

Choroba jako wezwanie do opowieści¹

Arthur W. Frank*

przełożyły Iwona Boruszkowska** i Barbara Woźniak***

doi 10.24425/rl.2023.148307

ruch literacki • R. LXIV • 2023 • Z. 4 (379) PL • **choroba jako narracja: teorie i interpretacje**

zeszyt pod red. Iwony Boruszkowskiej (Wydział Polonistyki UJ)

i Marii Świątkowskiej (Wydział Polonistyki UJ)

PL ISSN 0035-9602

Psychoanalityk Roy Schafer pisał, że „zawsze opowiadamy historie o sobie”². Jego spostrzeżenia mają doniosłe znaczenie w rozumieniu tego, w jaki sposób „ja” bezustannie tworzy się na nowo w opowieściach. Narracje, które o sobie opowiadamy nie tylko opisują „ja”; są także medium bytu. Podczas gdy poprzedni rozdział [tej książki] koncentruje się na aspektach somatycznych, niniejszy rozdział kładzie nacisk na „ja”. Szczególna uwaga poświęcona jest „ja” i opowieściom snutym z perspektywy choroby: jak choroba staje się wezwaniem do opowiadania historii; jakich potrzeb osoby chorej dotyczą jej opowieści? Rozdział kończy się pytaniem o związek między opowieściami o chorobach a ponowoczesnością.

* Arthur W. Frank – Professor Emeritus, University of Calgary.

** Iwona Boruszkowska – Wydział Polonistyki, Uniwersytet Jagielloński.

ORCID: 0000-0001-8021-9210

*** Barbara Woźniak – Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński.

ORCID: 0000-0001-5025-8972

1 Niniejsze tłumaczenie to trzeci rozdział książki A.W. Franka, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago 1995, s. 53–74. Redakcja dziękuje University of Chicago Press za udzielenie zgody na publikację tłumaczenia rozdziału.

2 R. Schafer, *Narration in the Psychoanalytic Dialogue*, [w:] *On Narrative*, red. W.J.T. Mitchell, Chicago 1981, s. 31.

Wrak narracyjny

Diagnoza poważnej choroby stanowi wezwanie do opowiadania w przy najmniej dwóch sensach³. Pierwszy dotyczy tego, co miała na myśli Judith Zaruches kiedy pisała o utracie mapy i celu podróży. Opowieści mają *naprawić* szkody, które choroba wyrządziła osobie chorej, tracącej wraz z diagnozą poczucie życiowego miejsca i celu. Opowiadanie jest sposobem ponownego wykreślenia mapy i szukaniem nowych kierunków do podążania.

Drugi sens wezwania do opowieści jest uzupełnieniem pierwszego, bardziej dosłownym i bezpośrednim: telefon dzwoni, ludzie chcą wiedzieć, co słyhać u chorego. Opowieści o chorobie muszą zostać opowiedziane pracownikom medycznym, urzędnikom zajmującym się sprawami zdrowia, pracodawcom i współpracownikom, rodzinie i przyjaciołom. Czy chory chce, czy nie, choroba domaga się opowiadania.

Tamtej wiosny, gdy pisałem tę książkę poszedłem na rutynowe badanie rentgenowskie, które wykazało powiększenie węzłów chłonnych; moja klatka piersiowa była spodziewanym miejscem nawrotu choroby, którą wtedy miałem – raka. Wykryty stan zapalny nie miał związku z nowotworem, ale w toku badań lekarskich i wszystkiego, na końcu czego czekał zabieg chirurgiczny, musiałem wciąż opowiadać a potem powtarzać wersje mojej historii osobom, które chciały słyhać różnych wariantów tej opowieści: rodzinie, kolegom z pracy, pracownikom służby zdrowia. Pewnego razu odnotowałem, że tego dnia na osiem sposobów opowiedziałem historię swojej choroby.

Opowieści o chorobach są snute w warunkach zmęczenia, niepewności, niekiedy bólu, a zawsze strachu, które zmieniają osobę chorującą w – jak to określił Ronald Dworkin z tyleż empatią co żartobliwie – „narracyjnego rozbitka”⁴. Zaproponowana przez Judith Zaruches metafora utraty mapy i celu podróży podsuwa obraz choroby jako rozbitego statku. Prawie każda przeczytana przeze mnie opowieść o chorobie zawiera w sobie poczucie, że jest się rozbitkiem zmiecionym z pokładu przez sztorm, a wiele z nich wprost odwołuje się do tej metafory. Jej rozszerzenie zaś opisuje opowiadanie historii jako prace naprawcze na wraku.

Naprawę rozpoczyna przegląd strat: co udało się ocalić z zawieruchy. Stara mapa może okazać się nieprzydatna, choć przecież nie zwęgliła się

³ Fraza tytułowa pochodzi z R. Coles, *The Call of Stories: Teaching and the Moral Imagination*, Boston 1989. Coles inaczej opisuje, w jaki sposób można prowadzić życie moralne jako wezwanie do opowieści, szczególnie literackich, które zostają wplecione w historię własnego życia.

⁴ R. Dworkin, *Life's Dominion: An Argument About Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York 1993, s. 211. Dworkin odnosi się w szczególności do wpływu długotrwałego zastoju na poczucie siebie i zdolność do podejmowania decyzji w sprawach takich jak zakończenie leczenia.

zupełnie. Choroba przydarza się w życiu, które już toczy się biegiem swojej historii; historia rozwija się dalej, zmieniona przez chorobę, a jednocześnie formuje tę chorobową opowieść. Rozmawiałem kiedyś z młodym mężczyzną noc przed tym, nim zaczął chemioterapię. Opowiedział mi o tym, jak częste w jego rodzinie były podobne przypadki, o niedawnej śmierci ojca, o swoich wspomnieniach wokół odchodzenia krewnych. Tamtej konkretnej nocy, podczas której przywoływał te obrazy, opowiedział mi swoją historię, a ta była narracją oczekiwania na raka. Opowieść była gotowa jeszcze zanim zachorował. Nowotwór był już na mapie jako możliwe miejsce przeznaczenia.

Był on wówczas narracyjnym rozbitkiem z przynajmniej dwóch powodów. Bo chociaż można przewidywać raka w wyobraźni, rzeczywistość jest zawsze inna. Kiedy powiedziano mi o wyniku badania rentgenowskiego klatki piersiowej i powiększeniu węzłów chłonnych, byłem zdumiony tym, jak sam stałem się takim rozbitkiem: ja, któremu dni miały na opowiadaniu o chorobach, tak samo własnych, jak i cudzych. Czasem bywa tak, że opowieści trzymane na podporządku nigdy nie przystają do rzeczywistości, a czasem ta rozbieżność boli bardziej niż gdybyśmy wcale nie mieli historii.

Mój znajomy stał się narracyjnym rozbitkiem także dlatego, że – podobnie jak każdy kto stoi w obliczu poważnych problemów zdrowotnych – stracił kluczowy zasób potrzebny opowiadającym: poczucie czasowości. Zwyczajowe oczekiwanie stawiane każdej narracji, podzielane przez słuchaczy i opowiadaczy, wywodzi ją z przeszłości, prowadzącej do teraźniejszości, która wyznacza dającą się przewidzieć przyszłość. Opowieść o chorobie jest rozbita, bo teraźniejszość, którą przedstawia, nie jest tą do której przeszłość zdawała się prowadzić, a przyszłość trudno nawet pomyśleć.

Przywołajmy rozważania Malcolma Diamonda, czy ma iść do dentysty czy raczej kupić sobie buty? Pytania te nie dotyczą jedynie samych pragnień, lecz czasowości. Diamond utracił stabilne oczekiwania dotyczące relacji między tym, co robi teraz i co będzie robił w przyszłości. Nawet jeśli śmierć nie jest bezpośrednią obawą, to to, co może przynieść jutro jest wielką niewiadomą. Ja mogę za to ujawnić, co przydarzyło się wspomnianemu młodemu człowiekowi, w którego rodzinie rak występował często: chemioterapia powiodła się i teraz w remisji mężczyzna ten rusza ku nowym celom.

Sposobem na wyjście z narracyjnej demolki jest opowiadanie historii, zwłaszcza tych, które Schafer nazwał historiami „ja” [*self-stories*]. Celem tych opowieści nie jest opisywanie, choć opis może pozornie być ich treścią. „Ja” *formowane* jest w tym, co się opowiada. Dalsza część otwierającego niniejszy rozdział cytatu z Schafera brzmi: „W opowiadaniu *innym* naszych *self-stories* w większości przypadków można powiedzieć, że to wykonywanie prostych czynności narracyjnych. Mówiąc jednak, że opowiadamy je także *sobie samym*, zamykamy jedną historię w drugiej. Tą historią jest istnienie jakiegoś «ja», któremu można coś powiedzieć, ktoś inny służący za widownię, który

jest nami samymi czy naszym «ja» [...]. Z tej perspektywy, «ja» jest opowiadaniem”⁵.

Self-story jest opowiadana zarówno innym jak i sobie; każde opowiadanie zamknięte jest w tym kolejnym. Akt opowiadania stanowi podwójną re-afirmację. Potwierdzana ponownie jest relacja z innymi, jak i samo „ja”. Ciężka choroba wymaga każdego z tych potwierdzeń, a spostrzeżenia Schafera pozwalają na wgląd w ten obustronny proces. Chorujący potrzebuje potwierdzenia, że jego opowieść jest dla innych wartą słuchania. Jednocześnie musi potwierdzić, że *on sam wciąż tam jest*, istnieje jako słuchacz własnej opowieści. Audre Lorde daje wyraz swojej potrzebie pisania po [przebytej] operacji raka piersi rozpoczynając od zdania: „Aby być dostępną dla samej siebie”⁶. Choroba jest kryzysem „ja” w znaczeniu niepewności, czy własne „ja” wciąż istnieje jako odbiorca [adresat] opowieści; kluczowe jest potwierdzenie jego dostępności.

Nie można udawać, że możliwy jest przegląd całego ogromnego piśmiennictwa podpierającego się tezą Schafera, że „ja” jest opowiadaniem⁷. Mogę natomiast zasugerować niektóre tematy z literatury, które wydają się najbardziej trafne w kontekście słuchania opowieści o chorobach.

Wyrwa i cel

Na początku jest wyrwa. Choroba przerywa jakieś życie, a chorowanie oznacza potem byt w nieustannej wyrwie⁸. Nancy Mairs pisze, że nieszczęścia „mają swój własny geniusz”⁹. Jej życie zostało przerwane przez choroby psychiczne i somatyczne, przez nawroty choroby nowotworowej męża, przez dzieci z ich potrzebami, wreszcie przez potrzeby obcych osób oraz poczucie obowiązku by sprostać tym wszystkim wyzwaniom. W końcu, gdy jej opowieść ma pogodzić wiarę w Boga z upokorzeniami, jakie się wiążą ze stwardnieniem rozsianym, Mairs pisze: „właśnie odskoczyło mi wieczko od pojemnika z napojem [Thirstbuster], na podłogę rozlało się

⁵ R. Schafer, dz. cyt., s. 31.

⁶ A. Lorde, *Dzienniki raka*, tłum. A. Dzierzgowska, Lublin 2022, s. 136.

⁷ Prócz źródeł podanych poniżej, zob. w szczególności *Storied Lives: The Cultural Politics of Self-Understanding*, red. G.C. Rosenwald, R.L. Ochberg, New Haven 1992. Przydatna bibliografia istotnych prac dotyczących narracji w relacji z „ja” znajduje się w G. Lloyd, *Being in Time: Selves and Narrators in Philosophy and Literature*, New York 1993, s. 176.

⁸ Redaktorzy dzienników Etty Hillesum, kobiety pochodzenia holendersko-żydowskiego, która zginęła w Auschwitz, ujęli to w tytule wydanych wspomnień: *An Interrupted Life*, New York 1983. Zaś Susanna Kaysen nazywała swoje pamiętniki choroby psychicznej *Girl Interrupted* (Nowy Jork 1993).

⁹ N. Mairs, *Ordinary Life: Cycles in Marriage, Faith and Renewal*, Boston 1992, s. 32.

około litra dietetycznej coli”. Autorka jest zbyt schorowana, by móc sprzątać powstały bałagan, więc będzie „zmuszona kontynuować pracę nad pisanym fragmentem [ustępem] tekstu ze stopami tkwiącymi w lepkiej brązowej kałuży”¹⁰.

Mairs przerywa swoją opowieść, żeby pokazać nam wyrwy w swoim życiu. Jej opowieść nie tylko opisuje te przerwy; sama jest przerwana narracją. Powyższy fragment ilustruje również sposób, w jaki metafora często pracuje w opowieściach o chorobie. Plama to metafora przerwane życie Mairs, lecz brązowa i lepka kałuża ma też sens dosłowny. Co do metafor zatem, za niezwykle użyteczną uznaję uwagę Schafera, według którego metafora ustanawia pewną fabułę: „To, co nazywamy otwarciem metafory w niektórych aspektach bardzo przypomina szkicowanie tych rodzajów opowieści, które z niej wynikają”. Wybierając między fabułą a metaforą, Schafer uznaje tę pierwszą za „bardziej inkluzywny termin”¹¹.

Odkakujące wieczko przerywa fabułę po to, by ustanowić nową. Dygresja jest przypomnieniem, że opowieść jest o przerywaniu, albo, odwołując się do terminologii Schafera, przerywanie jest opowieścią niesioną przez metaforę. Podobnie jest z ciałem autorki: jej narracja jest narracją „ja-ciała” [*body-self-story*]. Zepsute wieczko przywraca czytelnikowi świadomość kondycji fizycznej, która jest zarazem przedmiotem pisarstwa Mairs oraz sposobem jego uprawiania. Jej metaforą jest własna narracja o tym, jak to jest żyć w ciele tak niepełnosprawnym, że nie pozostaje jej nic innego jak siedzieć w lepkiej brązowej kałuży, póki ktoś nie przyjdzie z pomocą. Autorka nie jest jednak bezradna: może kontynuować pracę. Ale warunkiem ucieleśniania się tej pracy jest ciągła podatność na przerywanie.

Wieczko pojemnika z napojem może i ma własny geniusz, lecz inne rodzaje przerywania ewidentnie przynależą do kondycji bycia chorym. Osoba chorująca jako pacjent jest kimś, kto, doświadczwszy uprzednio przerywania w postaci choroby, teraz jest skazany na przerywanie w mowie, rozkładzie dnia, śnie, wypłacalności, czy w czymkolwiek innym. Kiedy Richard Selzer, piszący o wyzdrowieniu ze śpiączki spowodowanej chorobą legionistów został zapytany przez swojego lekarza, dlaczego chce, by go wypisać ze szpitala, odpowiedział, że nie chodzi mu tylko o prywatność – przecież jest w tym szpitalu w pojedynczej sali; pragnie „samotności. Czyli stanu, który nie przewiduje osób takich jak ty, wchodzących tu kiedy mają na to ochotę i pytających mnie, czy czegoś jeszcze chce”¹². Przerwanie nawet w najlepszej wierze, kiedy o nie się nie prosiło pozostaje mimo wszystko wtargnięciem. Zawarta w wypowiedzi Selzera ironia wskazuje na to, że interpretuje

10 Tamże, s. 184.

11 R. Schafer, *Retelling a Life: Narration and Dialogue in Psychoanalysis*, New York 1992, s. 32.

12 R. Selzer, *Raising the Dead*, New York 1992, s. 95.

przerywanie mu jako przejaw życzliwości; inni mogą nie podzielać takiego ich rozumienia.

Medyczna redefinicja rozmowy lekarza z pacjentem jako zadania klinicznego, dla przykładu „zbierania historii choroby” [zbierania wywiadu], zawiesza zwyczajowe grzecznościowe konwencje i w ten sposób uprawomocnia przerywanie. Przypadki przerywania pacjentom przez lekarzy są dobrze udokumentowane¹³. Lekarz i socjolog Howard Waitzkin interpretuje te zachowania jako „próby ograniczenia pacjentom możliwości opowiadania historii”. Waitzkin sugeruje istnienie kilku powodów tego ograniczenia: „Opowieść pacjenta może nie przyczynić się w żaden sposób do przebiegu procesów myślowych lekarza prowadzących do postawienia diagnozy; pacjencka wersja historii [choroby] może być myląca lub niespójna; opowieść może zajmować więcej czasu niż jest do dyspozycji; części opowieści mogą wywoływać emocje, które są nieprzyjemne dla lekarza, pacjenta czy dla obu stron”¹⁴. Coś się jednak zmienia. Pewien starszy chirurg napisał do mnie, że w końcu zaczyna uświadamiać sobie różnicę między spisywaniem historii choroby a słuchaniem opowieści pacjenta; do niedawna jeszcze historia medyczna uważana była za opowieść.

Opowiadanie przerwane życie wymaga nowego sposobu narracji. Mairs ogranicza się do niezgodności pomiędzy przerywaniem a konwencjonalnym opowiadaniem historii: „Narracje mają to ograniczenie, że zmiernają ku zakończeniom, najlepiej takim uporządkowanym”¹⁵. Wyrwy narracyjne sprawiają, że narracja zbacza z drogi ku temu celowi; nadają opowieściom tę „myłą lub niespójną” jakość, którą, jak zauważa Waitzkin, lekarze i pacjenci postrzegają jako coś przykrego w pacjenckich opowieściach. Narracje te są nieprzyjemne i właśnie ta ich cecha stanowi powód, by je opowiedzieć. W przeciwnym wypadku przerwany głos pozostanie uciszony.

Historia choroby ma do wykonania podwójne zadanie. Narracja taka usiłuje przywrócić porządek, który uległ na skutek przerwań rozkawałkowaniu, ale ma także wypowiedzieć prawdę o tym, że wyrwy będą trwałe. Częścią tej prawdy jest, że zgrabne zakończenia nie są już adekwatne dla opowieści. Trzeba znaleźć alternatywny rodzaj zakończenia – odmienny cel. Rezultat rzadko jest uporządkowany: „Nawet pisząc o tym”, konkluduje Fitzhugh Mullan co do swojego raka, „mam poczucie ostatecznej ambiwalencji całego tego doświadczenia”¹⁶. Wiele narracji chorobowych odnajduje

13 C. West, *Routine Complication: Troubles with Talk between Doctors and Patients*, Bloomington 1984; H. Beckman, R. Frankel, *The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data*, „Annals of Internal Medicine” 1984, nr 101, s. 692–696.

14 H. Waitzkin, *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*, New Haven 1991, s. 28.

15 N. Mairs, *Ordinary Life...*, dz. cyt., s. 100.

16 F. Mullan, *Vital Signs: A Young Doctor's Struggle with Cancer*, New York 1984, s. 195.

cel w cierpieniu, ale nawet i wśród nich rzadkie są takie, w których jest poczucie ambiwalencji.

Przerwane narracje znajdują wiele różnych celów, które będą rozważane w kolejnych rozdziałach. Najbardziej ogólne określenie celu proponuje Genevieve Lloyd, odwołując się do Nietzscheańskiej koncepcji wiecznego powrotu: „To kwestia widzenia wszystkiego, co się wydarza – czy będzie to wspaniałe, czy też nieznośnie błahe – jako integralnego dla egzystencji «ja», które, jeśli by w ogóle miało się powtórzyć, mogłoby to uczynić jedynie w całości”¹⁷. Nancy Mairs przerywa swoje rozważania o Bogu po to, by opisać rozlanie się napoju: lekcja z tego taka, że od wspaniałego do błahego nigdy nie jest daleko.

Pamięć i odpowiedzialność

Wyrwa jaką jest choroba, wraz z kolejnymi szczelinami, które powoduje, stanowią zakłócenia pamięci. Zakłócenie to nie dotyczy pamiętania; wspomnienia dotyczące chorób są często nadzwyczajne, jeśli chodzi o ich precyzję i trwałość. Uczestniczyłem raz w programie radiowym otwartym dla słuchaczy. Zadzwonił pewien mężczyzna i opowiedział w szczegółach historię zachorowania na raka; jego żona była hospitalizowana w tym samym czasie, co on, i szczegółowość opisu tych pobytów była tak ogromna, że gospodarz programu zaczął się denerwować. W końcu zapytałem dzwoniącego, kiedy to wszystko miało miejsce, a on odpowiedział, że trzydzieści lat temu. Często jestem zdumiony tym, jak dawno temu miały miejsce historie opowiadane „w czasie teraźniejszym”. Zakłócenie nie dotyczy zapamiętywania, ale jest kwestią pamięci.

Tym, co zostaje zakłócone w pamięci, jest spójne poczucie sekwencji życia: coś, co filozof David Carr określił „całością, która zawiera przyszłość, teraźniejszość i przeszłość”¹⁸. Wyżej pisałem o tym, jak choroba zakłóca relację tej całości: teraźniejszość, nie jest tym, do czego przeszłość miała prowadzić, i cokolwiek będzie po niej w przyszłości, zdaje się niepewne. Carr wskazuje na to, że nawet dla zdrowej osoby „narracyjna spójność zdarzeń i działań” nigdy nie jest „czymś po prostu nam ‘danym’. To raczej ciągły wysiłek, czasami *walka*, i osiągnięciem jest w niej zwyciężyć”¹⁹.

Choroba pogłębia tę walkę. Przeszłość jest pamiętana z tak uderzającą jasnością ponieważ nie jest doświadczana jako miniona; opowiadane doświadczenia związane z chorobą są niezasymilowanymi strzępkami [fragmentami], które odmawiają stania się przeszłością, nawiedzają teraźniejszość. Tak jak obecna choroba zmagą się z przeszłością, po której nie

¹⁷ G. Lloyd, *Being in Time*, dz. cyt., s. 111.

¹⁸ D. Carr, *Time, Narrative Truth and History*, Bloomington 1986, s. 96.

¹⁹ Tamże.

spodziewano się, że do niej doprowadzi, to terażniejszość, która jest już wolna od choroby, zмага się z przeszłością, która nigdy nie została należycie opowiedziana w momencie dziania się.

Zakłócona pamięć – niezależnie od niespójności całości obejmującej przyszłość, terażniejszość i przeszłość – stanowi problem *moralny*. Rozwijając argumenty Alasdaira MacIntyre, Carr opisuje te zmagania jako „odpowiedzialność, której nikt nie zdejmie całkowicie z barków tego, kto żyje dane życie”²⁰. Walka ta ma dwa aspekty: „jeden to przeżyć lub żyć zgodnie z planem czy narracją, wielką lub małą, konkretną albo ogólną; drugi to skonstruować lub wybrać tę narrację. Pierwszy z nich zależy od wyboru drugiego”²¹. Dla osoby chorej wybór narracji jest ograniczony także tym, co ma być przeżyte albo, w znamiennej frazie Carra, czemu trzeba *sprostac*.

Praktycznym problemem narracji, według Carra, jest stworzenie takiej opowieści, w której „przeszłość wciąż postrzegana jest w świetle jej związku z terażniejszością i przyszłością w trwającym cały czas projekcie”²². W takiej narracji dokonuje się przywrócenie spójności pamięci. Jako że terażniejszość choroby nie jest tym, co w przeszłości było zaplanowane, to ustalenie na nowo łączności przeszłości z terażniejszością może wymagać posłużenia się tym, co psychoanalitik Donald Spence nazywa prawdą narracyjną. Spence i Carr zgadzają się, że przeszłości nie da się wymyślić na nowo, jednakże poczucie tego, co było główne, a co tylko w tle przeszłych wydarzeń, może się zmienić tak, aby odtworzyć przeszłość cechującą się tym, co Spence określa jako większą „ciągłość i domknięcie”²³. Z prawdy narracyjnej można odbudować poczucie spójności.

Nawet osoba doświadczająca choroby jest w stanie wybrać jedną z narracji oraz stworzyć prawdy narracyjne. Historia wyrażająca te prawdy musi następnie zostać *opowiedziana*. Najdosłowniej o potrzebie opowiadania innym mówi psycholog Roger Schank, choć opowiadanie pojawia się też w pracach Schafera i Spence’a, którzy prezentują psychoanalizę jako scenę dla snucia narracji. Schank jednoznacznie wiąże opowiadanie z pamięcią:

Potrzebujemy opowiedzieć komuś innemu historię opisującą własne doświadczenie, ponieważ proces konstruowania narracji *tworzy strukturę pamięciową*, w której za-

20 Tamże.

21 Tamże.

22 Tamże, s. 98.

23 D.P. Spence, *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*, New York 1982, s. 31. Zob. też Schafer: „Doświadczenie jest tworzone lub kształtowane; nie jest dane, odkryte lub zaobserwowane... Intropekcyjny podmiot wydobywa z pełni potencjalnego doświadczenia to, co chce” (R. Schafer, *Retelling Life*, dz. cyt., s. 23).

warte zostanie na resztę naszego życia sedno tej opowieści. Mówienie jest przypominaniem.²⁴

Pamięć nie tylko zostaje przywrócona w opowieści o chorobie; co bardziej znaczące, pamięć jest tworzona. Jeżeli z kolei opowiadana historia jest czymś, czemu, jak pisał Carr, należy sprostać, wówczas tworzy się w niej również przyszłość, która niesie szczególną odpowiedzialność.

Paul Ricoeur czyni z tej odpowiedzialności punkt centralny w swej koncepcji *tożsamości narracyjnej*. Ricoeur opisuje, jak „ja” rodzi się jedynie w procesie opowiadania historii życia: „Podmiot nigdy nie jest dany u początku” pewnej narracji. Początkowa nieobecność podmiotu czy też „ja” stanowi konieczny warunek moralny opowieści. Gdyby podmiot dany był już na początku, nikt niczego by się nie nauczył. Taki dany już podmiot narażałby się, jak twierdzi Ricoeur, „na ryzyko redukcji samego siebie do narcystycznego ego, samolubnego i zazdrosnego”. Tożsamość narracyjna jest wyzwoleniem z narcyzmu bycia narratorem, który uważa, że już wie, kim jest. W opowieściach „w miejscu oczarowanego sobą ego, rodzi się «ja»”²⁵.

Odpowiedzialność za tożsamość narracyjną zostaje bezpośrednio wyrażona w opowieściach o chorobie. Tim Brooks, pisząc o swoim życiu z astmą, dochodzi do wniosku, że „przewlekła choroba rzuca nam szczególne wyzwanie zmuszając do zadania pytania, czy możliwym jest być *pomyślnie chorym*”²⁶. Etyk William May zastanawia się nad reakcją pewnej niedawno owdowiałej kobiety na nagłą śmierć męża. Pytanie, przed jakim staje osoba chora nie brzmi „Co z tym zrobimy?”, zauważa May; lecz raczej „Jak stanąć na wysokości zadania?”²⁷.

Krótko mówiąc, człowiek może stanąć na wysokości zadania opowiadając nie jakąkolwiek, ale dobrą historię. Dobra historia stanowi miernik sukcesu chorującego. „Prawda narracyjna jest tym, co mamy na myśli mówiąc, że taka a taka historia jest dobra”²⁸, pisze Spence. W rozdziale drugim²⁹, cytowałem Anatole Broyarda jako kogoś, kto chce być „dobrą opowieścią” dla swojego lekarza.

²⁴ R.C. Schank, *Tell Me a Story: A New Look at Real and Artificial Memory*, New York 1990, s. 115 (zmieniono oryginalne podkreślenia).

²⁵ P. Ricoeur, *Life: A Story in Search of a Narrator*, [w:] *Facts and Values*, red. M.C. Doerer, J.N. Kraay, Dordrecht 1986, s. 132.

²⁶ T. Brookes, *Catching my Breath: An Asthmatic Explores His Illness*, New York 1994, s. 277.

²⁷ W.F. May, *The Patient's Ordeal*, Bloomington 1991, s. 131; por. też przyp. 3.

²⁸ D.P. Spence, *Narrative Truth...*, dz. cyt., s. 31.

²⁹ Chodzi o rozdział *The Body's Problem with Illness* z książki A.W. Franka, *The Wounded Storyteller* [przyp. tłum.].

Broyard wyartykułował tę chęć w rozmowie z lekarzem; w tym kontekście, proponuje on pewną wzajemną odpowiedzialność, która jest nowa zarówno dla doświadczenia choroby, jak i dla medycyny. Broyard pretenduje do roli daleko wykraczającej poza rolę posłusznego pacjenta. Jego odpowiedzialność nie jest taka, jak ją zdefiniował Parsons dla osoby chorującej, to znaczy – wyzdrowieć stosując się do zaleceń lekarskich. Miast tego Broyard dopomina się o odpowiedzialność za przekształcenie własnej choroby w dobrą opowieść, odkrycie w niej prawdy narracyjnej i wypowiedzenie tej prawdy. Deklaruje się jako świadek własnej choroby oraz wzywa słuchających – przedstawicieli profesji medycznych – aby także stali się świadkami jego świadectwa. Broyard nie musiał czytać Schanka, by wiedzieć, że opowieść domaga się słuchaczy; musi zostać opowiedziana. Przyjmując odpowiedzialność za bycie dobrą opowieścią, wezwał jednocześnie lekarza do przyjęcia komplementarnej odpowiedzialności za wysłuchanie opowieści.

Prawda narracyjna dobrej historii musi koniecznie pozostać wierną wobec prawdy życia takiego, jakim jest ono faktycznie przeżywane; pytanie brzmi: jakiej prawdy których wydarzeń? W opowieściach o chorobie, prawda może być selektywna, lecz pozostaje samoświadoma. Odpowiedzialność prawdy leży blisko powierzchni opowieści o chorowaniu. Pewnego dnia spotkałem przyjaciółkę, której dorosłe dziecko żyje z niepełnosprawnością; wracała właśnie ze spotkania grupy wsparcia dla rodziców. „Nie mówimy naszej własnej prawdy”, powiedziała mi opisując tę grupę. Tamci rodzice, wyznała, byli niechętni do dzielenia się swoimi rozczarowaniami i frustracjami. Udręka takiego rodzaju rozmów stała się nieakceptowalna na mocy niepisanych zasad grupy. Jednakże powiedzenie prawdy, co wiedziała moja znajoma, polega na przyznaniu, że życie nie okazało się takim, jakiego chcieliśmy. To, co poszło nie tak musi zostać oswojone i przeanalizowane; żałoba zaś pomoże w tej analizie.

Wielu, jeśli nie większość Amerykanów, dzieli swoistą kulturową niechęć do mówienia o tym, w jaki sposób ich życia zeszyły na niewłaściwy tor w jakimś znaczącym aspekcie, oraz do przejścia żałoby po stracie tego, czego pragnęli, a co nigdy się już nie wydarzy. Nasz współczesny wariant stoicyzmu ociera się o zaprzeczanie. Dobra opowieść wyrzeka się zaprzeczenia i tym samym stoi na przekór naciskom społeczeństwa. Waitzkin zwraca uwagę, że lekarze przerywają wypowiedź pacjentom, kiedy ich opowieści stają się nieprzyjemne. Przerywanie to służy uciszeniu mówienia tego, co może być lub może się stać, prawdami. To, co mogłoby stać się dobrą opowieścią zostaje powstrzymane; nawet jeżeli nie obraca się w złe, to przynajmniej oddala się od własnej prawdy.

To, co sprawia, że dana opowieść o chorobie jest dobra, to akt świadectwa mówiący, skrycie lub wprost: „Opowiem ci nie to, co chcesz usłyszeć, lecz to, o czym wiem, że jest prawdą, bo to przeżyłem. Prawda ta będzie cię niepokoić, ale w ostatecznym rozrachunku, nie można być wolnym bez

niej, bo już i tak ją znasz; twoje ciało już ją zna”. Opowiadając tę historię zgodnie z prawdą, chorujący może stanąć na wysokości zadania.

Więcej jeszcze należałoby powiedzieć na temat osoby chorej jako świadka, i w jednym z późniejszych rozdziałów powrócę do tego wątku. Tutaj zauważę tylko, iż możliwość stania się świadkiem czyni ze spójności pamięci odpowiedzialność, jak nazywa to Carr. Pamięć jest odpowiedzialnością, ponieważ gdy się ją relacjonuje, staje się ona świadkiem i wychodzi poza samą jednostkę ku świadomości wspólnoty.

Odzyskiwanie „ja”

W epoce ponowoczesnej „odzyskiwanie” stało się komunałem, lecz jak większość komunałów zawiera w sobie istotne ziarno prawdy na temat czasów, w jakich się je tak często powtarza. Odzyskiwanie sugeruje, że opowieści o chorobie powodują coś więcej, niż mówienie pomimo zakłóceń; chorej osobie odebrano głos.

Audre Lorde pisze o tym, by „odzyskać język, który zmuszono, by działał przeciwko nam”³⁰. Wyraża powszechny u chorych pogląd, iż język medyczny wraz z jego „ogólnie ujednocającą perspektywą” upodabnia ich do świadczących. Badacze kultury medycznej w „opowieściach lekarskich” odnotowują bogactwo szczegółów w opisach³¹ lecz istotnym jest, czy pacjenci także widzą tę stronę medycyny. Zbyt często osoba pacjenta styka się z lekarską racjonalizacją uosobioną przez system „Jednorodnych Grup Pacjentów”³² (JGP).

JGP szczegółowo kwalifikują procedury medyczne, za które ubezpieczyciel poniesie koszty na podstawie diagnozy postawionej w momencie przyjęcia do szpitala. JGP stanowi narrację, która pozycjonuje szczegóły następującego potem doświadczenia hospitalizacji. Miałem zamiar napisać „niezliczone szczegóły”, jednak logika JGP jest taka, że każdy detal, aż po ostatnią papierową chusteczkę, może być i zostanie podliczony. JGP sprowadza wspomnianą ogólnie ujednocającą perspektywę do biurokratycznego proceduralizmu. I znowu – charakteryzowanie medycznej kultury narracyjnej w kategoriach JGP byłoby z pewnością nieuczciwe, wszak JGP w istocie uosabiają ten dehumanizujący aspekt „stawania się pacjentem”, opisany za Danem Gottliebem w rozdziale pierwszym.

Wyśmienitą artykulacją praktyki odzyskiwania jest ta spod pióra Audre Lorde: „Aby być dostępną dla samej siebie i móc skoncentrować swoją

³⁰ A. Lorde, *Dzienniki raka...*, dz. cyt., s. 63.

³¹ K.M. Hunter, *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton 1991.

³² Ang. Diagnosis Related Groups (DGRs) – grupa pacjentów w systemie rozliczania świadczeń zdrowotnych [przyp. tłum.].

energię na wyzwaniach świata, w którym się poruszam, muszę zastanowić się, co znaczy dla mnie moje ciało”³³. Aby odzyskać siebie, potrzeba uczynić „ja” dostępnym jako to, co Schafer nazywa sceną dla własnej opowieści „ja”. Narracja Lorde jednakowoż, podobnie jak u Mairs, to opowieść „ciała-ja” [*body-self-story*]. Dla Lorde odzyskiwanie rozpoczyna się w jej ciele: od rozwiązania problemu, jak po mastektomii przywrócić relację z własnym ciałem. Jednocześnie jej potrzeba samo-dostępności wychodzi poza samo „ja-ciało”. Jako kobieta pozbawiona jednej piersi, aby uczynić się dostępną dla siebie, autorka musi poczuć związek ze wszystkimi będącymi w tym samym stanie. To, jak świat lekarski rzuca kłody pod nogi temu związkowi w miarę, jak Lorde styka się z nim, opisane zostało w jednym z późniejszych rozdziałów. Pisarka musi odzyskiwać siebie na przekór tej opozycji.

Pobrzmiwa u Lorde echo wezwania Williama Jamesa do „obowiązków” wobec prawdziwie prawdziwego. Odzyskiwanie rozpoczęte w jej ciele płynie przechodzi do „wyzwania tego świata”, przez który Lorde podróżuje. Przypomina osobom chorym, jak też samej sobie, że wszystkie światy przez jakie idziemy są wyzwaniem, choroba zaś wymaga wzmocnionej koncentracji energii, aby móc temu wyzwaniu sprostać. Zaś ta koncentracja energii domaga się, a w innym sensie wręcz *jest*, tym co Lorde zwie samo-dostępnością. Czyni się dostępną dla samej siebie w słowach kierowanych do czytelniczki książki. Pisarstwo to jej walka o spoistość; prawda tego pisarstwa to osiągnięcie Lorde. Nie każda opowieść przyniesie tę spoistość. Dla Lorde dobra historia to taka, która skupia jej własne energie i przywraca ją samą do światów, w jakich jest potrzebna. Jednocześnie czytelnikowi przypomina się o jego własnych światach wraz z właściwymi im wyzwaniami; w ten sposób czytający staje się dostępnym samemu sobie.

Snucie przez Lorde opowieści stanowi akt refleksyjnego nadzoru. Jako praktyka narracyjna refleksyjność opisywana jest przez Jerome’a Brunera w kategoriach przywracania pamięci jako: „zdolność do obracania się wokół przeszłości i zmiany w jej świetle terażniejszości, czy też do zmiany przeszłości w świetle terażniejszości”³⁴. Refleksyjna obserwacja polega na ciągłym dostosowywaniu na nowo tego, co było i tego, co jest, tak aby stworzyć i podtrzymać dobrą opowieść. Praktyka narracyjna u Lorde jest dokładnie taką, do jakiej wzywają Schafer, Carr, Spence i Schank: polega na wytworzeniu spójnej opowieści „ja”, od-tworzeniu pamięci oraz na przyjęciu na siebie odpowiedzialności. Zarazem jednak Lorde podkreśla coś, o czym nie wspominają wymienieni teoretycy: nazywając swoją pracę narracyjną „odzyskiwaniem”, zwraca się ona ku wymiarowi politycznemu.

³³ A. Lorde, *Dzienniki raka...*, dz. cyt., s. 136.

³⁴ J. Bruner, *Act of Meaning*, Cambridge 1990, s. 109. Bruner pisze w tym fragmencie o Kennecie Gergenie.

To, w co Lorde wierzy, że powinno zostać odzyskane, można wyrazić poprzez zwrócenie się do analizy komunikacji między lekarzem a pacjentem, którą przeprowadził Waitzkin. Charakteryzuje on medycynę jako system ideologiczny, który wzywa pacjenta do przyjęcia tożsamości, jaką dla niego przewiduje; diagnoza jest najbardziej powszechną formą takiej tożsamości. Ideologiczne oddziaływanie medycyny polega na sprawianiu, że pacjent akceptuje tożsamość związaną z diagnozą jako właściwą i moralną³⁵. Kiedy pacjent przyjmuje tę tożsamość, ustawia się zarazem w pozycji podporządkowanej w relacji władzy. Częste podkreślanie przez Parsonsa asymetrii w relacji profesjonalista-klient pozostaje w mocy, ponieważ legitymizuje tę relację władzy wyposażając ją w pewną nieuchronność. Waitzkin uznaje, że w przypadku pacjenta „język medycyny pozostawia niewiele możliwości działania... okresowo w dyskursie pojawiają się napięcia wynikające z problematycznych kwestii społecznych... i tworzą kontrtekstową rzeczywistość, której nie da się rozwiązać w ramach spotkania medycznego”³⁶. Odzyskiwanie „ja” w przypadku Lorde jest taką kontrtekstową rzeczywistością.

Nieliczne narracje chorobowe są tak samoświadomie polityczne jak ta, którą snuje Audre Lorde, ale też niewiele z nich nie zawiera jakiegokolwiek motywacji odzyskiwania „ja”. Jej stwierdzenie o dostępności dla siebie samej uznaje za dobry epigram narracyjnej praktyki opowiadania o chorowaniu, z tym, że należy poczynić jedno istotne uzupełnienie. Lorde wymienia wielość światów, po których się porusza – ale przecież odnotowania wymaga także wielość „ja”, które udaje jej się odzyskać. Problemem większości chorych wydaje się właśnie utrzymywanie licznych „ja” dostępnych dla nich samych. Stewart Alsop zauważył, że jego książka „została napisana przez różnych mnie”³⁷.

Uwaga Alsopa potwierdza uogólnione znaczenie tego, co Schafer zauważa u analizantów³⁸: „doświadczalne «ja» może być postrzegane jako zestaw zróżnicowanych narracji, które wydają się być opowiadane przez zespół rozmaitych «ja». A jednak, tak jak sen, cała opowieść jest snuta przez jednego narratora. Nic nie potwierdza tutaj powszechnej iluzji o istnieniu pojedynczego, jednostkowego «ja-bytu» [*self-entity*], posiadanego i doświadczanego przez każdą osobę, jednostkowego «ja», które jest, że tak powiem, gdzieś tam, w porządku Natury”³⁹. Tym, co istnieje tam, w porządku Natury, jest oczywiście ciało. Może istnieć zespół rozmaitych „ja”, ale wydaje się, że ciało jest tylko jedno; jak wiele „ja” może to jedno ciało pomieścić?

35 H. Waitzkin, *The Politics...*, dz. cyt., s. 299–300, przyp. 8. Waitzkin cytuje Theon’a Britt’a.

36 Tamże, s. 47.

37 S. Alsop, *Stay of Execution: A Sort of Memoir*, Philadelphia 1973, s. X.

38 Tzn. pacjentów poddawanych psychoanalizie [przyp. tłum.].

39 R. Schafer, *Retelling a Life...*, dz. cyt., s. 26.

Różne opowieści podsuwają w tej kwestii dwa typy odpowiedzi. Sue Nathanson pisze o latach, które nastąpiły po traumach aborcji i podwiązania jajowodów. Były to zabiegi, na które sama się zdecydowała, w pełni dla niej zrozumiałe i przeprowadzone za jej zgodą, i nie rozegrał się w związku z nimi żaden szczególny medyczny horror. Ale Nathanson nie mogła przewidzieć, jak wielkie znaczenie będzie miała dla niej strata dziecka i płodności. Wielokrotnie powtarza swoim czytelnikom, że jej energia była skupiona przede wszystkim nie na karierze psychoterapeutki, a na rodzeniu i wychowywaniu dzieci. Zamknięcie tego etapu życia to trauma, a uporanie się z nią to praca na lata.

Częścią tego procesu jest zdanie sobie przez Nathanson sprawy z tego, że nie jest jedną osobą a wieloma, i że część z tej wielości musi działać w sposób, który stoi w sprzeczności z wartościami wyznawanymi przez pozostałe części jej osoby. Doradzając w ramach praktyki psychoterapeutycznej młodej kobiecie, która miała aborcję, Nathanson artykułuje swoją własną, rozwijającą się samoświadomość: „Kobiety muszą... pogodzić się ze świadomością własnej władzy i zdolności do zakończenia życia, które jest również częścią ich istoty”⁴⁰, mówi. Nathanson uświadamia sobie, że w skład jej własnego zespołu rozmaitych „ja” wchodzi i niszczytelka, i opiekunka, i że te „ja” współistnieją. Praca, jaką jest opowiadanie własnej historii jest procesem pozbywania się tego, co Schafer nazwał „przesadnym wrażeniem pojedynczych i nieodróżnicowanych jednostkowych ja”⁴¹.

Inną i równie dramatyczną próbą uporania się z problemem jednego ciała podtrzymującego wielość różniących się „ja” można znaleźć u Reynoldsa Price’a w jego opowieści o operacji, naświetleniach i wyleczeniu złośliwego guza kręgosłupa. Price opisuje w szczegółach to, jak paraliż będący wynikiem naświetleń wpłynął na jego życie. Opowieść prowadzi go do wniosku, że teraz zamieszkuje ciało, które jest fundamentalnie odmienne od poprzedniego, w związku z czym i on musi być inną osobą. Radzi ludziom, których los podobnie doświadczył, by stali się „kimś innym, swoją następną wersją, obnażoną całością, osobą o trzeźwym spojrzeniu, prawdziwą jak obrzyn i wdzięczną za powietrze”⁴². Nowe ciało domaga się nowego „ja”, nic mniej nie wystarczy. Inni, zwłaszcza ci, którzy najbardziej kochają chorą osobę, „nie będą ustawać w zawziętych wysiłkach wskrzeszenia twojego starego «ja», tego «ja» które przywołują z miłością i szacunkiem”⁴³. Należy stawić opór ich życzliwym wysiłkom.

⁴⁰ S. Nathanson, *Soul Crisis: One Woman's Journey Through Abortion to Renewal*, New York 1989, s. 209.

⁴¹ R. Schafer, *Retelling a Life...*, dz. cyt., s. 28.

⁴² R. Price, *A Whole New Life*, New York 1994, s. 183.

⁴³ Tamże.

Można zakwestionować to, na ile nowe jest to samozwańcze „nowe” „ja” Price’a, ale narracyjna prawda jego opowieści jest jasna: w myśleniu o sobie w kategoriach nowego „ja” odnalazł warunki sprzyjające życiu ze stanem ucieleśnienia, który przeraziłby jego stare „ja”. I daje innym świadectwo możliwości stworzenia *szczęśliwego* życia w takich okolicznościach⁴⁴.

Lloyd podsumowuje to, co łączy narracje odzyskiwania „ja” opowiedziane przez Lorde, Nathansona i Price’a pisząc o pierwotnym narratorze historii „ja”, Augustynie: „Refleksja nad pamięcią czyni «ja» przedmiotem zadziwienia – zdumienia uprzednio zarezerwowanego dla kontemplowania świata”⁴⁵. Dobra opowieść kończy się zdumieniem, do którego zdolność zostaje odzyskana z biurokratycznych racjonalizacji właściwych medycynie instytucjonalnej. Bycie dostępną dla siebie samej ostatecznie oznacza zdolność do zastanawiania się nad tym wszystkim, czym może być „ja”.

Wrak narracyjny a ponowoczesność

Choroba jest jedną z okoliczności powstawania demolki narracyjnej, jednakże sam stan nieustającej narracyjnej niepewności jest właściwy dla ponowoczesności. Narracje „ja”, które się teraz mnożą, stanowią jedną z możliwych odpowiedzi na tę niepewność. Wśród zwielokrotniających się narracji „ja” wyróżnić można narracje psychoanalityczne, do jakich odnosi się Schafer, a także opowieści snute wprost z łóżek chorych. Ale znacznie bardziej powszechne są narracje „ja” jako rozpoznawalny gatunek kultury popularnej.

Opowieści o chorobach jako jeden z rodzajów narracji „ja” częściowo pokrywają się z, i są ograniczane przez przynajmniej trzy inne formy. Mam na myśli duchowe autobiografie⁴⁶, narracje o stawianiu się mężczyzną

⁴⁴ Tamże, s. 192

⁴⁵ G. Lloyd, *Being in Time...*, dz. cyt., s. 20.

⁴⁶ Anne Hunsaker Hawkins w książce *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*, West Lafayette 1993, opisuje historie choroby lub „patografie” jako współczesną formę duchowych autobiografii, sugerując, że ta pierwsza wyparła listy. Ja postrzegam duchową autobiografię jako żywą, mającą się dobrze i wcale nie wypartą: Malcolm Boyd, Frederich Buechner, Annie Dillard, Richard Gilman, Natalie Goldberg, Sam Keen, Madeleine L’Engle, Julius Lester, Kathleen Norris i Dan Wakefield to tylko niektórzy z wielu współczesnych autobiografów duchowych. Historie choroby i duchowe autobiografie wydają się raczej wzajemnie uzupełniać. Tak jak historia choroby jest historią siebie [*self-story*] odzyskującą postkolonialną tożsamość „ja” z systemów medycznych, tak wiele duchowych autobiografii bada, jak przywrócić duchowy impuls w religiach, które skostniały w formalny system. Historie choroby i historie duchowego „ja” występują paralelnie zarówno u Madeleine L’Engle (w *Two-Part Invention: The Story of a Marriage*, New York 1989), jak i u Nancy Mairs (w *Ordinary Time*).

czy kobietą i o tym, co oznacza tożsamość genderowa⁴⁷, a w końcu – historie ocalałych z traumatyzujących wydarzeń, takich jak wojna, niewola, kazirodztwo czy przemoc⁴⁸. Podobnie jak opowieści o chorobach, publikowane przykłady wymienionych typów narracji „ja” są tylko znakiem szerszego ustnego dyskursu. Sposoby, w jakie ustne narracje są kształtowane przez retorykę tych opublikowanych, są bez wątpienia tak samo nieograniczone jak ilość samych opowieści.

Dlaczego narracje „ja” mnożą się właśnie *teraz*? Jeśli chodzi o publikowane opowieści, jedną z odpowiedzi jest istnienie rynku, a to z kolei oznacza czytelników, którzy odnajdują się w tych historiach. Publikowane narracje „ja” to kolejna ideologia, choć sporna, tworzona oddolnie, „wzywająca” ludzi ku tożsamościom, które sama formułuje. Ale sama obecność tego rynku tylko poszerza zakres pytania, dlaczego dzieje się to właśnie teraz?

Każda z tych narracji „ja” jest zakorzeniona w jakimś rodzaju demolki narracyjnej, i każda jest własnym aktem odzyskiwania. Ponowoczesność jest zarówno źródłem demolki, jak i zapewnia zasoby potrzebne do odzyskiwania. Jest więc pod tym i pod wieloma innymi względami, wewnętrznie sprzeczna: jednocześnie występują tu przeciwstawne tendencje. Jednym z aspektów ponowoczesności jest hiperracjonalizacja podporządkowująca sobie indywidualność, na którą nowoczesność kładła taki nacisk. Ogólnie ujednolicającą perspektywą nowoczesnej medycyny była dobroczytna racjonalizacja przeprowadzona w imię nauki, której celem było wyleczenie. JGP są mniej-niż-dobroczytną racjonalizacją prowadzoną w imię ograniczania kosztów i w imię administracyjnej kontroli sprawowanej nad medycyną. JGP są modernistycznym projektem, który zwrócił się przeciwko sobie.

Inną stroną ponowoczesności są narracje „ja”, które dostarczają modeli odzyskiwania siebie. W kontekście przyglądania się temu praktycy ponowoczesności są bardziej pomocni niż jej teoretycy, ale kolejną cechą tych czasów jest zatarcie granicy między tymi dwiema grupami. Jednym z praktyków jest powieściopisarz Clark Blaise. W przedmowie do swojej opowieści

⁴⁷ W narracjach o AIDS często splatają się narracje „ja” (*self-stories*) dotyczące płci (gender) i choroby. Jak w książce Paul’a Monette’a, porównaj jego opowieści o tożsamości gejowskiej, *Becoming a Man: Half a Life Story* (New York 1992), z *Borrowed Time: An AIDS Memoir* (New York 1988) i *Last Watch of the Night* (New York 1994). Książka Paul’a Zweig’a *Departures: Memoirs* (New York 1986) jest narracją o płci, w którą wtargnęła choroba, w tym przypadku chłoniak.

⁴⁸ Narracje ocalałych z kazirodztwa prawdopodobnie robią najwięcej jeśli chodzi o wyznaczenie kulturowego progu osobistego pisania; zob. Charlotte Vale Allen, *Daddy’s Girl: A Very Personal Memoir* (New York 1981). Więc kiedy Richard Selzer opisuje teksty swoich wspomnień chorobowych, *Raising the Dead*, jako „tak szczerze, otwarte, tak osobiste” (s. 29), w rzeczywistości daleko mu do granic, które narracje ocalałych wyznaczyły dla szczerego, otwartego i osobistego pisania.

Blaise definiuje narracyjne implikacje ponowoczesności jako „świadomość walcząca o osiągnięcie niezależności wobec własnego doświadczenia”⁴⁹. Blaise powtarza za Scheferem, ale jednocześnie wzmacnia jego obserwację, że doświadczenie jest „tworzone lub kształtowane”, a nie bezpośrednio dane, podobnie jak w przypadku dokonanego przez Carr’a rozpoznania, że spistość jest zawsze walką. Powtarza także za Johnem Lennonem, że „rzeczywistość wymaga sporej wyobraźni”. W czasach ponowoczesnych prawdziwie prawdziwe, o którym pisał William James, jest wciąż obecne, ale odpowiedź na pytanie: gdzie i czym jest, wymaga więcej wysiłku. Aby doświadczać, musimy użyć wyobraźni; wyobraźnia jest świadomością walczącą o osiągnięcie niezależności wobec własnego doświadczenia.

Nowoczesny autobiograf – nadal reprezentowany przez polityków czy inne „osobistości” – przedstawia zakończenie swojej opowieści, kulminację statusu osiągniętego przez autora, jako w jakiś sposób zawartą już w całej narracji. Ponowoczesny pamiętnikarz, taki jak Blaise, jest prześladowany przez obustronną przypadkowość życia i opowieści. Ponieważ wyobraźnia zdaje sobie sprawę, że narracja zawsze może być snuta inaczej, może więc i życie należało przeżyć inaczej?

Ponowoczesny pamiętnikarz pisze po to, aby odkryć jak działały inne, ukryte „ja”, w narracji, która jest własnością pisarza – z tym, że autor ów jest kilkoma „ja” jednocześnie. Kiedy Nathanson snuje swoją narrację jest *pisarką* opowiadającą o tym, jak ona sama, jako *terapeutka*, mówiła swojej klientce na temat tego, czego dowiedziała się jako cierpiąca *kobieta o licznych stronach* własnej osoby. Historia, którą opowiada drugiej osobie, klientce, jest zarazem narracją opowiadaną samej sobie, zatem jest tworzeniem nowej pamięci, być może dla każdej z nich. Z pewnością mamy tu do czynienia z Schafersowskim zespołem rozmaitych „ja”.

Nieuporządkowana konwencja ponowoczesnych memuarów – brak linearności i konkurujące głosy – pasuje do doświadczeń, którym przydarzyły się wtargnięcia. Jak zauważyłem wcześniej, te narracje nie są tylko o wtargnięciach; same są opowieściami przerwany. W nie mniejszym stopniu wtargnięciem są inne opowieści. Kolejny narrator, terapeuta, lider i duchowy autobiograf Sam Keen zaczyna swoją narrację od banalnej uwagi, że w ponowoczesności ludzie już nie mogą dzielić niektórych wspólnych dotąd społecznych przekonań na temat kwestii takich jak „dusza” i „zasady przewodnie”⁵⁰. Perspektywa narratora, którą Keen wnosi do swoich obserwacji,

⁴⁹ C. Blaise, *I Had a Father: A Post-Modern Autobiography*, Toronto 1993, s. XI. Komentując użyte w tytule słowo „postmodernistyczny”, Blaise zauważa również, że rekonstrukcja jego życia nie może mieć charakteru linearnego.

⁵⁰ S. Keen, „Our Mythic Stories”, [w:] *Sacred Stories: A Celebration of the Power of Stories to Transform and Heal*, red. Ch. Simpkinson, A. Simpkinson, New York 1993, s. 28. Zwróćmy uwagę na ponowoczesny charakter tytułu książki: w cza-

jest taka, że w świecie pozbawionym tych zasad narrator staje się „prześiąknięty opowieściami... punktami widzenia”. Osoba, która jest „bombardowana” wieloma punktami widzenia musi podejmować walkę o to, by utrzymać jeden z nich, ten, który może rozpoznać jako własny. Unikalna optyka, która czyni opowieść własną, stale rozpada się na konkurujące perspektywy. „Tracimy ciągłość własnych doświadczeń”, pisze Keen; „stajemy się ludźmi, którzy są pisani z zewnątrz”⁵¹.

Kiedy musiałem raz po raz opowiadać o prześwietleniu rentgenowskim, które doprowadziło do podejrzenia raka, zacząłem po wielu kolejnych powtórzeniach czuć jakby narrację tę snuł zewnętrzny względem mnie głos, którego byłem słuchaczem. Nie opowiadałem o tym, jak się *czułem*; kierowałem się w swojej narracji zainteresowaniami poszczególnych słuchaczy, dobierając odpowiednio retorykę do rodzaju naszej relacji. Czuję, że jestem pisany z zewnątrz, ale to mój własny głos mnie pisał.

Ponowoczesną frazą która uzupełnia „odzyskiwanie” jest „odnalezienie własnego głosu”. I w tym przypadku u podstaw frazesu leży istotna prawda: osoby, które są pisane z zewnątrz utraciły swój własny głos. Mówienie głosem, który jest rozpoznawalny jako własny staje się coraz trudniejsze, więc mówienie proliferuje w poszukiwaniu tego głosu. Mnożą się narracje „ja”.

Pośród tej mnogości rozmaitych „ja”, które „ja” może mówić głosem, który jest „własny”? To nie jest żartobliwe pytanie, bo potrzeba mówienia głosem, który można rozpoznać jako własny jest realna. Najlepsza z odpowiedzi na jakie się natknąłem to ta, którą podaje Nancy Mairs, gdy zastanawia się nad pytaniem zadawanym jej zawsze podczas spotkań ze studentami uczestniczącymi w zajęciach z pisania, „Jak odnalazłaś swój głos?”⁵². Po kilku dyskusjach na temat tego, że każdy głos jest wymyślony, Mairs pisze „Wszystko, co napisałam było pisane z tamtego cierpienia, i cokolwiek napisałam łagodziło trochę ten ból – ale nigdy w wystarczającym stopniu”⁵³. Nawet w ponowoczesności, nawet pośród różnych „ja”, którymi każdy z nas jest, pozostaje pewien fundament tego, co prawdziwie prawdziwe. Nierzadko jest nim ból.

Pytam po raz kolejny: dlaczego narracje „ja” tak się teraz mnożą? Może dlatego, że nie można już zaprzeczyć kumulacji szkód, które wyrządziła nam nowoczesność – co jest kolejną z definicji ponowoczesności. Terry Tempest Williams opowiada o raku piersi, nie własnym – to historia zachorowań na nowotwór w jej rodzinie⁵⁴. Ponieważ wiele kobiet zapadło na raka

sach demolki narracyjnej pojawia się wzmożona wiara w skuteczność opowieści.

⁵¹ Tamże, s. 28.

⁵² N. Mairs, *Voice Lessons: On Becoming a (Woman) Writer*, Boston 1994, s. 15.

⁵³ Tamże, s. 19.

⁵⁴ T.T. Williams, *Refuge: An Unnatural History of Family and Place*, New York 1991.

w dość krótkim czasie, autorka szuka przyczyn środowiskowych. Częścią dowolnej historii choroby jest jej geneza: jaki czynnik spowodował chorobę; dlaczego spotkało to właśnie mnie?⁵⁵ W przypadku Williams pytanie brzmi: dlaczego rak przydarza się ludziom wokół?

Pod koniec książki Williams opowiada swojemu ojcu o powracającym śnie – to obraz jasnego światła. Ojciec odpowiada, że właściwie jest to wspomnienie z dnia, kiedy w 1950 roku zatrzymali w Utah samochód na poboczu drogi, żeby popatrzeć na test bomby atomowej. „Niebo zdawało się wibrować dziwnym różowym blaskiem”, powiedział ojciec. „W ciągu paru minut na nasz samochód spadł deszcz jasnego popiołu”. Córka wytrzeszcza na niego oczy: odpowiedź na pytanie o genezę staje się oczywista. „To był moment, w którym zdałam sobie sprawę z mistyfikacji, w jakiej dotąd żyłam”⁵⁶.

„Mistyfikacja” to kwestia bardziej skomplikowana niż test atomowy. Składają się na nią obecna w jej rodzinie mormońska tradycja władzy, ich związek z pejzażami Zachodu i „nienaturalna” historia tego krajobrazu, zwłaszcza rejonów Salt Lake City. Kiedy wszystkie te komplikacje zostały zbadane, ostateczna tajemnica genezy choroby pozostaje bez odpowiedzi: dlaczego spośród wszystkich tych kobiet, których dotknęły skutki tamtego opadu atomowego, jak i konsekwencje innych eksplozji, tylko jedna przeżyła?

Williams snuje narrację „ja” – opowieść o pamięci i odpowiedzialności. W jej historii zdarzają się liczne wtargnięcia: powodzie, śmierci, a wreszcie ujawniona przez ojca informacja, która nie jest do końca prawdą, ale przynajmniej jest końcem zaprzeczania. Cokolwiek „odnajdywanie własnego głosu” oznacza, w tym zakończeniu zaprzeczania, Williams z pewnością odnajduje cel dla własnego głosu: oddawanie czci swoim zmarłym i walka o zachowanie dziedzictwa naturalnego niszczonego przez siły tak samo szkodliwe jak bomba atomowa.

Ponowoczesność jej narracji wyraża się we wszystkich tych cechach, a także w anachroniczności testów atomowych, które zdają się przynależć do innego świata, a mimo to mają tak realny wpływ na tu i teraz. „Kiedy Komisja Energii Atomowej [Atomic Energy Commission] scharakteryzowała obszar na północ od Poligonu Doświadczalnego Nevada [Nevada Test Site] jako «prawie niezamieszkały teren pustynny»”, pisze Williams, „moja rodzina i ptaki rejonu Wielkiego Jeziora Słonego [Great Salt Lake] zostaliśmy zaliczeni do tych «prawie nie-mieszkańców»”⁵⁷. I tak praktyki nowoczesności tworzą język epoki ponowoczesnej⁵⁸.

55 Zob. G. Williams, *The Genesis of Chronic Illness: Narrative Reconstruction*, „Sociology of Health and Illness” 1984, 6/2, s. 175–200.

56 Tamże, s. 283.

57 Tamże, s. 287.

58 O potrzebie ponowoczesnych nauk społecznych jako sposobie na uchwycenie zniekształceń języka, które – jakkolwiek proroczco przepowiadał je już George Orwell – nabrały nowych rozmiarów i intensywności w czasach wojny w Wiet-

Pod względem całkowitej liczby stron książka Williams nie dotyczy choroby, a natury; autorka jest obserwatorką ptaków i zajmuje się chorobą tylko wtedy, kiedy – jako wtargnięcie – domaga się ona reakcji. Williams walczy o niezależność własnej świadomości wobec tego, co jej się w życiu przydarza, walczy także o odzyskanie tego, co odebrała jej – i wciąż odbiera – mistyfikacja, w jakiej żyła. Pod koniec książki opisuje jak aresztowano ją za protestowanie na terenie poligonu atomowego. Wraz z innymi protestującymi została wywieziona autobusem na pustynię i pozostawiona samej sobie. „To, z czego nie zdawali sobie sprawy”, pisze Williams, „to fakt, że byliśmy w domu”. Jej wrak narracyjny jest odbudowany; jej mapa wykreślona na nowo.

namie, zob. Ch. Lemert, *The Uses of French Structuralism in Sociology*, [w:] *Frontiers of Social Theory: The New Synthesis*, red. G. Ritzer, New York 1990, s. 230–254.