

---

## Więcej niż rany. Nowe spojrzenie na narracyjność, chorobę i ucieleśnione doświadczenie siebie

---

Angela Woods

---

TEKSTY DRUGIE 2021, NR 1, S. 245–266

DOI: 10.18318/td.2021.1.15 | ORCID: 0000-0001-8273-0565

---

Źródło: Angela Woods, *Beyond the Wounded Storyteller: Rethinking Narrativity, Illness and Embodied Self-Experience*, w: *Health, Illness and Disease: Philosophical Essays*, ed. H Carel, Rachel Cooper, Acumen, Newcastle 2012, s. 113-128.

Wszyscy bierzemy udział w tworzeniu narracji, ale żaden z nas nie tkwi bez reszty w jednej opowieści ani nie żyje dokładnie według niej. Szaleństwem jest brak narracji i szaleństwem jej nadmiar. Prawdziwie ludzkie nie jest ani życie całkowicie roztopione w teraźniejszości, ani życie odnoszone wyłącznie do przyszłości

C. Sartwell<sup>1</sup>

### Narracja w medycynie

W każdej dyscyplinie znajdziemy opowieści o jej narodzinach. Opowieści te służą różnym celom: określają tożsamość dyscypliny, potwierdzają zasadność konkretnych metod i przedmiotów badań naukowych, definiują miejsce dziedziny w szerszym obszarze i decydują

---

**Angela Woods** – dr, wykładowczyni na Wydziale Filologii Angielskiej Durham University, zastępczyni dyrektora Instytutu Humanistyki Medycznej, współdyrektorka interdyscyplinarnej grupy badawczej *Hearing the Voice*, redaktor naczelna czasopisma „The Polyphony” i wicedyrektor „BMJ Medical Humanities Journal”. Autorka książki *The Sublime Object of Psychiatry: Schizophrenia in Clinical and Cultural Theory* (2011).

---

1 C. Sartwell *End of story: Toward an annihilation of language and history*, State University of New York Press, Albany 2000, s. 67.

o słuszności określonych prac. Humanistyka medyczna nie stanowi tu wyjątku<sup>2</sup>. Gdyby ograniczyć jej istotę do kilku zdań, historia powstania humanistyki medycznej brzmiałaby mniej więcej tak: „W XX wieku biomedycyna zboczyła z drogi: kwestia kunsztu humanitaryzmu praktyki medycznej odeszła w niepamięć na skutek szybkich postępów w dziedzinie nauki i narodzin nowych technologii. Humanistyka medyczna powstała, aby dowieść wartości oraz znaczenia sztuki i nauk humanistycznych w działaniach na rzecz zwiększenia humanitarności medycyny i opieki zdrowotnej.

Pojęcie narracji odgrywa w tej opowieści centralną rolę<sup>3</sup>. Uznano je za kluczowy czynnik rehumanizacji medycyny, ponieważ narracja umożliwia wgląd w subiektywne doświadczenie choroby, pozytywnie wpływa na rozwój zdolności komunikacyjnych lekarzy, umożliwia wdrożenie nowych, skutecznych metodologii badań we wszystkich dziedzinach opieki zdrowotnej, a także ułatwia pacjentom rozpoznawanie i wyrażanie zmian zachodzących w odczuwaniu siebie<sup>4</sup>. Skupienie uwagi na narracji pomaga pracownikom służby zdrowia pojąć złożoność doświadczenia choroby i zrozumieć jej wpływ na inne aspekty życia pacjenta. Narracja pomaga rozpoznać i uprawomocnić

- 
- 2 Zgodnie z poglądem dominującym w niekończącej się debacie na temat natury i celu humanistyki medycznej „nie stanowi ona autonomicznej dyscypliny na własnych prawach” (S. Pattison *Medical humanities: A vision and some cautionary notes*, „Medical Humanities” 2003 no. 292003, s. 34), lecz jest multidyscyplinarnym (T. Chambers *The virtue of incongruity in the medical humanities*, „Journal of Medical Humanities” 2009 no. 30), interdyscyplinarnym (H.M. Evans, J. Macnaughton *Should medical humanities be a multidisciplinary or an interdisciplinary study?*, „Medical Humanities” 2004 no. 30) lub postdyscyplinarnym (B.E. Lewis *Reading cultural studies of medicine*, „Journal of Medical Humanities” 1998 no. 19) obszarem badawczym w fazie „początkowej dojrzałości” (R. Ahlžén *Medical humanities – arts and humanistic science*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 2007 no. 10, s. 385). Potrzeba nakreślenia historii ukształtowania się owej nowo powstałej dziedziny zdaje się jeszcze bardziej nagląca za sprawą mnogości jej odmian.
  - 3 Rzeczywiście rozwój humanistyki medycznej od późnych lat 70. pokrywa się z tzw. zwrotem narratystycznym w humanistyce i naukach społecznych, J. Bruner *The narrative construction of reality*, „Critical Inquiry” 1991 no. 18, s. 1-21.
  - 4 R. Charon *The self-telling body*, „Narrative Inquiry” 2006 no. 16; teźże *Listening for the self-telling body*, „Caring for the Caregiver: Literature & Medicine National Conference”, Manchester 2007; teźże *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, New York 2008; A. Frank *The Wounded Storyteller: Body, illness, and ethics*, University of Chicago Press, Chicago–London 1995; T. Greenhalgh, B. Hurwitz *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*, BMJ Books, London 1998; A.H. Hawkins *Reconstructing illness: Studies in pathography*, Purdue University Press, West Lafayette 1999; B. Hurwitz, T. Greenhalgh, V. Skultans *Narrative research in health and illness*, Blackwell, London 2004; A. Kleinman *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*, Basic Books, New York 1988.

pierwszoosobową perspektywę jako dodatkowe źródło wiedzy na temat choroby, a ponadto podkreśla sprawczość pacjentki, która staje się pełnoprawną autorką-narratorką własnej opowieści.

Narracja, prócz realizowania owych praktycznych, terapeutycznych i medycznych zadań, służy także humanistyce medycznej do badań interdyscyplinarnych. Trawersuje granice dyscyplin<sup>5</sup>, umyka definicjom<sup>6</sup>, realizuje wiele sprzecznych celów i założeń<sup>7</sup>. Fakt, że kontrowersje wzbudzają nawet definicje minimalne, w rodzaju „narracja jest przedstawieniem wydarzenia lub serii zdarzeń”<sup>8</sup>, powinien w teorii dopuszczać zróżnicowane wyjaśnienia czynników konstytuujących narrację i odróżniających ją od pozostałych sposobów ujmowania ludzkiego doświadczenia. Jednakże, jak to wielokrotnie odnotowywano<sup>9</sup>, widać „wyraźne uprzywilejowanie «naturalnego», codziennego, realistycznego typu narracji, nieodmiennie korzystającego z sekwencyjności, następstwa, przyczynowości i zakończeń zamkniętych”<sup>10</sup>; równie powszechnie występuje skłonność do identyfikowania narracji ze „znaczeniem, kulturą lub tożsamością” *per se*<sup>11</sup>. Jest to szczególnie widoczne w humanistyce medycznej, w której narrację pacjenta uznaje się za nierozzerwalnie związaną z jego subiektywnym doświadczeniem, stanem psychicznym, a nawet z samym człowieczeństwem.

Celem niniejszego artykułu jest polemika z dwoma dogmatami narracyjnymi istniejącymi w humanistyce medycznej i szerzej pojętej

---

5 M. Hyvärinen *Towards a conceptual history of narrative*, w: *The travelling concept of narrative*, ed. M. Hyvärinen, A. Korhonen, J. Mykkänen, Helsinki Collegium for Advanced Studies, Helsinki 2006.

6 D.D. Hutto *Narrative and understanding persons*, Cambridge University Press, Cambridge 2007, s. 1.

7 P. Atkinson *The contested terrain of narrative analysis – an appreciative response*, A.P. Bochner *Resisting the mystification of narrative inquiry: Unmasking the real conflict between story analysis and storytellers*, A. Frank *In defence of narrative exceptionalism*, C. Thomas *Negotiating the contested terrain of narrative methods in illness contexts* – wszystkie teksty w: „Sociology of Health and Illness” 2010 no. 32.

8 H.P. Abbott *The Cambridge introduction to narrative*, Cambridge University Press, Cambridge 2008, s. 13.

9 M. Hyvärinen, L.-C. Hydén, M. Saarenheimo, M. Tamboukou *Beyond narrative coherence*, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam–Philadelphia 2010.

10 P. Tammi *Against narrative („a boring story“)*, „Partial Answers: Journal of Literature and the History of Ideas” 2006 no. 4, s. 26.

11 C. Sartwell *Frankie, Johnny, Oprah and me: The limits of narrative*, „Narrative Inquiry” 2006 no. 16, s. 156.

medycynie<sup>12</sup>. Pierwszy z nich zakłada narracyjny charakter ludzkiej tożsamości, drugi, pochodny, upatruje w narracji najdoskonalszą i najzdrowszą odpowiedź na chorobę. Niniejszy tekst stanowi rozwinięcie mojej ostatniej pracy *The Limits of Narrative* (Granice narracyjności)<sup>13</sup> i poprzez analizę immanentną artykułu polemicznego *Against Narrativity* (Przeciwko narracyjności) Galena Strawsona skupia się na problemie „tożsamości narracyjnej”. Wnikliwa krytyka tego, co Strawson nazywa tezami o psychologicznym i etycznym charakterze narracyjności, stanowi pomocne narzędzie w polemice z pierwszym dogmatem narracji. Jednocześnie badania humanistyki medycznej nad ucieleśnionym doświadczeniem choroby odsłaniają ograniczenia jego poglądów. Ostatnią część tekstu poświęć krótkiej refleksji na temat alternatyw dla narracji.

### **Against Narrativity**

Tekst *Against Narrativity* rozpoczyna się od określenia dwóch głównych nurtów ujawniających się na fali interdyscyplinarnego zainteresowania narracją<sup>14</sup>. Zgodnie z psychologiczną teorią narracyjności „istoty ludzkie zazwyczaj postrzegają swoje życie, przeżywają je lub doświadczają go w formie narracji bądź innego rodzaju opowieści”. Według etycznej teorii narracyjności „doświadczanie lub postrzeganie czyjegoś życia jako narracji jest właściwe. Narracyjne bogactwo perspektywy indywidualnej jest

12 W niniejszym rozdziale wszelkie odwołania do „narracji w medycynie” lub „narracji w obszarze medycyny” powinny być rozumiane w najszerszym możliwym zakresie, zawierającym wszystkie aspekty opieki zdrowotnej i badań dotyczących zdrowia i choroby. „Medycyna narracyjna” z kolei dotyczy określonych form praktyki klinicznej opartej na narracji, tak jak w przypadku pracy *Narrative medicine* Rity Charon (2008).

13 A. Woods *The limits of narrative: Provocations for the medical humanities*, „Medical Humanities Journal” 2011 no. 37.

14 Mimo że Strawson przyznaje, że narracja jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, to skupia on swoją argumentację na filozoficznym podejściu do kwestii tożsamości narracyjnej. Kluczowe w tej dziedzinie są teksty: A. MacIntyre *Dziedzictwo cnoty*, przeł. A. Chmielewski, PWN, Warszawa 1996; C. Taylor *Źródła podmiotowości. Narodziny tożsamości nowoczesnej*, przeł. M. Gruszczyński, O. Latek, A. Lipszyc, A. Michalak, A. Rostkowska, M. Rychter, Ł. Sommer, PWN, Warszawa 2001; J. Bruner *Acts of meaning*, Harvard University Press, Cambridge MA 1990; P. Ricoeur *Czas i opowieść*, przeł. M. Frankiewicz, Wydawnictwo UJ, Kraków 2008, t. 1, J. Campbell *Past, space, and self*, MIT Press, Cambridge MA 1994; D.D. Hutto *Narrative and understanding persons*, Cambridge University Press, Cambridge 2007; tegoż *Folk psychological narratives: The sociocultural basis of understanding persons*, MIT Press, Cambridge MA 2008.

kluczowe dla tego, by dobrze przeżyć życie, dla prawdziwej i pełnej realizacji osobowości”<sup>15</sup>. Strawson odrzuca obie tezy, uznając je za fałszywe:

To nieprawda, że jest tylko jedna właściwa droga, która pozwala istotom ludzkim doświadczać ich bycia w czasie. Istnieją głęboko Nienarracyjnyi ludzie, a także dobre sposoby na życie, które charakteryzują się głęboką Nienarracyjnością. Poglądy, które wpisują się w etyczną teorię narracyjności, niepotrzebnie i niesłusznie budzą niepokój w ludziach niepasujących do wzorca, ograniczają samorozumienie, zamykają ważne drogi myślenia, zubożają nasze pojmowanie możliwości etycznych i są potencjalnie destrukcyjne w sytuacjach psychoterapeutycznych.<sup>16</sup>

Rozwijając swoją koncepcję ludzi Narracyjnych i Nienarracyjnych, Strawson wymienia dwie formy doświadczenia siebie – pierwsza z nich obejmuje całą osobę, druga zaś, odróżniana graficznie za pomocą asterysku, odnosi się do \*jaźni, do wewnętrznej jednostki mentalnej. Ów podział można także opisać jako różnicę pomiędzy „obiektywnym” czy też „trzecioosobowym” ujęciem cech i zachowań człowieka a perspektywą „subiektywną” lub „pierwszoosobową”, czyli własną tożsamością, ostatecznie poznawalną tylko przeze mnie. Ludzkie \*doświadczenie siebie w tym drugim sensie realizuje się na jeden z dwóch możliwych sposobów: na sposób diachroniczny, kiedy „jednostka określa swoją \*jaźń w naturalny sposób jako coś, co istniało w (odległej) przeszłości i będzie istniało w (odległej) przyszłości”, lub na sposób epizodyczny, kiedy „jednostka nie określa swojej \*jaźni w naturalny sposób jako czegoś, co istniało w (odległej) przeszłości i będzie istniało w (odległej) przyszłości”<sup>17</sup>. Posługując się swoim przykładem, Strawson określa epizodyczne \*doświadczenie siebie następująco:

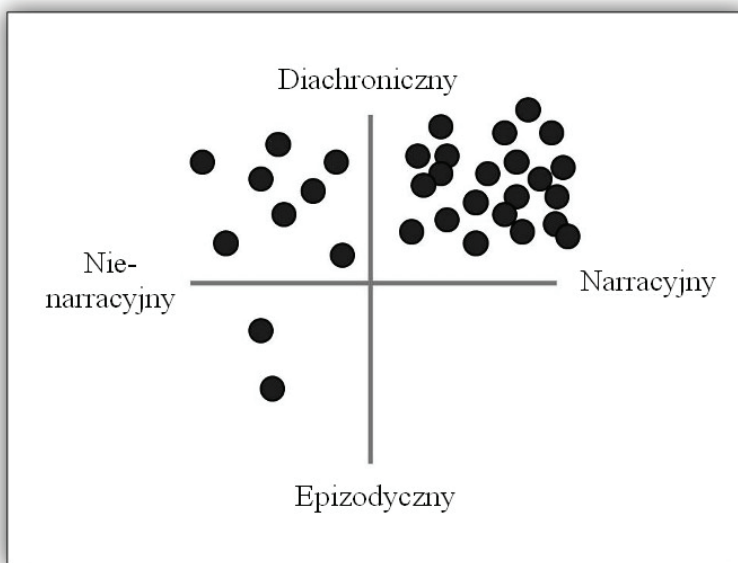
15 G. Strawson *Against Narrativity*, „Ratio” 2004 no.17, s. 428. Narracja pisana wielką literą odnosi się w pracy Strawsona do psychologicznego wymiaru narracji, do stwierdzenia, że wszyscy jesteśmy istotami o tożsamości narracyjnej. W niniejszym rozdziale kontynuuję zapis Narracji wielką literą, aby dokonać rozróżnienia tak zwanych wielkich historii (tych, które opowiadają o tożsamości) i drobnych (o bardziej codziennym charakterze). Więcej informacji na temat tego rozróżnienia w badaniach nad narracyjnością w dyskusji na łamach „Narrative Inquiry” 2006 no. 16: M. Bamberg *Stories: Big or small: Why do we care?* (s. 139-147), M. Freeman *Life 'on holiday?' in defense of big stories* (s. 131-138), A. Georgakopoulou *Thinking big with small stories in narrative and identity analysis* (s. 122-130).

16 G. Strawson *Against Narrativity*, s. 429.

17 Tamże. Użycie asterysku w cytatach i w całym rozdziale ma na celu uniknięcie konfuzji.

Podobnie jak każda istota ludzka mam za sobą przeszłość i doskonale zdaję sobie z tego sprawę. Mam na jej temat przyzwoitą dawkę faktograficznej wiedzy, przechowuję w pamięci wspomnienia niektórych doświadczeń „od wewnątrz”, jak mawiają filozofowie. A jednak absolutnie nie postrzegam swojego życia jako narracji ujętej w formę lub formy pozbawionej. W żaden sposób. Nie żywię też większego czy szczególnego zainteresowania przeszłością. Ani tak naprawdę nie przejmuję się zbyt wiele przyszłością.<sup>18</sup>

Zatem według Strawsona możemy umieścić czas i sposób naszego \*doświadczania siebie na przecięciu dwóch osi, tak jak przedstawia to rysunek 1:



Rysunek 1. Ilustracja „Epizodycznej/Diachronicznej/Narracyjnej/Nienarracyjnej przestrzeni-stanów”, postrzeżenie umiejscowienia czasu i sposobu \*doświadczania siebie według Galena Strawsona

Strawson twierdzi, że rozmieszczenie ludzi wzdłuż osi jest zdeterminowane genetycznie i niezależne od kultury<sup>19</sup>. Zauważa, że ludzkie \*doświadczanie

<sup>18</sup> Tamże, s. 432.

<sup>19</sup> Tamże, s. 431.

siebie może zmieniać się w czasie i zależnie od okoliczności, ale, ogólnie rzecz ujmując, forma Diachroniczna jest znacznie bardziej powszechna niż Epizodyczna. Należy zatem zauważyć, że niemożliwe jest istnienie tożsamości Epizodycznej o charakterze Narracyjnym.

Strawson utrzymuje, że Diachroniczność jest potrzebnym, ale nie wystarczającym warunkiem (naturalnej) Narracyjności, ponieważ wcale „nie implikuje aktywnego postrzegania własnego życia – świadomego lub nieświadomego – jako swoistej kombinacji rozwoju etycznego, historycznego i charakterologicznego lub – w kategoriach opowieści – jako *Bildung* czy «zadanie»”<sup>20</sup>. Narracyjność wymaga zatem nie tylko diachronicznego [D] lub odpornego na wpływ czasu poczucia \*własnej jaźni, ale także niesłabnącego dążenia lub skłonności do poszukiwania formy [F], opowiadania historii [S] i, z tego powodu, rewizji [R]. Dlatego Narracyjność [N] może zostać przedstawiona za pomocą wzoru jako [+D] [+F] [+S] [+R]. Sam Strawson, jako paradygmatyczny Epizodyk, a zatem osoba usytuowana naprzeciwko narracyjności (*Against Narrativity*), opisuje siebie jako [-D] [-F] [-S] [-R]. Mimo że artykuł uznaje, że poszczególne skłonności mogą się w pewnym zakresie różnić pod względem stopnia i połączeń (jest np. możliwe równoczesne występowanie cech takich, jak diachroniczność i skłonność do poszukiwania formy przy jednoczesnym braku inklinacji do opowiadania historii), jego fundamentalną tezą jest to, że w przeciwieństwie do psychologicznych i etycznych teorii Narracyjności ludzie pozbawieni tej cechy mogą prowadzić udane życie.

Dla dalszej części rozprawy istotne jest, aby podkreślić, że Strawson skupia się nie na zdolności do narracji, ale na skłonności do Narracyjności. O tym, czy osoba posiada dar opowiadania przekonujących historii na własny temat zgodnie z przyjętymi społecznie konwencjami, nie świadczy według Strawsona żadna z tych cech. Tak naprawdę liczy się to, czy owe historie przemawiają do poczucia własnej \*jaźni, które jest nośnikiem informacji o „naturalnym zorientowaniu” danej osoby na Narracyjność, lub to poczucie ujawniają. Strawson płynnie przechodzi od postrzegania Narracyjności jako przydatnej w pewnych okolicznościach do potępienia jej jako niemal zawsze szkodliwej:

20 Tamże, s. 441. Strawson przyznaje, że perspektywy Diachroniczne i Narracyjne pozostają w dużej zależności, ale utrzymuje, że możliwe jest postrzeganie „Diachronicznej osoby, która wie-dzie, przez zbieg okoliczności, szelmowskie i beładne życie i nie wykazuje absolutnie żadnej skłonności do poszukiwania w nim jedności lub narracyjnego schematu” (s. 442).

Dążenie do bezpośredniej Narracyjnej autoekspresji jest dla niektórych naturalne – prawdopodobnie niekiedy nawet pomocne – dla innych zaś wielce nienaturalne i wyniszczające. Przypuszczam, że niemal zawsze wyrządza więcej szkody niż przynosi pożytku – Narracyjna skłonność do poszukiwania historii lub narracyjnej spójności w ludzkim życiu jest dużą przeszkodą na drodze do samorozumienia: do właściwego, ogólnego, rzeczowego pojmowania – pośrednio lub bezpośrednio – własnej natury.<sup>21</sup>

Chociaż to tylko „przypuszczenie”, pomysł, że skłonność do Narracyjności jest rzeczywiście „niemal zawsze” szkodliwa, wydaje się nieco melodramatyczny, a nawet sprzeczny. Jeżeli ludzie mają „naturalną” skłonność do Narracyjności, to w jaki sposób wyrażanie ich doświadczenia za pomocą Narracji mogłoby u t r u d n i a ć \*samorozumienie? Za bardziej prawdopodobną należy uznać sugestię, że społeczny nakaz Narracyjności – kulturalnie skontekstualizowane żądanie opowiadania (określonego rodzaju) historii ujawniających \*jaźń – może okazać się „wysoce nienaturalny i wyniszczający” dla osób, które, podobnie jak Strawson, postrzegają siebie jako jednostki Epizodyczne i Nienarracyjne. Ofiarami Narracyjności padliby przede wszystkim Epizodycy, którzy zostają wykluczeni z tego, co większość Diachronicznych uznaje za jedyne słuszne i pożądane formy \*samorozumienia, lub, co gorsza, którzy są zmuszani do postrzegania swojej \*jaźni przez pryzmat tych właśnie form i stosownego działania, bo inaczej postrzega się ich jako wadliwych, niekompletnych lub jako nieosoby. Zwłaszcza pod koniec XX i na początku XXI wieku Epizodycy znaleźli się w kłopotliwym położeniu odmieńców, których na siłę dopasowuje się do istniejących kategorii Narracji<sup>22</sup>.

21 Tamże, s. 447. To w pewien sposób radykalne stanowisko nie jest charakterystyczne wyłącznie dla Strawsona. W swojej przenikliwej krytyce badania narracji w medycynie Yiannis Gabriel dobitnie przypomina nam, że „opowiadania mogą służyć nie tylko jako oskarżenie, wyraz sprzeciwu czy usamodzielnienia, ale mogą także przyjmować formę środków opresji, obłudy i zwodzenia samego siebie”, teź *The voice of experience and the voice of the expert – can they speak to each other?*, w: *Narrative research in health and illness*, ed. B. Hurwitz, T. Greenhalgh, V. Skultans, Blackwell, London 2004, s. 169.

22 Niestety, Strawson nie czuje potrzeby, by wyjaśnić obecną popularność Narracyjności. Zamiast tego sugeruje, że jej znaczenie zawdzięczamy kilku osobom: „Podejrzewam, że ci, których przybliża temat «narracyjności», mają zazwyczaj silnie Diachroniczne lub Narracyjne poglądy czy typy osobowości i uogólniają swoje doświadczenie z tą szczególną, absolutnie nieuzasadnioną pewnością, którą czują ludzie, gdy elementy własnego doświadczenia dla nich kluczowe uznają za kluczowe dla wszystkich”, teź *Against Narrativity*, s. 439.



Rozróżnienie Epizodyczności i Diachroniczności wywołało wśród filozofów i badaczy narracji poważną debatę, w której szczególnie miejsce zajęły zagadnienia osobowości i kwestii etycznych<sup>23</sup>. Mimo że, jak starałam się pokazać, rozróżnienie to jest znacznie bardziej zniuansowane, niż wskazywałaby dychotomiczna prezentacja, zachodzi poważne ryzyko uproszczeń. Bezpodstawna teza, zgodnie z którą różnice w sposobie \*doświadczania siebie są determinowane genetycznie i pozostają spójne w obrębie jednej kultury, wydaje się bardzo trudna do obrony, szczególnie za sprawą krytyków, którzy zgodnie twierdzą, że psychologia narracyjna mylnie interpretuje „zachodnią koncepcję, prawdopodobnie odnoszącą się do klas średniej i wyższej, jako uniwersalną formę kształtowania i wyrażania subiektywnego doświadczenia”<sup>24</sup>. Strawson nie oferuje dalej żadnych spostrzeżeń na temat tego, w jaki sposób odmienne formy \*doświadczania siebie podlegają ocenie, uprawomocnieniu i włączeniu w różne (historyczne, społeczne, kulturowe, rodzinne, zawodowe) konteksty. W jego rozważaniach nie ma miejsca dla rozmówców, odbiorców, współautorów i wspólnot semiotycznych: tożsamość i narracja są postrzegane jako kwestie wewnętrzne, o zasadniczo prywatnym charakterze. Jednocześnie niewiele uwagi Strawson poświęca kwestii opisywanej przez Dana Zahaviego jako „bardziej pierwotne, fundamentalne pojęcie jaźni, które nie może zostać ujęte w obrębie struktur narracyjnych”<sup>25</sup>. Jednak prawdopodobnie najpoważniejszym zarzutem wobec *Against Narrativity* jest zaniedbanie problemu żywego ciała w kontekście \*doświadczania siebie i Narracyjności. Jak zobaczymy, ignorowanie kluczowej materialności ciała jest w przypadku medycyny niemożliwe.

Ze względu na obietnice, jakie niesie, a także usterki praca Strawsona rodzi istotne problemy dla wykorzystania i badania narracji w polu medycyny. Zastosowanie teorii Strawsona w tym polu dodatkowo ją komplikuje czy wręcz podważa. Nawet tymczasowa akceptacja poglądu autora, jakoby istniały

---

23 J.L. Battersby *Narrativity, self, and self-representation*, „Narrative” 2006 no. 14; C. Mackenzie, J. Poltera *Narrative integration, fragmented selves, and autonomy*, „Hypatia” 2010 no. 25; J. Phelan *Editor’s column: Who’s here? Thoughts on narrative identity and narrative imperialism*, „Narrative” 2005 no. 13; M. Schechtman *Basic survival: A refinement and defense of the narrative view*, w: *Narrative and understanding persons*; G. Strawson *Episodic ethics*, w: *Narrative and understanding persons*; P. Tammi *Against narrative („a boring story”)*.

24 B. Schiff *The promise (and challenge) of an innovative narrative psychology*, „Narrative Inquiry” 2006 nr 16, s. 21.

25 D. Zahavi *Self and other: The limits of narrative understanding*, w: *Narrative and understanding persons*, s. 179.

„dobre, a przy tym zasadniczo Nienarracyjne style życia”, nie zobowiązuje nas do życia b e z narracji, lecz raczej skłania do określenia jej g r a n i c i z g ł ę b i e n i a alternatywnych metod interpretacji, przedstawiania i badania zdrowia, choroby i praktyki lekarskiej. Pozostając w tematyce Narracyjności i modeli jaźni, w dalszej części rozdziału podejmiemy kwestię ich granic i możliwych alternatyw. W kolejnym podrozdziale tekst *Against Narrativity* zostanie zestawiony z jednym z najważniejszych studiów narracji choroby, *The Wounded Storyteller: Bodies, Illness, and Ethics* (1995) Arthura Franka. Moje pytanie brzmi: w jaki sposób ujęcie znaczenia konkretnych rodzajów ucieleśnionej narracji w procesie wyrażania i przeobrażania doświadczenia choroby, które przedstawia Frank, zmusza nas, byśmy znowu przyjrzeni się Strawsonowskiej krytyce diachronicznego \*doświadczenia siebie? Jednocześnie, czy praca Strawsona stanowi bodziec i dostarcza odpowiednich narzędzi do podważenia normatywnego, autorytarnego nakazu Prowadzenia Narracji, który odnajdujemy w utworze Franka?

### Narracyjność a doświadczenie choroby

*The Wounded Storyteller* to jedna z kluczowych pozycji z zakresu socjologii medycyny, która dołączyła do zbioru najsłynniejszych i najczęściej cytowanych prac w korpusie humanistyki medycznej. Pod wieloma względami stanowi rodzaj wezwania do broni, nawoływania, by wspierać chorych, określanych mianem „narracyjnych wraków”<sup>26</sup>, w zadaniu tworzenia osobistych historii i dzielenia się nimi. Frank przekonuje, że historie choroby przybierają zwykle skończoną liczbę form narracyjnych, i argumentuje, że formalne aspekty każdego typu narracji pozostają w ścisłym związku z konkretnym sposobem ich realizacji, osobistą historią i zdolnością do wywołania zmiany w życiu osoby chorej<sup>27</sup>. Według klasyfikacji Franka istnieją trzy główne typy narracji dotyczącej choroby. Trzeci z nich jest ideałem, do którego powinniśmy dążyć:

Opowieści restytucyjne (*restitution stories*) stanowią próbę zdystansowania się wobec śmiertelności poprzez postrzeganie choroby jako stanu przejściowego. Opowieści chaosu (*chaos stories*) skupiają się na nawracalności choroby i nieszczęściach, jakie ta za sobą niesie. Opowieści poszukiwawcze (*quest stories*) stawiają czoło cierpieniu, akceptują chorobę

26 A. Frank *The Wounded Storyteller*, s. 53-55.

27 Tamże, s. 76.

i usiłują ją wykorzystać. Choroba staje się okazją do wędrówki, która stanowi rodzaj wyzwania.<sup>28</sup>

„Narracje poszukiwawcze” (*quest narratives*) – w postaci pamiętników, manifestów, autobiologii – umożliwiają choremu przyjęcie roli bohatera własnej historii. Są postrzegane przez Franka jako rodzaj świadectwa, dzięki któremu chory odzyskuje i przemodelowuje własną tożsamość.

Zanim skupimy się na bardziej szczegółowej analizie związku między narracją, chorobą i jej ucieleśnieniem, chciałabym na chwilę zatrzymać się przy tym, co słowo „choroba” znaczy w pracy Arthura Franka, a także w większości prac dotyczących narracji w medycynie. Frank pojmuje chorobę jako obrażenie zadane „cielesnemu «ja»”: jako wyniszczenie fizycznego ciała (po części spowodowane przez chorobę, a po części wynikające z jej leczenia), które jest jednocześnie atakiem na zdolność chorego do (narracyjnej) autoekspresji<sup>29</sup>. Zranieni narratorzy (*wounded storytellers*) to w książce Franka ludzie, którzy, podobnie jak on, zachorowali i przeżyli<sup>30</sup>, ale „nigdy nie będą mogli zostać uznani za wyleczonych”. Członkowie tzw. społeczności remisji to:

ci, którzy chorowali na jakikolwiek nowotwór, ci, którzy uczestniczą w programach rehabilitacji kardiologicznej, cukrzycy, ci, których alergie i wrażliwość na zanieczyszczenie środowiska wymagają stałej kontroli, ci, którzy mają protezy i inne mechaniczne regulatory, przewlekle chorzy, osoby z niepełnosprawnością, ci, którzy „wracają do zdrowia” po walce z nałogami, a także ich rodziny, które dzielą z nimi zmartwienia i codzienne wycięstwa.<sup>31</sup>

W tym miejscu należy zadać pytanie czy ciągłość pomiędzy tego rodzaju doświadczeniami jest właściwa lub uzasadniona. Czy wszystkie rany są

28 Tamże, s. 115.

29 Tamże, s. 12.

30 Frank pisze o swoim doświadczeniu raka jądra w 1991 roku w książce *At the Will of the Body* (2002). Gdzie indziej stwierdza, że *The Wounded Storyteller* „dotyczy nie tylko powrotu narracji. Jest to także książka, w której mój własny powrót do zdrowia odbywa się za pośrednictwem opowiadania się po stronie historii, które opowiadam od nowa. Moja własna rekonwalescencja jest moim wkładem w historię”, tegoż *The standpoint of the storyteller, „Qualitative Health Research”* 2000 no. 10, s. 357.

31 A. Frank *The Wounded Storyteller*, s. 8.

z zasady podobne? Według Franka różnice w przyczynach, a nawet charakterze obrażeń cielesnego „ja” albo, skoro już o tym mowa, materialne i kulturowe różnice pomiędzy ciałami nie mają znaczenia, wyrażanie siebie poprzez narrację jest bowiem z natury zdrowe, pożądane, a nawet potrzebne. Usilne poszukiwanie podobieństw między doświadczeniami bezdomnych nastoletnich narkomanów, chorych na raka przedstawicieli klasy średniej z ubezpieczeniem zdrowotnym, uzależnionych od protez weteranów wojennych i ludzi, którzy padli ofiarą zinstytucjonalizowanego rasizmu, seksizmu, homofobii i innych form dyskryminacji, jest, w moim odczuciu, politycznie i socjologicznie podejrzane. Jednak tym, co najbardziej uderza w sporządzoną przez Franka liście członków „społeczności remisji”, jest całkowite pominięcie osób cierpiących na choroby psychiczne. Skutki tego pominięcia zasługują na znacznie większą uwagę, niż pozwala na to ograniczony rozmiar tej pracy<sup>32</sup>. Zaniedbanie Franka uwydatnia tendencję do wyraźnego rozdzielania chorób psychicznych i fizycznych powielaną przez większość osób zajmujących się narracją w medycynie. „Choroba” w pracy Arthura Franka to schorzenie o charakterze somatycznym. Przykładem, do którego autor nieustannie powraca, jest nowotwór<sup>33</sup>. Podział literatury zajmującej się narracją w medycynie na badanie psyche lub somy sprawia, że naprawdę rzadko mamy okazję odnaleźć modele choroby wyraźnie uwzględniające pełen zakres bolesnych doświadczeń<sup>34</sup>. Z pewnym zakłopotaniem wpisuję się w tę tradycję badawczą, rozważając w niniejszym tekście niesprecyzowane przypadki ogólnej choroby fizycznej, ponieważ badanie nierozpoznanych

32 Jak miałam okazję przekonywać (*Emotion and narrative in schizophrenia bulletin's first person accounts*, The AHRC Emotions and Feelings in Psychiatric Illness Network Conference, Durham, UK 2010), wykluczenie ludzi chorych psychicznie z kręgu członków „społeczństwa remisji” i tym samym pozbawienie ich roli „zranionego narratora” może przyczynić się do wzmocnienia poglądu, według którego poważne zaburzenia umysłowe bezpowrotnie niszczą narracyjną zdolność człowieka i w konsekwencji jego osobowość. Frank na pewno nie podważałby stwierdzenia, że ludzie ze zdiagnozowaną schizofrenią są chorzy, ale pytanie, czy choroba wyklucza ich z grona „zranionych narratorów”, ponieważ ich rany są „umysłowe”, a nie „fizyczne”, czy może dlatego, że ich opowieści, zawierające elementy rozzarowania, depersonalizacji czy halucynacji, są same w sobie „chore”.

33 Osobiste doświadczenie pokonania nowotworu opowiedziane w *At the Will of the Body*, wyraźnie przenika perspektywę Franka ukazaną w *The Wounded Storyteller*. Wszystkie „narracje chorobowe” omówione w książce to opublikowane autobiografie ludzi, którzy znajdują się albo znajdowali w stanie przewlekłej choroby fizycznej.

34 Zob. A. Kleinman *The illness narratives*.

dotąd ograniczeń takiego ujęcia stanowi większe przedsięwzięcie, które chcę odłożyć na kiedy indziej.

Jeżeli według Franka choroba jest raną zadaną cieleśnemu „ja”, to opowieści o niej powinny realizować się w kategoriach cielesnych:

Historie opowiadane przez chorych wychodzą z ich ciała. Kiedy choroba zakłóca dotychczasowe narracje, ciało wprawia w ruch potrzebę tworzenia nowych opowieści. Ciało, niezależnie od tego, czy wciąż nękane chorobą, czy wyleczone, jest jednocześnie powodem, tematem i narzędziem każdej nowej opowieści.<sup>35</sup>

I dalej:

Zakładam, że różne ciała i różnorodne narracje chorobowe łączą „povinnowactwa z wyboru”. Podobieństwa te nie mają charakteru deterministycznego. Ciała realizują się – nie tylko są reprezentowane, ale i tworzone – przez historie, które opowiadają.<sup>36</sup>

Narracje są „nośnikami istnienia tożsamości”<sup>37</sup>, mają moc kształtowania, a co za tym idzie również uzdrawiania ciała<sup>38</sup>. Jeśli jednak stanowią performatywne objawienie tożsamości, to jako forma świadectwa są także etycznym sposobem bycia dla innych: „Opowiadamy historie zarówno dla innych, jak i dla siebie”<sup>39</sup>. Poczucie jaźni osoby chorej, jej cierpiącego ciała, narracji na temat jej choroby, a także pozycja społeczna rozwijają się jednocześnie i pozostają w ciągłej zależności.

Psychologiczna teoria Narracyjności i etyczna są ze sobą nierozzerwalnie związane, a pełnia sił ich działania u Zranionego Narratora unaocznia się

35 A. Frank *The Wounded Storyteller*, s. 2.

36 Tamże, s. 52.

37 Tamże, s. 53.

38 Frank nie wyjaśnia konkretnych mechanizmów, dzięki którym opowiadania przynoszą pozytywny efekt terapeutyczny, ani nie precyzuje korzyści płynących z rozwoju i występowania określonych typów narracji dla zdrowia fizycznego i psychicznego. Mimo to jego stwierdzenie, że ludzkie „ciała nadają opowiadaniom konkretny kształt i kierunek” i że „opowieści mogą leczyć” z pewnością sugeruje relację wzajemnego wpływu ciała i opowiadań. Por. A. Frank *The Wounded Storyteller*, s. 12, 27.

39 Tamże, s. 17.

w różnicach dzielących trzy typy Narracji według Franka. Jak wiemy, Frank postrzega opowieści poszukiwawcze – tak zwane monomity opisane przez Josepha Campbella (1969) – jako wyidealizowane formy narracji chorobowych. Fabuła, jak wskazuje nazwa, opiera się na męczącej, ale ostatecznie zwycięskiej „wędrowce przez znoje choroby”. Ciało stworzone i ukazane za pośrednictwem narracji poszukiwawczej jest komunikatywne („powiązane z samym sobą, otwarte na wszelkie ewentualności, diadyczne wobec innych, pragnące siebie w relacji z innymi”), sama historia zaś stanowi opowieść o heroizmie, wytrwałości, solidarności i inspiracji<sup>40</sup>. Pomimo poniekąd nieszczerego stwierdzenia, że „zupełnym zaskoczeniem”<sup>41</sup> było dla Franka uświadomienie sobie, iż uosobieniem komunikatywnego ciała w idealizowanej narracji poszukiwawczej jest ukrzyżowany Chrystus, nie sposób nie dostrzec w motywach szlachetnego cierpienia, wspólnoty, świadectwa, transformatywnej, wręcz odkupieńczej mocy fizycznego cierpienia silnie chrześcijańskich konotacji. Opowiadanie o przemianie \*własnego „ja” przez pryzmat wędrowki przez trudy choroby jest nie tylko wysoce pożądanym, ale też szlachetnym i cnotliwym.

Nie ma potrzeby szczegółowo omawiać krytyki narracji poszukiwawczej przeprowadzonej przez Strawsona. Historie, według Strawsona, nie prowadzą do osobistej transformacji, lecz aktywnie odsuwają nas od samorozumienia:

im częściej wspominasz, powtarzasz, opowiadasz sobie, tym bardziej ryzykujesz, że oddalisz się od właściwego samorozumienia, od prawdy swojego istnienia. Niektórzy stale z wielką lubością opowiadają o swoich codziennych doświadczeniach. Ci jeszcze bardziej oddalają się od prawdy.<sup>42</sup>

Skoro ryzyko drzemie nawet w codziennych, nic nieznaczących historiach, to wielkie Narracje opisywane przez Franka – autobiografie, manifesty i automitologie – muszą przyczyniać się do jeszcze większego oddalenia się od „prawdy na temat własnej tożsamości”.

W wyraźnej sprzeczności z mesjanistycznymi formami Narracji transformacyjnej pozostają niemi bohaterowie uwięzieni w Narracji chaosu<sup>43</sup>.

40 Tamże, s. 115-36.

41 Tamże, s. 193.

42 G. Strawson *Against Narrativity*, s. 477.

43 Lub, kontynuując nawiązania do motywów religijnych, „Chaotyczne ciało jest dla komunikatywnego ciała niczym obrabowany, pobity i porzucony przy drodze podróżnik, odnaleziony przez dobrego Samarytanina”, A. Frank *The Wounded Storyteller*, s. 104.

To ludzie, których cierpienie powoduje załamanie doczesności, języka i samorozumienia:

Jeśli narracja zakłada sekwencję zdarzeń połączonych ze sobą w czasie, to historie chaosu nie mogą być uznawane za formy narracji. Kiedy odwołuję się do narracji chaosu, mam na myśli a n t y n a r r a c j ę czasu pozbawioną sekwencji, mówienie bez pośrednictwa, opowiadanie o sobie bez pełnej możliwości refleksji nad sobą. Mimo że będą kontynuował swoje rozważania na temat opowieści chaosu, są to historie, których nie można dosłownie opowiedzieć, można je wyłącznie przeżyć.<sup>44</sup>

Chaotyczna narracja pozbawiona jest formy i fabuły. Chaotyczne ciało jest skrajnie przypadkowe, monadyczne i odizolowane od innych, pozbawione pragnienia i duchowej bliskości, oddzielone od tożsamości. Autoopowieść (*self-story*) Narracji chaosu jest pozbawiona ciągłości, przygnębiająca i ostatecznie bezwocna<sup>45</sup>. Chociaż Frank przekonuje, że owe Nienarracje muszą zostać na swój sposób uszanowane, nawołując jednocześnie do „większej tolerancji dla chaosu jako elementu historii życia”<sup>46</sup>, oczywiste jest, że narratorzy chaosu zmagają się z patologiczną utratą własnej tożsamości<sup>47</sup>, utratą, która nie skłania nas do potępienia, ale do współczucia.

Jest jeszcze według Franka trzeci typ Narracji chorobowej, Narracja restytucyjna: „Wczoraj byłem zdrowy, dziś jestem chory, ale jutro będę znów zdrowy”<sup>48</sup>. Ta opowieść, która podkreśla brak ciągłości czasowej i w której

---

44 Tamże, s. 98.

45 Tamże, s. 97-114.

46 Tamże, s. 111.

47 Mimo że Frank nie nawiązuje nigdy do chorób psychicznych, jego podejście do narracji chaosu wykazuje wiele podobieństw do interdyscyplinarnych badań dotyczących utraty tożsamości narracyjnej w obliczu schizofrenii. Por. S. Gallagher *Self-narrative in schizophrenia*, w: *The self in neuroscience and psychiatry*, ed. T. Kircher, A. David, Cambridge University Press, Cambridge 2003; J. Gruber, A. Kring *Narrating emotional events in schizophrenia*, „Journal of Abnormal Psychology” 2008 no. 17; C. Mackenzie, J. Poltera *Narrative integration...*; J. Phillips *Schizophrenia and the narrative self*, w: *The self in neuroscience and psychiatry*; J. Saavedra, M. Cubero, P. Crawford *Incomprehensibility in the narratives of individuals with a diagnosis of schizophrenia*, „Qualitative Health Research Journal” 2009 nr 19. Zob. krytykę literatury tego typu w: A. Woods *Temporality, narrativity and psychopathology*, 14th Annual International Network for Philosophy and Psychiatry Conference, Gothenburg, Sweden 2011).

48 A. Frank *The Wounded Storyteller*, s. 77.

chore ciało zostaje oddzielone od \*jaźni, uchodzi za fabułę preferowaną przez nowoczesną medycynę, firmy farmaceutyczne i innych ideologów zobowiązanych do postrzegania ludzkiego ciała jako maszyny, której nauki medyczne mogą przywrócić pełną sprawność<sup>49</sup>. Według Franka ta wizja jest głęboko nieprawdziwa, a nawet odstrasza:

Czy narracja restytucyjna jest zdolna do tworzenia osobistych historii? Nie, ponieważ nie zaświadcza o zmaganiach ze sobą, tylko poświadcza specjalistyczną wiedzę innych: ich kompetencje i uwagę, które umożliwiają wyzdrowienie. W ten sposób opowieści restytucyjne to historie opowiadane p r z e z „ja”, ale o „ja”<sup>50</sup>

Chociaż Frank dostrzega popularność i niekiedy nawet słuszność Narracji restytucyjnej, fakt, że nie może stanowić ona odzwierciedlenia \*jaźni implikuje według niego jej niewielką wartość moralną. Wydaje się, że doświadczenie choroby m u s i być transformatywne niezależnie od tego, czy dochodzi do zmiany na lepsze (jak w przypadku narracji poszukiwawczej), czy na gorsze (w obrębie narracji chaosu). Z tego punktu widzenia opowieści restytucyjne są domeną tych, którzy żyją w zaprzeczeniu, w oderwaniu od rzeczywistości lub pozostają niewolnikami narracji dominujących wśród biomedycznego establishmentu.

Co zaskakujące, Frank nie kwestionuje poglądów Strawsona dotyczących diachronicznych cech Narracyjności, jej dążenia do odnalezienia właściwej formy dla opowiadania historii i przeżywania ich na nowo<sup>51</sup>, a mimo to trudno wyobrazić sobie bardziej odmienny stosunek do jej atrakcyjności. Narracyjność związana z ucieleśnieniem i intersubiektywnością stanowi u Franka naturalny sposób bycia w obliczu zagrożenia. Opowiadanie historii jest zatem szczególnie istotne dla osób zmagających

49 Tamże, s. 79-88.

50 Tamże, s. 92.

51 W istocie skłonność do rewizji Frank postrzega raczej jako zaletę Narracji: „O prawdziwości historii nie świadczy wyłącznie doświadczenie, ale także to, co staje się doświadczeniem w procesie opowiadania lub recepcji. Historie, które opowiadamy na temat naszego życia, nie są konieczne tożsame z życiem, jakie przeżyliśmy, ale stają się naszym doświadczeniem tego życia [...] Pytanie nauk społecznych o wiarygodność – otrzymywanie tej samej odpowiedzi na to samo pytanie w różnym czasie – nie znajduje tu zastosowania. Życie idzie do przodu, historie zmieniają się wraz z jego ruchem, zmienia się doświadczenie. Historie są wierne biegowi doświadczenia i jednocześnie zmieniają jego kierunek”, tamże, s. 22.



się z chorobą i dla członków „społeczności remisji”. Nie ma tu miejsca na Epizodyczne doświadczanie siebie, brak Narracyjności albo na odrzucenie samej Narracji. Taki wybór świadczyłby tylko o milczeniu chaosu albo oddalaniu się od „prawdy” samoprzemiany. Kluczowe pytanie, jakie stawia Strawsonowi praca Franka, dotyczy tego, w jakim stopniu choroba fizyczna, która (ponownie) zakotwicza nas we własnym ciele, może zmienić naszą tożsamość Narracyjną, a wraz z nią – nasze podejście do Narracji. Strawson, jak widzieliśmy, przekonuje, że istnieją ludzie „głęboko Nienarracyjni”, chociaż twierdzi, że „dokładne umiejscowienie jednostki w Epizodycznej/Diachronicznej/Narracyjnej/Niearracyjnej przestrzeni może znacząco różnić się w czasie w zależności od tego, czym obecnie się zajmuje, co jest przedmiotem jej myśli, jak się czuje i tak dalej”<sup>52</sup>, to nie poświęca należytej uwagi przypadkowi choroby. Czy fizyczne cierpienie potęguje naszą świadomość i przywiązanie do upływającego czasu, oddzielając nas od epoki, kiedy braliśmy zdrowie za pewnik, i zmuszając nas do konfrontacji z przyszłością, która wydaje się teraz trudniejsza, bardziej ograniczona? A może odwrotnie, w obliczu choroby stajemy się mniej diachroniczni, bo to ciało steruje naszą uwagą, a przyszłość nie jest już przestrzenią, którą możemy zamieszkiwać z tą samą co wcześniej pewnością? Powyższe kwestie otwierają nas na znacznie obszerniejszą literaturę fenomenologiczną poświęconą czasowemu wymiarowi choroby<sup>53</sup>, która przekonuje nas, że nie powinniśmy szukać ostatecznych odpowiedzi na pytania dotyczące ogólnych sposobów przeżywania choroby. W wielu przypadkach czasowy wymiar choroby zdaje się zakłócać \*doświadczanie siebie, nie jest to jednak jednoznaczne z postrzeganiem Narracji, a szczególnie obowiązkowego elementu heroizmu w opowieściach transformacji, jako uprzywilejowanej formy interpretacji lub restytucji owego \*doświadczenia. Podobnie ci, którzy żyją Epizodycznie, nie są zorientowani na Narrację i „kiedy każe się im przedstawiać fakty z życia [...], odczuwają dyskomfort, robią to niezdarnie, w sposób zasadniczo odporny na narrację”<sup>54</sup>, nie muszą siłą rzeczy żyć w sposób nieautentyczny lub pogrążony w chaosie.

---

52 G. Strawson *Against Narrativity*, s. 431.

53 Zob. S.K. Toombs *The temporality of illness: Four levels of experience*, „Theoretical Medicine” 1990 no. 11, s. 227-241; T. Fuchs *Temporality and psychopathology*, „Phenomenology and the Cognitive Sciences” 2011 no. 12, s. 75-104.

54 G. Strawson *Against Narrativity*, s. 447-448.

### Poza Narrację?

Zgodnie z poglądem Franka Narracje chorobowe są ściśle związane z ucieleśnieniem, a wszystkie historie dotyczące \*jaźni są obiektem doświadczenia wyrażonego za pośrednictwem ucieleśnionego podmiotu. W przypadku Narracji chorobowych chore lub uszkodzone ciało jest jednocześnie przedmiotem historii i definiuje sposób jej opowiadania. Choroba wysuwa ciało na pierwszy plan i stanowi wyraźne przypomnienie, że należy zawsze brać je pod uwagę. Nie ma podstaw, aby przypuszczać, że model Diachronicznego i Epizodycznego doświadczenia Strawsona jest niezgodny z ucieleśnionym \*doświadczeniem siebie<sup>55</sup>, jest za to wiele powodów, by myśleć, że dalszy rozwój jego poglądów w polu narracji w medycynie może się okazać niezwykle owocny. Bardziej fundamentalna i moim zdaniem nieusuwalna różnica pomiędzy *The Wounded Storyteller* a *Against Narrativity* wynika z odmiennego podejścia autorów do psychologicznych i etycznych teorii Narracyjności. Według Franka choroba nawołuje do Narracji, a jej rozkwit jest całkowicie zależny od Narracyjności. Schemat Narracji poszukiwania, chaosu i restytucji pozwala na współwystępowanie różnych form ucieleśnionego doświadczenia (przeżywanego jednocześnie lub w różnych momentach przez tę samą osobę), jednak z wyłączeniem form o charakterze Nienarracyjnym, nie dopuszcza się bowiem wyboru innej formy niż narracyjna. Główny problem, jak przekonuje Strawson, nie dotyczy zdolności do Narracji, ale raczej ukierunkowania na Narracyjność, doświadczenia \*jaźni w Diachroniczny, poszukujący formy, narracyjny i rewizjonistyczny sposób.

Jeżeli, podążając tropem Franka, uznamy centralną rolę ciała w procesie \*doświadczenia siebie, ale przyjmiemy za Strawsonem, że ludzie, zarówno zdrowi, jak i chorzy, mogą być [-D], [-F], [-S] i [-R], to jakie alternatywy pozostają badaczom, praktykom i osobom w polu medycyny, by mogli wyrażać ucieleśnione doświadczenie choroby i je konceptualizować? Howard Brody twierdzi, że „cierpienie jest wytwarzane i łagodzone głównie za pośrednictwem znaczenia, jakie jednostka nadaje swojemu doświadczeniu”, a także że „pierwotnym ludzkim mechanizmem nadawania znaczenia poszczególnym doświadczeniom jest snucie opowieści na ich temat”<sup>56</sup>. Jeżeli przyjmiemy osłabioną wersję stwierdzenia Brody’ego, zgodnie z którą cierpienie i nadawanie znaczenia może być ze sobą

55 Przykładowo o ile ciało zapewnia oczywiste i trwałe poczucie ciągłości w czasie, o tyle dorośli Epizodycy mogą uznawać ciało z dzieciństwa, młodości i dorobności za własne bez głębokiego poczucia tożsamości.

56 H. Brody *Stories of sickness*, Yale University Press, New Haven 1987, s. 5.

w określonych kontekstach związane, to jakie inne środki nadawania znaczeń, z wyłączeniem opowiadania historii, możemy rozważyć?

Narracja nie ma wyłącznego prawa do ekspresyjności. Mimo że wielu ludzi kwestionuje swoją kreatywność i zdolności artystyczne, badacze zajmujący się humanistyką medyczną i zwolennicy arteterapii udowodnili, że doświadczanie cierpienia i słabości fizycznej można wyrażać i kształtować za pomocą bardzo wielu różnych środków. Deborah Padfield<sup>57</sup> i Molly van der Weij<sup>58</sup> wykonały ogromną pracę, umożliwiając ludziom komunikowanie przeżywanego bólu za pośrednictwem wizualnych środków wyrazu, takich jak fotografia i rysunek. Inni w tworzeniu muzyki odkryli możliwość wyrażania burzliwych doświadczeń choroby<sup>59</sup> albo uczynili alternatywne sposoby Narracyjnego badania \*jaźni z nowych form językowej ekspresji, takich jak na przykład siedemnastosylabowe haiku<sup>60</sup>.

Również filozofia, w szczególności zaś fenomenologia, odgrywa ważną rolę w dostarczaniu narzędzi pojęciowych, dzięki którym możliwe jest zgłębianie skutków choroby dla ucieleśnionego \*jestestwa<sup>61</sup>. Fenomenologia niekoniecznie musi stać w opozycji do narracyjnego badania własnego „ja” – zamiast zaczynać od poziomu języka, tożsamości i historii życia, kieruje naszą uwagę ku poszukiwaniu ucieleśnionej świadomości, percepcji, a także czasowych, przestrzennych i intersubiektywnych wymiarów naszego bycia-w-świecie<sup>62</sup>. Terapie oparte na narracji i historii choroby mają, przynajmniej

---

57 D. Padfield, B. Hurwitz, C. Pither *Perceptions of pain*, Dewi Lewis Publishing, London 2003.

58 M. van der Weij *Beyond words – envisioning experiences of people’s pain: Design of a communication tool to help people to express experiences of pain and illness*, Concepts of Health and Illness Conference, Bristol 2010.

59 L. Bunt *Music therapy as a resource for people living with cancer*, J. Lings *Motor neurone disease: The experience of illness expressed through song-writing*, Concepts of Health and Illness Conference, Bristol 2010.

60 F.C. Biley, J. Champney-Smith „Attempting to say something without saying it...”: *Writing haiku in health care education*, „Medical Humanities” 2003 no. 29.

61 Zob. S.K. Toombs *Illness and the paradigm of the lived body*, „Theoretical Medicine” 1988 no. 9; też *The temporality of illness: Four levels of experience*, „Theoretical Medicine” 1990 no. 11; F. Svenaeus *The phenomenology of falling ill: An explication, critique and improvement of Sartre’s theory of embodiment and alienation*, „Human Studies” 2009 nr 32; tegoż *Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine*, „Medicine Health Care and Philosophy” 2011 no. 14.

62 Zob. S.K. Toombs *Introduction: Phenomenology and medicine*, w: *Handbook of phenomenology and medicine*, ed. S.K. Toombs, Kluwer, Dordrecht 2001.

w modelu Franka, charakter fundamentalnie teleologiczny: poprzez narracyjny proces lub podróż dążą do przemiany „ja”, do zapewnienia psychicznie zdrowszej, bardziej spójnej i bogatszej przyszłości. Filozofia, jak przekonuje Havi Carel, oferuje choremu „narzędzie, które umożliwiał analizę, krytykę i wreszcie poprawę codziennego życia”, narzędzie, które pomaga uwolnić się od „fałszywych przekonań i błędnych osądów”, a także, koniec końców, umożliwia odrodzenie w terażniejszości<sup>63</sup>.

W epoce naznaczonej dominacją naturalistycznego podejścia do choroby każdy pogląd, który traktuje poważnie subiektywność doświadczenia choroby, ma przed sobą ważne zadanie. Na szczęście nie musimy wybierać między fenomenologicznym a narracyjnym ujęciem choroby czy między \*„ja” uchwyconym na fotografii a „ja” ukształtowanym w procesie opowiadania historii. Nie neguję istotnej roli narracji w zgłębianiu ucieleśnionego \*doświadczenia siebie, należy jednak pamiętać, że narracja jest po prostu „jedną z kilku dostępnych nam form kultury umożliwiających przekazywanie, wyrażanie i formułowanie doświadczenia choroby i cierpienia”<sup>64</sup>. To właśnie przy pytaniu o formę, o poszukiwanie odpowiedniego środka do „przekazywania, wyrażania i formułowania” doświadczenia chciałabym się zatrzymać. Narracja zwraca naszą uwagę na strukturę, spójność i jedność<sup>65</sup>. W kontekście humanistyki medycznej także dociekania fenomenologiczne i sztuka są zorientowane na zrozumienie doświadczenia choroby – oswojenie go, opanowanie, nadanie mu formy i wyrazu w taki sposób, aby można było docenić wgląd, jaki daje,

63 H. Carel *Illness*, Acumen, Stocksfield 2008, s. 126-130. Jest to jedna z najbardziej zajmujących publikacji ostatnich lat. Podobnie jak w przypadku Franka dzieło Carela łączy rozliczne perspektywy – fenomenologia i filozofia, zawodowego nauczyciela akademickiego, pacjenta, aktywisty i osoby ze zdiagnozowaną w wieku 35 lat rzadką chorobą płuc – limfanfioleiomiomatozą (LAM). Carel przeciwstawia swoją Narrację schematowi Franka i jednoznacznie odrzuca triumfalny heroizm transformacji. Tym, co, w kontekście bieżącej dyskusji czyni książkę Carela szczególnie interesującą, nie jest jej Antynarracyjność, ale fakt, że opowieść przeplata się w niej z szerszym filozoficznym projektem, stając się w istocie jego ośrodkiem. Zamiast nacisku na tożsamość chorego i jego zdolność do narracji, badania fenomenologii choroby prowadzone przez Carela oferują sposób uchwycenia transformacji – subtelnym i głębokim – które prowadzą do ucieleśnienia i „bycia w świecie”.

64 L.-C. Hydén *Illness and narrative*, „Sociology of Health and Illness” 1997 no. 19, s. 64.

65 Zob. W. Kraus *The narrative negotiation of identity and belonging*, „Narrative Inquiry” 2006 no. 16, s. 105. C. Sartwell *Frankie, Johnny, Oprah and me*. Jak przypomina Shlomith Rimmon-Kenan, narratologia „daje nam wnikliwe spojrzenie na porządek, ale nie zaopatrza nas w narzędzia – ani nie wykazuje zainteresowania – analizą przypadkowości”, też *What can narrative theory learn from illness narratives*, „Literature and Medicine” 2006 no. 25, s. 245.

uchwycić jego przemiany, rozpoznać i współdzielić jego brzemię. Czy znajdzie się tu miejsce dla braku formy, braku znaczenia, dla ciszy?

Crispin Sartwell i Sara Maitland to dwoje myślicieli, których prace skłaniają nas do myślenia nie tylko o granicach narracji, ale też języka. Dostrzegając, że „centralna pozycja lub nawet wszechobecność języka w ludzkim życiu jest rzadko kwestionowana”, Sartwell sugeruje, że obsesja na jego punkcie nie jest wcale fundamentalna dla ludzkiego doświadczenia, lecz „pojawia się w epoce technologii, w epoce, która nasze podstawowe relacje ze światem i innymi ludźmi postrzega przez pryzmat technologii”<sup>66</sup>.

Również Maitland przekonuje, że współczesna kultura zachodnia jest obsesyjnie przywiązana do mówienia, narracji, hałasu. Jest to tendencja tak silna, że „zbyt dużo ciszy” uznaje się za „szalone» (depresyjne, eskapistyczne, dziwne) albo «złe» (samolubne, społeczne)”<sup>67</sup>. *End of Story: Toward Annihilation of Language and History* Sartwella jest jednocześnie potężną krytyką naszej obsesji na punkcie narracji i dążeniem do tego, co umyka językowej reprezentacji (w jego mniemaniu „niemal wszystko”<sup>68</sup>). Autobiograficzna powieść Maitland *A Book of Silence: A Journey in Search of the Pleasures and Powers of Silence* dokumentuje filozoficzną, duchową i fenomenologiczną fascynację ciszą i odkrywaniem jej licznych odmian.

Oczywiście wyprawa poza granice języka jest zawsze przedsięwzięciem ryzykownym. Jeden z przyjaciół Maitland uparcie przekonuje, że:

Cisza jest miejscem śmierci, nicości [...] Nie istnieje cisza bez aktu uciszenia, ktoś został uciszony [...] zakneblowany, kazano mu trzymać język za zębami, odjęło mu mowę, stracił głos [...] Wszystkie ruchy społeczne ucimionych, które powstały w drugiej połowie dwudziestego wieku, postulowały „dojście do głosu” jako niezbędny element polityki [...] Cisza jest opresją. To od „słowo” jest początkiem wolności.<sup>69</sup>

Jak miałam okazję stwierdzić, waloryzacja narracji w ramach humanistyki medycznej znajduje szczególnie oddźwięk w chwili, gdy biomedycynie XX i XXI wieku zarzuca się, że ucisza pacjentów, zwraca uwagę tylko na

66 C. Sartwell *End of story*, s. 3.

67 S. Maitland *A book of silence*, Granta, London 2008, s. 25.

68 C. Sartwell *End of story*, s. 5.

69 Janet Batsleer, w: S. Maitland *A book of silence*, s. 28.

symptomy choroby, a nie na ludzi, których te symptomy dotyczą. Jednak Sartwell i Maitland, podobnie jak Strawson, kwestionują przekonanie, że narracja, a nawet mowa, są tak samo pożądane jak nieuniknione. Ich praca jest swoistym zaproszeniem do uczestnictwa w tym, co nie może zostać wypowiedziane, do przyjęcia ciszy jako części życia otwartego na nieprzewidywalność i przypadkowość, a także ekstazę i intensywność, do oparcia się impulsowi błędnego postrzegania narracji jako życia. W przypadku choroby teoretycy i praktycy humanistyki medycznej muszą być gotowi na przyjęcie tego zaproszenia.

Przełożyła Aleksandra Pogońska-Baranowska

## Abstract

---

**Angela Woods**

DURHAM UNIVERSITY

*Beyond the Wounded Storyteller: Rethinking Narrativity, Illness and Embodied Self-Experience*

During the twentieth century, biomedicine lost its way: the art and humanity of medical practice were lost to rapid scientific advances and new technologies. The medical humanities arose to demonstrate the value and relevance of the arts and humanities in making medicine and health care more humane. Wood challenges two dogmas of narrative in the medical humanities and in the field of medicine more broadly. The first is the claim that we are narrative selves. The second, related dogma is that the best or most healthy way to respond to illness is through narrative.

## Keywords

---

medical humanities, narrativity, narrative in medicine, narrative identity