

https://doi.org/10.59444/2024SERredGor_Seu_PAr8

Anna Kuzio

Uniwersytet Zielonogórski

MEDYCyna NARRACYJNA W UJĘCIU RITY CHARON: UTOPIA CZY ŚWIETLANA PRZYSZŁOŚĆ? ZNACZENIE MEDYCyny NARRACYJNEJ W KSZTAŁTOWANIU PROCESU KOMUNIKACJI MIĘDZY LEKARZEM I PACJENTEM



Wprowadzenie

Relacje komunikacyjne pomiędzy lekarzem a pacjentem często postrzegane są jako R pewnego rodzaju wyzwanie¹. Obawa pacjenta o stan własnego zdrowia, a także uprzednie doświadczenia komunikacyjne, które wynikały z kontaktu z personelem medycznym², zasadniczo wpływają na konstruowanie komunikatów, które w obawie przed brakiem zrozumienia przez lekarza zostają przedstawione w sposób zwięzły i pozbawiony dodatkowych informacji. Lekarze skupiający się na objawach zwykle pomijają 'historie' opowiadane przez pacjentów, a co więcej, ograniczają komunikacyjne 'zapędy' pacjentów tak, aby mogli skupić się jedynie na diagnostyce. Takowe podejście jest często stosowane przez lekarzy, których staż w zawodzie jest krótki, ale także lekarzy z dużym stażem pracy, co w konsekwencji prowadzi do pewnego rodzaju osamotnienia komunikacyjnego³, które ma konsekwencje dla obu stron interakcji. Lekarz często zapomina, że ta dodatkowa narracja może stanowić znaczący element w procesie diagnozowania, a tym samym stawia pacjenta w centrum uwagi, nie tylko ze względu na to, że staje się obiektem diagnozy, ale przede wszystkim ustanawia jego wymiar jako

¹ J.F. Ha, N. Longnecker, *Doctor-patient communication: a review*, „Ochsner J. Spring” 2010, t. 10 (1), s. 38-43, PMID: 21603354, PMCID: PMC3096184.

² P. Ranjan, A. Kumari, A. Chakrawarty, *How can Doctors Improve their Communication Skills?*, „J Clin Diagn Res.” 2010, nr 9 (3): JE01-4, DOI: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712, Epub 2015, Mar 1, PMID: 25954636, PMCID: PMC4413084.

³ T.P. Daaleman, *The Long Loneliness of Primary Care*, „Ann Fam Med.” 2018, Sep, nr 16 (5), s. 388-389, DOI: 10.1370/afm.2301, PMID: 30201633, PMCID: PMC6130999.

jednostki myślącej, czującej i tworzącej dyskurs. Mając na uwadze te aspekty, poniższy artykuł przedstawia znaczenie nurtu medycyny narracyjnej jako narzędzia, które jest nieodzowne w kształtowaniu dyskursu medycznego i jego głównym celem są obopólne korzyści dla stron biorących udział w procesie komunikacyjnym. Należy zauważyć, że nurt medycyny narracyjnej nadal stanowi wyzwanie dla szeroko rozumianego personelu medycznego, a tym samym przekłada się na konstruowanie komunikatów, które nie zawsze pozwalają na efektywną komunikację⁴.

Znaczenie narracji w praktykach medycznych

Publikacją, która wyraźnie wskazuje na to, że narracja jest obecna w medycynie, może zostać uznana książka Catherine Montgomery *Hunter Medical Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*⁵. Hunter dostrzega, że narracja na wiele sposobów przenika praktykę medyczną, nadmieniając, że „praktyka medyczna dotyczy właśnie opowieści. Lekarze dokonują wyborów i argumentują poprzez medium narracji. I prowadzą ze sobą zmagania poprzez narracje, przedstawiając opowieści o sobie wzajemnie oraz podważając wiarygodność opowieści, które opowiadają lub opowiedzieli o swoich pacjentach pozostali lekarze” [tłum. A.K.]⁶. P. Byrne i B. Long⁷ oraz B.J. Good i M.J. DelVecchio Good⁸ dokonują empirycznej weryfikacji wcześniejszych stwierdzeń, tym samym ukazując, że „lekarze opowiadają historie, czy to w trakcie niezobowiązujących rozmów o pacjentach, czy też podczas analizy historii choroby w formalnym otoczeniu, np. takich jak konferencje dotyczące zachorowań i śmiertelności lub podczas rutynowych obchodów. [...] Ponadto [przez te historie – A.K.] przekazują wiedzę”⁹ [tłum. A.K.].

Wielu zagranicznych teoretyków i praktyków edukacji medycznej¹⁰ podkreśla, że kompetencje narracyjne studentów medycyny oraz pracowników służby zdrowia są ważne nie tylko z perspektywy instrumentalnej, lecz także z punktu widzenia pełnego

⁴ W. Feleszko, M. Nowina Konopka, Ł. Małecki, *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Warszawa 2022.

⁵ C.M. Hunter, *Medical Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, New Jersey 1991.

⁶ B.J. Good, M.J. DelVecchio Good, 'Fiction' and 'historicity' in *Doctor's Stories: Social and Narrative Dimension of Learning Medicine*, [w:] *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, ed. Ch. Mattingly, L. Garro, Berkeley–Los Angeles–London 2000, s. 52.

⁷ P. Byrne, B. Long, *Doctors Talking to Patients*, London 1976.

⁸ B.J. Good, M.J. DelVecchio Good, *op. cit.*, s. 52.

⁹ *Ibidem*, s. 51.

¹⁰ H. Brody, *Stories of sickness*, New York 2003; P. Benner, *The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices*, [w:] *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, ed. P. Benner, Thousand Oaks 1994, s. 99-127; A.H. Hawkins, *Pathography: patient narratives of illness*, „Culture and Medicine” 1999, nr 171, s. 127-129.

rozumienia zawodu. Równocześnie zrozumienie wad i zalet wynikających z totalitaryzmu narracyjnego w kontekście klinicznym jest istotne, gdyż te narracje przenikają do codziennej praktyki medycznej. Podobne stanowisko jest prezentowane przez polskich badaczy medycyny narracyjnej¹¹. Przede wszystkim najpowszechniejszym rodzajem narracji klinicznej jest wywiad diagnostyczny¹², przedstawienie choroby w dokumentacji medycznej, która w świetle końcowego efektu jest zredagowanym tekstem wywiadu lekarskiego i polega na uzasadnieniu diagnozy, a następnie zaleceniu odpowiedniego leczenia¹³. Biorąc pod uwagę uprzednie stwierdzenia, można zauważyć, że wynika z nich krytyka tradycyjnych narracji medycznych. Podstawą tej krytyki jest fakt, iż tradycyjna narracja kliniczna wchodzi w konflikt z rzeczywistym subiektywnym doznaniem pacjenta przejawiającym się w jego narracji, obok której lekarze z rozmaitych powodów mają skłonność przejść obojętnie¹⁴. Kiedy pacjenta dotyczą choroby w kontekście fizycznym oraz zaburzenia relacji społecznych i struktur hierarchicznych, medycyna zazwyczaj niejako omija jego narracyjną esencję. Postrzega obiekty postępowania medycznego jako pozbawione historii i społecznego wymiaru, a w tym potrzeby wsłuchania się w dyskurs pacjenta¹⁵. Z tego powodu zwolennicy teorii specjalnego komponentu narracyjnego w edukacji medycznej¹⁶ zwracają uwagę na to, że przyszli medycy powinni wypracować sobie pewną krytyczną samoświadomość, umiejętność refleksji nad własnymi praktykami narracyjnymi w medycynie klinicznej oraz zdolność do interpretowania i wykorzystywania wiedzy w procesie komunikacyjnym.

Rola medycyny narracyjnej w kształtowaniu dyskursu

Amerykańska lekarka i ideolog, Rita Charon¹⁷, podjęła się próby zwrócenia uwagi na narracyjny wymiar medycyny. Rita Charon, w swojej publikacji *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*¹⁸, zauważa, jak wiele dzieli nie tylko lekarzy i pacjentów, ale także samych lekarzy w obrębie wspólnoty medycznej, jak również ludzi chorych

¹¹ M. Chojnacka-Kuraś, *Komunikacja medyczna jako obszar badań lingwistycznych*, „Prace Filologiczne” 2017, t. LXXI, s. 45-57; B. Boniecka, *Niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów*, „Poznańskie Spotkania Językoznawcze” 2004, t. XIII, s. 7-25.

¹² L. W. Hine, *Narrative medicine and traditional medical interviewing approaches in women with breast cancer*, 2013, https://digitalrepository.unm.edu/cj_etds/40 [dostęp: 6.01.2023].

¹³ M.J. Good, B.J. Good, C. Schaffer, S.E. Lind, *American oncology and the discourse of hope*, „Culture, Medicine and Psychiatry” 1990, t. 14, s. 59-79.

¹⁴ J. Groopman, *The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness*, New York 2004.

¹⁵ M.J. Good, B.J. Good, C. Schaffer, S.E. Lind, *op. cit.*, s. 59; A. Young, *The anthropologies of illness and sickness*, „Annual Review of Anthropology” 1982, nr 11, s. 257-285.

¹⁶ R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, New York 2006.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

i zdrowych w ogólnym ujęciu. Lekarze oraz pacjenci nie są przygotowani do konfrontacji ze sobą, przez co wzajemnie się obwiniają i nie działają wspólnie (a zobojętnienie lekarzy rośnie w miarę wykonywania przez nich zawodu, jak również ich umiejętność rozumienia cierpienia pacjentów obniża się)¹⁹. Dysocjacja jest potęgowana przez wiele powszechnie znanych czynników natury psychologicznej, które niejednokrotnie towarzyszą procesom leczenia, a które dzielą lekarza i pacjenta, takich jak: poczucie wstydu pacjenta oraz lekarza, poczucie winy pacjenta za własną chorobę i lekarza za jego błędne decyzje medyczne, obawy pacjenta przed diagnozą lub rokowaniem.

Charon zauważa cztery istotne warunki, które przyczyniają się do takowego stanu, a mianowicie ludzie chorzy i zdrowi mają różne poglądy na temat śmierci, natura choroby, przyczyny choroby, a także to, że chorzy i zdrowi mają zawsze poczucie wstydu, strachu i winy²⁰. Potwierdzeniem wcześniej wspomnianych przez Charon aspektów jest publikacja Richarda Hortona *Health Care Wars: The Global Frontlines of Modern Medicine*, z której wynika, że punktem zapalnym, a tym samym przyczyną powstania rozłamów w ramach praktyk medycznych, jest problem ponownego zbliżenia lekarza i pacjenta, pacjenta i świata medycznego, co sprawia, że – jak stwierdza autor – opieka zdrowotna wymaga wypracowania nowej koncepcji podejścia do wiedzy medycznej²¹. Charon natomiast proponuje jako takie nowe ujęcie w formie podejścia proponowanego przez medycynę narracyjną, które ma stanowić podstawę do opracowania nowego dyskursywnego spojrzenia na działalność medyczną²². Charon doskonale rozumie, że istniejące w obrębie dziedziny medycyny rozłamy mają swoje korzenie instytucjonalne.

Współczesna medycyna ma charakter walki o wpływy. Lobbowanie przez organizacje medyczne na rzecz swoich korzyści materialnych, biurokracja, poczucie braku sprawiedliwości w zakresie zapewnienia wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, wyobcowanie ze społeczeństwa (czasem wymuszonego) – alienacja od społeczeństwa (czasem wymuszona – dla własnej ochrony). Efektem powyższego jest utrata zaufania, co odzwierciedla się w procesach komunikacyjnych, a zwłaszcza w braku możliwości prowadzenia szczerego i pełnego dialogu o dolegliwościach zdrowotnych²³. Charon zauważa, że nadal nie ma prawidłowego rozumowania, jak powinna wyglądać idealna praktyka medyczna oraz jak powinno się jej uczyć studentów²⁴.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ R. Horton, *Health Wars: On the Global Front Lines of Modern Medicine*, New York 2003.

²² R. Charon, *Narrative contribution to medical ethics: recognition, formulation, interpretation, and validation in the practice of the ethicist, [w:] A matter of principles? Ferment in U. S. bioethics*, ed. E.R. DuBose, R. Hamel, L.J. O'Connell, Valley Forge 1994, s. 260-283.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*.

Medycyna narracyjna, stosowana przez szeroko rozumiany personel medyczny, stanowi szansę dla medyków na lepsze zrozumienie tego, co przeżywają pacjenci, na wczucie się w ich położenie, na pozyskanie ich zaufania i tym samym na skuteczniejsze działania oparte na komunikacji²⁵.

Medycyna rozwijająca się jedynie pod względem technologicznym i pozbawiona zainteresowania tym, co przeżywają pacjenci, to „medycyna na pół”²⁶ (tłum. A.K.). Charon podkreśla przy tym, że narracja jest sposobem na ukształtowanie lepszych usług medycznych, a nie tylko bardziej humanitarnych²⁷. Wiedza o narracji akumulowana jest w różnych dziedzinach, opowiadanie bowiem historii stanowi kluczowy element wielu sfer ludzkiego życia. Narracja jest sposobem na rozpoznawanie czy odkrywanie tego, co wspólne, tego, co komunikowane. Zatem cała wiedza i umiejętności narracyjne (czytanie, pisanie, interpretowanie tekstów), według Charon, mogą być pomocne w służbie zdrowia, aczkolwiek nie mogą zastąpić wiedzy naukowej²⁸.

Charon dostrzega ambiwalentne trendy w dziedzinie nauk medycznych²⁹. Zauważa wzrost zainteresowania narracyjną stroną medycyny: zarówno narracjami pacjentów, jak i narracjami lekarzy. Szczególnie lekarze i pielęgniarki są świadomi, że bez narracji sam pacjent nie rozumie sensu swojej choroby, a lekarz nie dostrzeże całego obrazu choroby bez rejestru tego, czego on – lekarz doświadcza, gdy leczy pacjenta³⁰. Tym samym wskazuje, że część lekarzy zamiast uważnego słuchania pacjenta preferuje określone działania manipulacyjne, które pozwolą im na ‘szybkie’ przejście do diagnozowania, a tym samym narracja pacjenta ma znaczenie marginalne w procesie komunikowania i leczenia³¹. Wynika z tego, że istnieje możliwość „skierowania nowoczesnej opieki zdrowotnej w kierunku zaspokojenia zainteresowań i potrzeb pacjentów”³², ponieważ celem opieki zdrowotnej jest „dostępna i wysokiej jakości opieka dla każdego pacjenta”³³. Ponadto podejście to stymuluje lekarzy do rozwoju zawodowego, umożliwia czerpanie radości z pracy, zwiększa pewność siebie w miejscu pracy oraz sprzyja adekwatnemu zachowaniu w stosunku do zajmowanego stanowiska. Personel medyczny zaczyna być bardziej świadomy swoich pacjentów, lepiej rozumieć ich stan, co ostatecznie poprawia jakość opieki medycznej; wytwarza się również atmosfera zaufania i współpracy³⁴.

²⁵ R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 260-283.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*, s. 7.

³¹ J. Atlas, *The principles and practice of narrative medicine*, „Health Communication” 2019, 34 (2), s. 270-271, <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1403828>.

³² R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 218.

³³ *Ibidem*, s. 219.

³⁴ *Ibidem*, s. 282.

Wiedza narracyjna to jeden z kluczowych terminów Charon, który pozwala na utrwalanie wiedzy o tym, czym jest narracja, jak nadać jej sens tego, co dzieje się między narratorem a słuchaczem (pisarzem i czytelnikiem/pacjentem i lekarzem), która rozwija się w czasie³⁵. Wiedza narracyjna to wiedza o tym, co wyjątkowe, niepowtarzalne, pojedyncze, ale też istotne³⁶. Każda narracja, jak zauważa Charon na podstawie różnych opracowań z zakresu teorii narracji, cechuje się występowaniem zdarzeń, spójnością chronologiczną, zmiennością sytuacji kontekstowych, postacią lub agentami tych zmian oraz punktem widzenia, z którego narrator przekazuje opowieść (ustną lub pisemną)³⁷.

Rita Charon zauważa, że samo generalizowanie uniwersalnych praw języka jest niewystarczające i trzeba zmodyfikować ukierunkowanie działań badawczych³⁸. Bez odbiorcy, bez swego tekstu nie można nadać mu sensu. Pisze ona o „uderzającej wyjątkowości każdego tekstu narracyjnego i wyjątkowości każdej sytuacji narracyjnej – tak złożone i osobiste są akty pisania i czytania” (tłum. A.K.)³⁹. Teoria narracji stała się zatem bardziej demokratyczna, powszechna i przystępna dla specjalistów o szerokim zakresie zainteresowań. Wśród nich znalazła się również medycyna.

Elementy medycyny narracyjnej

Koncepcja Charon, zgodnie z którą sama praktyka medyczna jest o wiele bardziej narracyjna w swojej naturze, niż się to początkowo wydawało, ma co najmniej pięć cech narracyjnych. Cechy te są nieodłączne dla wszystkich praktyk narracyjnych: czasowość, osobliwość, przyczynowość/przypadkowość, intersubiektywizm i etyka⁴⁰. Wszystkie z owych pięciu cech można odnaleźć już w narracyjnej definicji objawu choroby/symptomu, z którym lekarz ma do czynienia na co dzień: „symptom lub choroba to wydarzenie, które przydarzyło się postaci, często spowodowane czymś konkretnym, w ściśle określonym czasie i w ustalonych okolicznościach, które musi być opowiedziane innemu z określonego punktu widzenia”⁴¹.

Na uwagę zasługuje pięć uniwersalnych właściwości stanowiących praktykę narracyjną, jako że odnoszą się one do dziedziny medycyny. W badaniach nad narracją czasowość opisywana jest w takich kategoriach jak spójność, trwanie, synchroniczność,

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Ibidem*, s. 9.

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ *Ibidem*, s. 40.

⁴⁰ *Ibidem.*

⁴¹ *Ibidem*, s. 41.

diachroniczność, szybkość, tempo, czas opowiadania, prolepsja, retrospekcja⁴². Osoba opisująca podporządkowuje się czasowi, ale też nad nim dominuje, opiera się jego przymusowemu przepływowi. Zatem w chorobie mamy często do czynienia ze zmaganiem się z potęgą czasu: na oddziale położniczym, na oddziale intensywnej terapii, na sali operacyjnej, w hospicjum. Choroba zakłóca, łamie zwykłą sekwencję czasu. Jeśli lekarz jest wewnątrz 'naturalnego' wektora czasu z jego spójnością, przyczynowością, to pacjent jest wewnątrz bezczasowego cierpienia, które nie ma wektora. Lekarz i pacjent mają inne poczucie czasu, tempa oraz trwanie. Ponadto „czas jest nieodzownym elementem koordynującym działania medyczne w diagnostyce, profilaktyce, leczeniu czy stosowaniu środków paliatywnych. Czas jest także nieodzownym składnikiem relacji terapeutycznej: czas na słuchanie, czas na ustalanie, czas na leczenie” (tłum. A.K.)⁴³, a „większość aktów diagnostycznych i terapeutycznych opiera się na czasowości” (tłum. A.K.)⁴⁴, gdyż czasem trzeba pozwolić chorobie się ujawnić, potrzebuje ona czasu, by ją zrozumieć. Nie ma wątpliwości, że praktyka medyczna musi być uzbrojona w „ziemskie, żywe poczucie śmiertelności”⁴⁵.

Charon występuje w obronie zasady wyjątkowości (ang. the unique, the singular) jako skorelowanej z narracyjną świadomością⁴⁶. Uważa ona, że nie ma dwóch identycznych historii, każdy przypadek jest inny, a żadna reprezentacja werbalna, a tym bardziej żaden akt narracyjny nigdy nie będzie zbieżny z innym lub dokładnie odtworzony. Jest to prawdą, jeśli odnosimy się do performatywnej strony aktu narracyjnego, lub do jego struktury. Skoro możliwe jest wskazanie pewnych uniwersalnych struktur semantycznych, to kierując się zasadą wszystkich zasad fenomenologii i rozpatrując je tylko w jego zapośredniczeniu przez akty noetyczne, należałoby przyznać, że żadne dwa akty narracyjne nie są takie same, również pod względem treści⁴⁷. W języku analizy egzystencjonalnej stwierdzenie to można wyrazić jeszcze żywiej, gdyż nawet przeżywanie tej samej rzeczy, np. tej samej choroby, co inni i nadawanie jej tych samych znaczeń, jakie nadają jej inni, są jednak wplecione w indywidualny egzystencjalizm, w jednostkową historię, a więc nie zawsze są takie same⁴⁸. Każdy lekarz stawia typową diagnozę, klasyfikuje, uogólnia chorobę pacjenta, jak sugeruje Charon, ukazując, że lekarz zdecydowanie nie dostrzega wyjątkowości i twórczego charakteru własnych

⁴² P. Dawson, Ch. Sykes, *Concepts of Time and Temporality in the Storytelling and Sensemaking Literatures: A Review and Critique*, „International Journal of Management Reviews” 2018, vol. 00, s. 1-18, DOI: 10.1111/ijmr.12178.

⁴³ R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 44.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ *Ibidem*.

procesów obserwacyjnych oraz wyjątkowości choroby pacjenta⁴⁹. To właśnie z tego powodu pacjentom o ich wyjątkowości przypomniał bezprecedensowy wzrost liczby narracji opublikowanych w ostatnich dekadach, mających na celu odzyskanie ich własnej pojedynczości⁵⁰, a tym samym umieszczenie potrzeb narracyjnych pacjenta w centrum uwagi.

W każdej narracji, zgodnie z teorią narracji, występuje fabuła⁵¹, która w taki czy inny sposób interpretuje związek przyczynowo-skutkowy przedstawianych w tej narracji wydarzeń. Pojęcie 'emplotmentu' u Charon pojawia się sporadycznie, jednak jest niezwykle heurystyczne i może posłużyć do polemiki z zagorzałymi obiektywistami w dziedzinie praktyki klinicznej⁵². „Opowiadanie [pisze Charon, czerpiąc m.in. z idei Petera Brooksa⁵³] jest działaniem [...] narratora”⁵⁴ (tłum. A.K.). Zatem jedno i to samo zdarzenie może być zbudowane za pomocą odmiennej fabuły, może być opowiedziane w różny sposób. „W zależności od punktu widzenia narratora, jego intencji i stanowiska, ten sam ciąg zdarzeń może być opowiedziany w taki sposób, że uzyskamy kilka zupełnie różnych przeciwstawnych fabuł”⁵⁵ (tłum. A.K.). Podobnie jednak jest w nauce i w literaturze – poszukiwanie przyczynowości jest reakcją na niebezpieczeństwo związane z nieznanym. Fabuła łączy przyczynowość i ewentualność, a tym samym prowadzi wydarzenia do jednego z wielu zakończeń. Najlepszym przykładem fabuły jest diagnoza medyczna. Lekarz posiada dar snucia fabuły, który polega na umiejętności poszukiwania różnorodnych związków przyczynowych między objawami a sytuacjami, o których opowiada pacjent. W prostej historii może kryć się mnóstwo wątków, motywów i kontekstów, wiele punktów, które można uznać za 'początek' opowieści. W tym celu nie można zatrzymać się na oczywistej i najbardziej przewidywalnej linii fabuły.

Charon opiera się na pojmowaniu narracji jako aktu polegającego na opowiadaniu innym o pewnym wydarzeniu, czyli narracja angażuje narratora i słuchacza, pisarza i czytelnika/lekarza i pacjenta. Stanowi komunikacyjne połączenie jednej osoby z drugą, z czego oczywiście nie wynika, że każde takie połączenie wiąże się z komunikacją narracyjną⁵⁶. Akty narracyjne wytwarzają relacje, angażują się w komunikację intersubiektywną. Dla Charon to połączenie ma charakter transformacyjny w stosunku do uczestników interakcji, mówimy o „zdarzeniu interpersonalnym[,] procesie

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 47.

⁵¹ P. Dawson, Ch. Sykes, *op. cit.*, s. 1-18.

⁵² R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 48.

⁵³ P. Brooks, *Reading for the Plot. Design and Intention in Narrative*, New York 1984.

⁵⁴ *Ibidem*, s. 49.

⁵⁵ R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 49.

⁵⁶ *Ibidem*.

transformacyjnym⁵⁷ (tłum. A.K.). W relacjach pisarz-czytelnik, pacjent-lekarz, psychoanalityk-pacjent, słuchacz-opowiadający zachodzi pewne napięcie i pewna ambiwalencja, która tworzy połączenia intersubiektywne. Z jednej strony „akt mówienia czy pisania wiąże się z koniecznością ataku, przeniknięcia do aparatu tworzenia sensu przez drugą osobę, aby utrzymać właśnie tam informację, którą chcemy się podzielić” (tłum. A.K.)⁵⁸. Z drugiej strony narrator odsłania siebie, co narzuca słuchaczowi pewne zobowiązania. Tym samym Charon postępuje zgodnie z modelem szczerego dialogu⁵⁹. Szczerłość interakcji kształtuje się w aktach zażyłości i wzajemnego zaufania.

‘Terapeuta-językoznawca’ zwraca uwagę na to, że relacja terapeutyczna jest realizowana za pomocą słów, jest tekstualna nawet bardziej niż cielesna⁶⁰ (tłum. A.K.). W słuchaniu tego, co i jak mówi pacjent, w relacji lekarz-pacjent realizuje się jego powaga, zaangażowanie, zaufanie i zażyłość. Tym samym można zgodzić się z Charon, że zachodzi tu oczywisty aspekt paralelizmu między medycyną a dyskursem⁶¹. Charon sugeruje, że immanentna etyka narracyjna opiera się na założeniu, że czytanie czy pisanie jest „działaniem o charakterze wysoce obciążającym”⁶² (tłum. A.K.). Narracja wymaga od wszystkich uczestników interakcji narracyjnej, nakłada na nich pewne zobowiązania.

Biorąc pod uwagę te aspekty, można wyodrębnić kilka wymiarów. Po pierwsze, odbiorca narracji (czytelnik, słuchacz) jest zobowiązany wobec narratora, gdyż otrzymuje od niego ogromne zaufanie, wyjątkową bliskość i wiedzę⁶³. Odbiorca, czyli czytelnik, słuchacz, dobrowolnie „przyłącza się do realizowanego przez mówcę projektu odkrywania i odnajdywania swojej tożsamości [w przeciwnym przypadku dokonuje] narracyjnej zdrady”⁶⁴ (tłum. A.K.), co występuje w relacji komunikacyjnej lekarz-pacjent. Historia pacjenta jest zawsze prośbą o zwrócenie uwagi na podmiotowe traktowanie chorego, wzięcie pod uwagę jego doświadczeń, a także prośbą o dostrzeżenie przez tego, kto tę opowieść odbiera (lekarza, pielęgniarkę, pracownika socjalnego, krewnych, przyjaciół, kolegów). Słuchanie, wsłuchiwanie się w ową historię jest swoistym aktem o charakterze ontologicznym i aksjologicznym. Słuchanie oznacza uznanie drugiego w jego doświadczeniu, w jego cierpieniu. Natomiast etyczna rola aktu narracyjnego

⁵⁷ *Ibidem*, s. 50.

⁵⁸ *Ibidem*, s. 53.

⁵⁹ P.K. Alexander, *Modeling Dialogue: Honest, Authentic Encounters*, „Conversations on Jesuit Higher Education” 2017, vol. 51, s. 19-20, <http://epublications.marquette.edu/conversations/vol51/iss1/10> [dostęp: 3.10.2022].

⁶⁰ R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 54.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² *Ibidem*, s. 55.

⁶³ *Ibidem*, s. 77.

⁶⁴ *Ibidem*.

zakłada trwałe moralne zobowiązanie do postępowania zgodnego z tym, co zostało przekazane⁶⁵. Postrzeżenie tego rodzaju historii/opowieści niesie ze sobą zobowiązanie do postępowania zgodnie z tym, co zostało dostrzeżone, czyli do reagowania na to, co zostało usłyszane. Odpowiedź jest obowiązkowa i jednocześnie wolna.

Ta jawność niewątpliwie niesie ze sobą ryzyko, gdyż odbiorca może być wystawiony na działanie manipulacyjnych możliwości narratora. W ujęciu Charon, akt narracyjny w medycynie jest niczym hermeneutyczny dialog określony przez Hansa-Georga Gadamera⁶⁶. Być słuchaczem to być sojusznikiem pacjenta, jego partnerem, szanować i uznawać jego cierpienie, które przejawia się nie tylko fizycznie, ale także w dyskursie. Mając na uwadze ten aspekt, słuchacz powinien być responsywny i aktywny, zadawać pytania, kształtować rozmowę, badać, testować hipotezy, zachęcać narratora, podpowiadać historię⁶⁷. Najczęściej taka rozmowa w warunkach szpitalnych trwa zaledwie kilka minut lub nawet sekund, a lekarze przerywają nie tylko dlatego, że nie mają czasu, ale przede wszystkim dlatego, że brakuje im przygotowania w zakresie słuchania wypowiedzi swoich pacjentów, a także tego, że opowieść pacjenta jest istotna, zwłaszcza dla celów diagnostycznych. Ich zdaniem historia pacjenta jest nieistotna dla choroby i tylko odciąga lekarza od podstawowego zadania diagnostycznego (technologicznego). Charon jest przekonana, że wśród następstw takiego podejścia do medycyny są pomijanie objawów, ignorowanie problemów zarówno związanych, jak i niezwiązanych bezpośrednio z medycyną, utrata z pola widzenia samej choroby, a przede wszystkim procesu komunikacji, który jest istotny⁶⁸.

Charon zauważa, że pracownicy służby zdrowia muszą nie tylko nauczyć się słuchać opowieści, ale także umieć je usłyszeć⁶⁹. Jednak przede wszystkim są to historie, z którymi lekarz musi się zmierzyć, mają one styl, metafory, aluzje itp. Zwraca uwagę na to, że lekarze muszą być trochę znawcami literatury, gdyż odczytanie tych elementów opowieści może rzucić światło na to, co pacjent chce powiedzieć⁷⁰.

Można wnioskować, że jednym z zadań medycyny jest poznanie podstawowych zasad hagiografii czy relacji o życiu, które funkcjonują poza nią, wciąż bowiem możliwe jest usłyszenie prawdy o ciele, jeśli uwzględni się informacje, które płyną z samego kształtu opowieści, jej stylu, gatunku, sposobu mówienia⁷¹. Wspomniane różnice nie przesłaniają jednak zasadniczej kwestii: lekarz ma do czynienia właśnie z autobiogra-

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ H.-G. Gadamer, *Truth and Method*, tłum. W. Glen-Doepel, London 2013, s. 164.

⁶⁷ R. Charon, *Narrative Medicine...*, s. 54.

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ *Ibidem*.

⁷⁰ *Ibidem*, s. 67.

⁷¹ *Ibidem*.

ficzną narracją pacjenta, w której wydarzenia, pamięć i proces opowiadania są wzajemnie uwarunkowane, a poprzez którą pacjent usiłuje równocześnie usłyszeć siebie, a tym samym ukształtować siebie w nowej sytuacji. W stosunku do ontologicznego problemu relacji między narracją a biografią, językiem, tożsamością, znaczeniem i jego ekspresją, który oferuje pełną paletę możliwych rozwiązań – od radykalnego konstrukttywizmu po naiwny obiektywistyczny reprezentacjonizm – Charon, doskonale wiedząc o wszystkich istniejących konceptualizacjach, zajmuje całkiem świadome i wyważone stanowisko: „opowiadanie naszej relacji o naszej historii nie rejestruje po prostu tego, kim jesteśmy, pomaga nam stać się tym, kim jesteśmy”⁷² (tłum. A.K.).

Wykorzystanie medycyny narracyjnej i jej znaczenie w procesie komunikacji – badanie empiryczne

W tej części podsumowane zostały wyniki wstępnego badania, które miało odpowiedzieć na pytanie, czy w komunikacji lekarz-pacjent relacja pacjenta o jego cierpieniu (narracja pacjenta) ma znaczenie dla obu stron komunikacji medycznej w konstruowaniu spójnego dyskursu oraz jak postrzegana jest potrzeba stosowania medycyny narracyjnej jako narzędzia w procesie komunikacji. Te pytania badawcze zostały postawione ze względu na to, że polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się ogromnym kryzysem zaufania pomiędzy pacjentem a lekarzem, pomiędzy pacjentem a instytucjami medycznymi. Kryzys ten zauważają zarówno badacze społeczni, jak i lekarze, a pogłębia się w procesie ciągłych biurokratycznych reform systemu ochrony zdrowia⁷³. Mając na uwadze takie uwarunkowania, należy powiedzieć, że w polskiej nauce społecznej wzrosło zainteresowanie pomiarem komunikacyjnym interakcji klinicznych w sytuacji lekarz-pacjent⁷⁴. Najczęściej jednak przedmiotem analizy stają się prawne, deontologiczne, psychologiczne i ekonomiczne aspekty komunikacji lekarz-pacjent. Dokonując analizy tych aspektów, badacze empiryczni dokumentują w sposób charakterystyczny ‘wzrost napięcia’ i konfliktu w relacjach między lekarzami a pacjentami⁷⁵. Badany jest również dyskursywny wymiar tych relacji, który rozumiany

⁷² *Ibidem*, s. 69.

⁷³ A. Głos, *Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej*, „Diametros” 2015, nr 45, s. 82-106, DOI: 10.13153/diam.45.2015.798; R. Andorno, *Law, ethics and medicine. The right not to know: an auto nomy based approach*, „Journal of Med Ethics” 2004, nr 30, s. 435-439.

⁷⁴ M. Skrzypek, *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym*, [w:] *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Lublin 2013, s. 63-83; P. Zurzycka, T. Radzik, *Narrative medicine – outline of issues*. *Nursing Problems*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, nr 23 (3), s. 428-432, DOI: 10.5603/PP.2015.0070.

⁷⁵ *Ibidem*.

jest przede wszystkim jako zachowanie lekarza-mówcy⁷⁶. Ważne jest również to, że opowieści pacjenta o jego cierpieniu, narracje pacjenta zarówno werbalne, jak i pisemne, tradycyjnie są uznawane za istotne jedynie w kontekście psychoterapii i psychiatrii, ale nie w ramach medycyny o podłożu somatycznym⁷⁷.

W pierwszym etapie badano pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby, w drugim – lekarzy zajmujących się chorobami przewlekłymi. Ostatni, trzeci etap został zrealizowany dla kompletności obrazu oraz w celu triangulacji danych uzyskanych w dwóch pierwszych etapach. Badanie pacjentów, lekarzy w pierwszych trzech etapach odbywało się twarzą w twarz oraz online. Projekt badania zakładał wykorzystanie metodologii mieszanej zaproponowanej przez Morgana⁷⁸.

Analizując sytuację pacjentów, zastosowano ilościową wersję metody wywiadu półformalnego, będącego połączeniem pytań otwartych i zamkniętych. Liczebność próby stanowiła 30 pacjentów przewlekłe chorych, dobranych metodą według następujących kryteriów: rodzaj choroby (choroby autoimmunologiczne), płeć oraz wiek.

Do badania grupy zawodowej lekarzy wykorzystano dwie metody jakościowe: wywiad pogłębiony i zogniskowany wywiad grupowy. Celem drugiej metody, przebiegającej równoległe z wywiadem pogłębionym, było sprecyzowanie stanowisk lekarzy, ujawnienie argumentów ‘za’ i ‘przeciw’ zastosowaniu narracji o pacjentach w praktyce lekarskiej, wyeksponowanie ‘punktów spornych’ i kwestii problematycznych poprzez zaproponowaną w tej metodzie dyskusję. Wywiady pogłębione przeprowadzono z 10 lekarzami, wybranymi metodą doboru celowego według następujących kryteriów: specjalność lekarska (dostosowana do terapii chorób autoimmunologicznych), która zakładała pracę z pacjentami przewlekłe chorymi; staż pracy w tej specjalności – nie mniej niż rok; wiek. W badaniu wzięło udział dwóch młodych lekarzy (do 35 lat), czterech lekarzy w średnim wieku (35-50 lat), czterech lekarzy w wieku powyżej 50 lat. Wywiady pogłębione z lekarzami zostały przeprowadzone zgodnie z wymogami metodologicznymi w sytuacji ‘twarzą w twarz’ w miejscu pracy respondentów. Wszyscy rozmówcy otrzymali informację o celu badań, lekarze zaś biorący udział w wywiadach wyrazili zgodę na udział w badaniu oraz na opublikowanie wyników w publikacjach naukowych po przeprowadzeniu procedur transkrypcji nagrań.

Analiza wykazała, że w typowej komunikacji „lekarz-pacjent” dominują praktyki „nieopowiadania”, czyli braku dzielenia się narracjami; jedynie 26% badanych regularnie

⁷⁶ R. Charon, *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*, „JAMA” 2001, nr 286 (15), s. 1897-902, DOI: 10.1001/jama.286.15.1897, PMID: 11597295.

⁷⁷ *Ibidem*.

⁷⁸ D.L. Morgan, *Integrative Quantitative and Qualitative Methods: A Pragmatic Approach*, Thousand Oaks 2014.

wspomina o problemach związanych z chorobą, podczas gdy ogromna większość – 69% – tego nie praktykuje. Około jedna trzecia pacjentów z przewlekłą chorobą (29,6%) rzadko dzieli się swoimi historiami dotyczącymi choroby. Przeprowadzone badanie wykazało, że takie praktyki pacjentów, polegające na braku udziału w procesie komunikacyjnym poprzez świadome tworzenie dyskursu, nie zależą znacząco od poziomu wykształcenia, płci czy stanu cywilnego pacjenta. Czynnikiem różnicującymi są jedynie wiek i status finansowy, które w pewnym stopniu korelują ze sobą. Zgodnie z badaniem, taka „zmowa milczenia” jest bardziej charakterystyczna dla osób młodych i średniego wieku (do 50. roku życia), gdy odsetek pacjentów, którzy nigdy nie dzielą się swoimi historiami dotyczącymi choroby, jest dwukrotnie wyższy niż wśród osób starszych. Najczęstszym motywem takich praktyk jest unikanie informowania lekarza o swoich odczuciach, przeżyciach oraz życiu z chorobą, co objawia się pominięciem aspektów ekspresyjnych dyskursu oraz ograniczeniem przekazywanych komunikatów w interakcji komunikacyjnej. Takie milczenie pacjentów w kwestiach kluczowych (nawykowe zachowanie w interakcjach klinicznych) może wynikać z nieujawnionej konwencji obowiązującej w rodzimej praktyce, w której zasada brzmi: „wy nie pytacie, my nie mówimy”. Ponadto taka tendencja jest rezultatem umiejscowienia postaci lekarza w określonych ramach kognitywnych, wykształconych przez wieloletnie doświadczenia komunikacyjne z pracownikami służby zdrowia. Szczególnie dotyczy to postrzegania lekarza jako technologa medycznego, który niekoniecznie musi znać życiowe doświadczenia pacjenta (80,8% badanych podziela to stanowisko). Inne przekonania to m.in. pogląd, że lekarze kierują się w pracy wyłącznie motywacją finansową (47,4%), są nadmiernie zapracowani, co uniemożliwia im wysłuchanie pacjenta (53,6%), oraz przekonanie, że lekarze traktują swoją pracę formalnie (32,3%). Dodatkowo w umysłach ankietowanych pacjentów pojawiają się także motywy odzwierciedlające ich własne lęki i obawy związane z chorobą, gdzie rozmowa na ten temat uważana jest za wyraz słabości (8,2%). Istotne są również strach przed brakiem zrozumienia wynikający z procesu komunikacji (7,3%) oraz dążenie do samodzielnego radzenia sobie z chorobą (5,8%). Osadzenie praktyk medycznych w takich ramach kognitywnych utrudnia swobodne budowanie narracji i kształtowanie dyskursu, który mógłby wspierać rozwój medycyny narracyjnej.

Analiza zapisów wywiadów pogłębionych i grup fokusowych ukazała różnorodne postawy wobec posługiwania się narracjami pacjentów, prezentując tym samym dość heterogeniczny stan wiedzy. Skrajnie negatywne nastawienie lekarzy do praktyk narracyjnych wynika z przekonania, że są to bezużyteczne rozmowy, które nie mają nic wspólnego z pacjentem. Przykładowe wypowiedzi to: „Nie rozumiem, przecież pozwałam im mówić – oczywiście tyle, ile trzeba” (grupa fokusowa, mężczyzna, 38 lat, doświadczenie w pracy 9 lat); „Moje zdanie jest takie, że nie mogę pozwolić ludziom mówić za dużo, bo to tylko przeszkadza w diagnozowaniu, szczególnie kiedy opowia-

dają o wszystkim, a ja wiem, że większość z tego to bezużyteczne informacje dla mnie jako lekarza” (grupa fokusowa, mężczyzna, 42 lata, doświadczenie w pracy 13 lat); „Moje działania jako lekarza mają na celu bezpośrednio leczenie choroby, rozproszone pytania raczej nie pomogą w leczeniu choroby i nie są przydatne dla pacjenta” (grupa fokusowa, mężczyzna, 47 lat, doświadczenie w pracy 22 lata). Taka perspektywa traktuje medycynę narracyjną jedynie jako „terapię słowem”, sugerując, że powinna być prowadzona przez specjalistów, natomiast lekarze nie potrzebują tych informacji (mężczyzna, 57 lat, doświadczenie w pracy 32 lata).

Jednocześnie odnotowano także pozytywne nastawienie do procesu opowiadania o cierpieniu przez pacjentów, interpretując ich opowieści jako efektywny sposób nawiązania kontaktu zarówno podczas wizyty u lekarza (13,8%), jak i w ramach długotrwałej procedury leczenia (25,2%). Można zatem uznać, że uważne słuchanie opowieści pacjenta przez lekarza lub młodszego pracownika medycznego jest performatywną formą komunikatywnego uznania pacjenta, co pozytywnie wpływa na nawiązanie relacji zaufania między pacjentami a pracownikami medycznymi.

Przeważa jednak (na ile można to ocenić na podstawie badań jakościowych) pośrednia postawa tolerancyjna wobec narracji pacjenta, gdy lekarz, kierując się podejściem „kultury abstrakcyjnej”, słucha pacjenta, ale nie zamierza zachęcać i wykorzystywać narracji pacjenta w interakcjach klinicznych. Przykładem takiego podejścia jest wypowiedź: „Czy chce pani mojej śmierci? Czy wyobraża sobie pani robienie tego każdego dnia? Patrzeć na choroby jest wystarczająco depresyjne, a słuchanie o tym, co widzę, tylko jeszcze bardziej mnie przygnębia” (wywiad pogłębiony, kobieta, 48 lat, doświadczenie w pracy 19 lat).

Według lekarzy dwie trzecie wszystkich przewlekłe chorych nie przedstawia swoich historii. Lekarze sądzą, że to głównie starsi, przewlekłe chorzy pacjenci poruszają temat problemów życiowych związanych z chorobą: „To starsi ludzie powyżej 70. roku życia, zwłaszcza 80., bardziej interesują się nie lekami, ale tym, jak mają dalej żyć i co mają robić, a czego nie” (wywiad pogłębiony, kobieta, 46 lat, doświadczenie w pracy 17 lat). Głównym celem tworzenia takich narracji jest poszukiwanie wsparcia nie tylko w procesie leczenia, ale również w komunikacji, która staje się swoistą formą terapii. Poprzez dzielenie się historiami pacjenci mają możliwość uwolnienia się od ciężaru negatywnych doświadczeń związanych z chorobą.

Lekarze zauważalnie trafnie opisują dzisiejszą sytuację społeczną, zwracając uwagę, że schorowani ludzie przedstawiają narrację w formie mniej lub bardziej spójnego dyskursu, oczekując wysłuchania i nawiązania relacji komunikacyjnej. Jednak często protekcyjny i prześmiewczy ton rozmów lekarzy na ten temat sugeruje, że narracja jest traktowana jako „zabijanie nudy” przez pacjentów. To wyraźnie wskazuje, że dialog, jako medium w procesie komunikacji, zostaje porzucony i uznany za zbędny dodatek

w procesie diagnozowania, podczas gdy słowa i narracje mogą dostarczyć wiele istotnych i relewantnych informacji przy wyborze leczenia.

Wnioski

Analizując zarówno treści teoretyczne, jak i wyniki badania empirycznego, można zauważyć, że medycyna narracyjna z całym swoim aspektem lingwistycznym powinna stanowić integralną część procesu diagnostycznego. Narracja, dyskurs, którego używa pacjent do przekazania komunikatów, często wykorzystuje wiele figur retorycznych, które zostały dogłębnie przeanalizowane przez językoznawców. Posiadanie tego rodzaju wiedzy lingwistycznej przez lekarzy z pewnością pozwoliłoby na efektywniejsze zaplanowanie procesu leczenia, a tym samym pozwoliłoby na bardziej humanistyczne podejście do leczenia choroby, mówienia o niej w sytuacjach, gdy pacjent mierzy się z chorobą przewlekłą, która staje się częścią jego codziennego życia, a tym samym częścią codziennego dyskursu. Tym bardziej że – jak wynika z przeprowadzonego badania – grupa lekarzy widzi w medycynie narracyjnej pozytywne wartości, które budują interakcje komunikacyjne pomiędzy lekarzem a pacjentem. Należałoby też zwrócić uwagę na aspekt edukacyjny. Medycyna narracyjna powinna być systematycznie wdrażana w proces przygotowania lekarzy do pracy z pacjentami, gdyż wykształcenie tego rodzaju praktyki z pewnością pozwalałoby na osiągnięcie efektywniejszej komunikacji w późniejszych interakcjach lekarz-pacjent.

Bibliografia

- Alexander P.K., *Modeling Dialogue: Honest, Authentic Encounters*, „Conversations on Jesuit Higher Education” 2017, vol. 51, s. 19-20, <http://epublications.marquette.edu/conversations/vol51/iss1/10> [dostęp: 3.10.2022].
- Andorno R., *Law, ethics and medicine. The right not to know: an autonomy based approach*, „Journal of Med Ethics” 2004, nr 30, s. 435-439.
- Atlas J., *The principles and practice of narrative medicine*, „Health Communication” 2019, 34(2), s. 270-271, <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1403828>.
- Benner P., *The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness, and caring practices*, [w:] *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness*, ed. P. Bernner, CA 1994, s. 99-127.
- Boniecka B., *Niestandardowe zachowania językowe lekarzy i pacjentów*, „Poznańskie Spotkania Językoznawcze” 2004, t. XIII, s. 7-25.
- Brody H., *Stories of sickness*, New York 2003.
- Brooks P., *Reading for the Plot. Design and Intention in Narrative*, New York 1984.
- Byrne P., Long B., *Doctors Talking to Patients*, London 1976.
- Charon R., *Narrative contribution to medical ethics: recognition, formulation, interpretation, and validation in the practice of the ethicist*, [w:] *A matter of principles? Ferment in U. S. bioethics*, ed. E.R. DuBose, R. Hamel, L.J. O'Connell, Valley Forge 1994, s. 260-283.

- Charon R., *Narrative Medicine: Honoring the of Illness*, New York 2006.
- Charon R., *The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*, „JAMA” 2001, Oct 17, nr 286 (15), s. 1897-1902, DOI: 10.1001/jama.286.15.1897, PMID: 11597295.
- Chojnacka-Kuraś M., *Komunikacja medyczna jako obszar badań lingwistycznych*, „Prace Filologiczne” 2017, t. LXXI, s. 45-57.
- Daaleman T.P., *The Long Loneliness of Primary Care*, „Ann Fam Med.” 2018, Sep, nr 16 (5), s. 388-389, DOI: 10.1370/afm.2301, PMID: 30201633, PMCID: PMC6130999.
- Dawson P., Sykes Ch., *Concepts of Time and Temporality in the Storytelling and Sensemaking Literatures: A Review and Critique*, „International Journal of Management Reviews” 2018, vol. 00, s. 1-18, DOI: 10.1111/ijmr.12178.
- Feleszko W., Nowina Konopka M., Małecki Ł., *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Warszawa 2022.
- Gadamer H.-G., *Truth and Method*, tłum. W. Glen-Doepel, London 2013.
- Głos A., *Dwa modele zaufania w opiece zdrowotnej*, „Diametros” 2015, nr 45, s. 82-106, DOI: 10.13153/diam.45.2015.798.
- Good B.J., DelVecchio Good M.J., *'Fiction' and 'historicity' in Doctor's Stories: Social and Narrative Dimension of Learning Medicine*, [w:] *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, ed. Ch. Mattingly, L. Garro, Berkeley-Los Angeles-London 2000, s. 50-69.
- Good M.J., Good B.J., Schaffer C., Lind S.E., *American oncology and the discourse of hope*, „Culture, Medicine and Psychiatry” 1990, t. 14, s. 59-79.
- Groopman J., *The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness*, New York 2004.
- Ha J.F., Longnecker N., *Doctor-patient communication: a review*, „Ochsner Journal Spring” 2010, t. 10 (1), s. 38-43, PMID: 21603354, PMCID: PMC3096184.
- Hawkins A.H., *Pathography: patient narratives of illness*, „Culture and Medicine” 1999, t. 171, s. 127-129.
- Hine W.L., *Narrative medicine and traditional medical interviewing approaches in women with breast cancer*, 2013, https://digitalrepository.unm.edu/cj_etds/40 [dostęp: 6.01.2023].
- Horton R., *Health Wars: On the Global Front Lines of Modern Medicine*, New York 2003.
- Hunter C.M., *Medical Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, New Jersey 1991.
- Morgan D.L., *Integrative Quantitative and Qualitative Methods: A Pragmatic Approach*, Thousand Oaks 2014.
- Ranjan P., Kumari A., Chakrawarty A., *How can Doctors Improve their Communication Skills?*, „Journal of Clinical and Diagnostic Research” 2015, Mar, nr 9 (3): JE01-4, DOI: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712, Epub 2015 Mar 1, PMID: 25954636, PMCID: PMC4413084.
- Skrzypek M., *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym*, [w:] *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Lublin 2013, s. 63-83.
- Young A., *The anthropologies of illness and sickness*, „Annual Review of Anthropology” 1982, t. 11, s. 257-285.
- Zurzycka P., Radzik T., *Narrative medicine – outline of issues. Nursing Problems*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, nr 23 (3), s. 428-432, DOI: 10.5603/PP.2015.0070.

**Medycyna narracyjna w ujęciu Rity Charon: utopia czy świetlana przyszłość?
Znaczenie medycyny narracyjnej w kształtowaniu procesu komunikacji
między lekarzem i pacjentem**

STRESZCZENIE: Ludzie są naturalnymi opowiadaczami i prawdopodobnie ewoluowali, aby komunikować się poprzez opowiadanie. Opowiadanie stało się również popularne w dziedzinie medycyny dzięki Ricie Charon, która ukształtowała termin „medycyna narracyjna”. Każdy pracownik służby zdrowia miał kiedyś styczność lub obserwację, która prawdopodobnie ukształtowała sposób, w jaki

odnosi się do przyszłych pacjentów lub ich rodzin. Niestety nie we wszystkich przypadkach zmiany te okazują się korzystne i mogą mieć negatywny wpływ na komunikację pacjent-lekarz. W swoim badaniu Rita Charon stwierdziła, że medycyna narracyjna nie tylko wzmacnia relacje lekarzy z kolegami, promuje empatię, ale przede wszystkim wspiera proces leczenia pacjentów. Jednocześnie eksperci zauważyli, że medycyna narracyjna może być niełatwa do opanowania i pojawia się ryzyko, że lekarze mogą zaniedbać inne ważne elementy opieki nad pacjentem. Niniejszy artykuł ma na celu przedstawienie założeń komunikacyjnych medycyny narracyjnej i jej postrzegania przez pacjentów i lekarzy z uwzględnieniem aspektu komunikacyjnego. Do tej pory pojawiły się nieliczne badania badające komunikacyjne postrzeganie i stosowanie medycyny narracyjnej jak narzędzia do zbudowania efektywnego dyskursu pomiędzy pacjentem i lekarzem, szczególnie gdy ten dotyczy chorób przewlekłych, kiedy to pacjenci nawiązują współpracę z lekarzem przez wiele lat. Wstępne wyniki badania empirycznego pokazują potencjalne obawy oraz perspektywy rozwoju medycyny narracyjnej jako narzędzia efektywnej komunikacji.

SŁOWA KLUCZOWE: medycyna narracyjna, dyskurs, Rita Charon

**Narrative medicine in Rita Charon's view: utopia or bright future?
The importance of narrative medicine in shaping
the doctor-patient communication process**

SUMMARY: People have a natural affinity for storytelling and presumably have evolved to communicate through the medium of storytelling. Storytelling has also gained popularity in the medical field because of Rita Charon, who shaped the term „narrative medicine.” Every healthcare professional has at some point had an encounter or interaction or observation that has probably shaped the way they relate to prospective patients or their families. Unfortunately, not in all cases do such changes turn out to be beneficial and can negatively impact patient-doctor communication. In her study, Rita Charon concluded that narrative medicine not only enhances doctors' relationships with colleagues, promotes empathy, but most of all supports the process of healing patients. However, at the same time, the experts pointed out that narrative medicine may not be easy to learn, and the risk arises that physicians may neglect other crucial components of their patients' care. The current article is aimed at outlining the communication assumptions of narrative medicine and its perception by patients and physicians with a consideration of the communication aspect. So far, there have been few studies investigating the communicative perceptions and use of narrative medicine as a tool to build an effective discourse between patient and doctor, particularly when this discourse involves chronic diseases, in which patients develop a relationship with their doctor over many years. The preliminary findings of the empirical study reveal the potential concerns and the prospects for developing narrative medicine as a tool for effective communication.

KEYWORDS: narrative medicine, discourse, Rita Charon