарративных этических микросообществ, поскольку распределение нарративных ролей в них служит возникновению и удержанию сообщества как со-чувствия, этического *common sense*.

Почему мы вообще хотим, чтобы нас слышали? Почему пациент хочет, чтобы его выслушал врач, почему автор литературного произведения хочет быть прочитанным, почему учитель хочет быть услышанным своими учениками, почему нам так важно поделиться с другими и радостью, и горем? Это решающий вопрос. Социолог на него обязательно ответит, что это желание продиктовано жадой признания со стороны другого, то есть жадой социальной полноценности. Психолог обязательно укажет на работающие в этом процессе механизмы психофизического облегчения. Однако вопрос все-таки остается. Дело не в социальности как таковой, институциональные обобществляющие силы которой здесь как раз не работают, и не в снятии части психологического груза, который мы несем на своих плечах, с тем, чтобы переложить его на плечи другого. Разделение чувства, достигаемое в этическом микросообществе, порождает уникальную ситуацию совместности, *онтологическую* по своему статусу и последствиям, неизбежно сказывающуюся на способах экзистирования тех, кто в ней оказывается.

### Библиографический список

1. Бланшо М. Неопишное сообщество. М.: МФФ, 1998.
2. Лиотар Ж-Фр. Состояние постмодерна. М.: Институт экспериментальной социологии. СПб: Алетейя. 160 с.
3. Макинтайр А. После добродетели. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.
4. Рорти Р. Случайность, ирония и солидарность. М.: Русское феноменологическое общество, 1996.
5. Рикер П. Повествовательная идентичность. URL: [http://sprach-insel.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=130&Itemid=61](http://sprach-insel.com/index.php?option=com_content&task=view&id=130&Itemid=61).
6. Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press, 2006.
7. Mattingly Ch., C.Garo, L. Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 2000.
8. Brody H. Stories of sickness. N.Y.: Oxford University Press, 2003.
9. Frank A. Wounded Storyteller: body, illness, and ethics. Chicago: University Of Chicago Press, 1997.
10. Лисицын Ю.П. Теории медицины XX века. М.: Медицина, 1999.
11. Diedrich L. Treatments: Language, Politics, and the Culture of Illness. Minnesota: University Of Minnesota Press, 2007.
12. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. М.: Алетейя, 2006.
13. Denton J. A. Medical Sociology. Boston: Houghton Mifflin, 1978. P. 25
14. Morris D. B. The Culture of Pain. Berkeley and Los Angeles; London: University of California Press, 1993.
15. Kleinman A. The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. N.Y.: Basic Books, 1988.

*V.L. Lekhtsiyer\**

**WOUNDED STORYTELLER:  
ON THE WAY TO NARRATIVE MEDICINE**

The article deals with the typology of communities and examines ethical narrative community relevant to medicine sphere – first of all relations between the doctor and the patient. The phenomenon of narrative medicine is considered against the philosophical concepts participating in «narrative turn». The main emphasis is given on ethical and therapeutic necessity of narrative communities in a postmodern remission society.

**Key words:** community, narration, medicine, illness experience, ethics, sympathy.

---

\* *Lekhtsiyer Vitaliy Leonidovich* (lekhtsiervitaly@mail.ru), the Dept. of Philosophy of Humanitarian Faculties, Samara State University, Samara, 443011, Russia.