
Cele i metody kształcenia kompetencji narracyjnej w ujęciu Rity Charon (na przykładzie opowiadania Alice Munro *Wiszący most*)

Marta Chojnacka-Kurasć

TEKSTY DRUGIE 2021, NR 1, S. 81–100

DOI: 10.18318/td.2021.1.5 | ORCID: 0000-0001-8222-497X

Wprowadzenie

W niniejszym opracowaniu zdecydowałam się sprofilować refleksję o medycynie narracyjnej tak, aby ukazać ją od strony praktycznej. Koncentruję uwagę na kwestiach warsztatowych, skupionych wokół kompetencji narracyjnej (*narrative competence*) – jej kształtowania i wykorzystania w praktyce klinicznej. Podstawy teoretyczne koncepcji Rity Charon¹ będę

Marta

Chojnacka-Kurasć

– dr, adiunkt w Instytucie Języka Polskiego UW; członkini i sekretarz Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN oraz Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Autorka książki *Semantyka bólu w współczesnej polszczyźnie* (2016). Redaktor naukowa monografii *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej* (2019) oraz współredaktor książki *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem* (2019).

-
- 1 Podstawowym źródłem wiedzy na temat medycyny narracyjnej są dla mnie dwie publikacje: R. Charon *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, New York 2006 (szczególnie część III, *Developing Narrative Competence*, która w trzech rozdziałach zawiera najważniejsze kwestie warsztatowe medycyny narracyjnej: *Close Reading, Attention, Representation, and Affiliation i The Parallel Chart*) oraz podręcznik: R. Charon et al. *The principles and practice of narrative medicine*, Oxford University Press, New York 2017. W zeszłym roku ukazało się polskie tłumaczenie tej książki pod redakcją Mateusza K. Potońca i Huberta Syzdka (R. Charon i in. *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka*, przeł. M. Świątkowska, Medycyna Praktyczna, Kraków 2020). Tam, gdzie nie zaznaczam inaczej, prace oryginalne przywołuję we własnym tłumaczeniu. Metodologicznie

przywoływać o tyle, o ile będą one służyły realizacji podstawowych celów. Stawiam sobie dwa zadania.

Pierwszym jest omówienie tego, jak w ramach medycyny narracyjnej przez kontakt z literaturą (analizę i interpretację tekstów literackich metodą uważnego czytania – *close reading*) u lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników opieki medycznej rozwija się umiejętność uważnego słuchania pacjentów i reagowania na ich wypowiedzi. Drugim zadaniem jest próba powiązania wybranych kroków analitycznych i problemów diskutowanych przy okazji omawiania tekstu literackiego z wykorzystaniem metody *close reading* z konkretnymi sytuacjami, z którymi przedstawiciele zawodów medycznych, mający bezpośredni kontakt z pacjentami, mierzą się w realnym życiu zawodowym².

Według Charon opanowanie umiejętności składających się na kompetencję narracyjną (pojęcie to omówię dalej) zapewnia pracownikom opieki medycznej dodatkowe umiejętności, dzięki którym stają się lepszymi fachowcami. Są bowiem „bardziej uważni, potrafią dostroić się do pacjentów i ich indywidualnych doświadczeń, są bardziej refleksyjni w pracy i wnikliwiej interpretują to, co pacjenci mówią o swoich chorobach, traktując te wypowiedzi jako opowiadane historie”³.

Aby jak najlepiej pokazać zasygnalizowane w przywołanym fragmencie możliwości przełożenia proponowanego przez Charon typu pracy z tekstem na rzeczywistość kliniczną, posłużę się konkretnym przykładem literackim. Jest to opowiadanie kanadyjskiej pisarki i noblistki Alice Munro *Wiszący most*⁴, które było przedmiotem analizy i dyskusji na warsztatach „Uważne

pomocny był także artykuł Aleksandry Szugajew, w którym autorka syntetycznie omawia przebieg i metody prowadzenia zajęć w ramach programu Narrative Medicine na Uniwersytecie Columbia, zwłaszcza nauczanie uważnego czytania; por. też *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwo UW, Warszawa 2019, s. 109-124.

- 2 W artykule piszę przede wszystkim o etapie czytania i analizowania tekstu, chociaż nieodłączną częścią warsztatów z medycyny narracyjnej jest także kreatywne pisanie (*creative writing*). Jest to moment, kiedy uczestnicy spotkania – po omówieniu tekstu – przez kilka minut piszą krótką wypowiedź na temat zadany przez prowadzącego (nawiązujący do omawianego tekstu, ale sformułowany szeroko, niejednoznacznie, umożliwiający swobodną wypowiedź), a następnie czytają swoje prace (dzielią się nimi) i obserwują różnorodność interpretacji. Szerzej na ten temat R. Charon et al. *The principles and practice...*, s. 211-231.
- 3 R. Charon *Narrative medicine*, s. 107.
- 4 A. Munro *Wiszący most*, przeł. T. Oziewicz, w: *też Kocha, lubi, szanuje...*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2015, s. 77-118.

czytanie metodą narratologiczną”, prowadzonych przez Małgorzatę Nowaczyk, polsko-kanadyjską lekarkę i pisarkę, profesor genetyki na Uniwersytecie McMastera. Materiały z tych warsztatów oraz spostrzeżenia i wnioski ich uczestników są inspiracją i punktem odniesienia refleksji zebranych w niniejszym artykule⁵.

Narracja: od humanistyki do medycyny

Trudno rozpatrywać medycynę narracyjną – czy to jej podstawy teoretyczne, czy zastosowanie praktyczne – bez pojęcia narracji. Zawarta w polskim odpowiedniku terminu *narrative medicine* nieprecyzyjna relacja między medycyną a narracją wymaga dopowiedzenia, gdyż jest kluczowa dla zrozumienia istoty omawianej tu koncepcji⁶.

Narracja zdominowała współczesną humanistykę⁷. Zauważalnemu od lat 80. XX wieku wzrostowi zainteresowania tą kategorią w różnych dziedzinach nauki towarzyszy ewolucja samego terminu i wyrażen pochodnych (takich jak narracyjność, narracyjny itd.). Z grubsza ujmując, zmiana ta polega na przejściu od wąskiego pojmowania narracji, związanego z retoryką i teorią literatury⁸, do szerokiego nurtu badań interdyscyplinarnych, w ramach których

- 5 Dziękuję Profesor Małgorzacie Nowaczyk za zgodę na to, abym wykorzystała w swoim artykule materiały oraz notatki z jej warsztatów. Uczestniczkom tego spotkania (tak się złożyło, że były to same kobiety) dziękuję za to, czego się wtedy nauczyłam i co przeżyłam. Warsztaty odbyły się w związku z II Ogólnopolską Konferencją Naukową „Medycyna narracyjna. Wartość opowieści o doświadczeniu choroby w praktyce klinicznej, badaniach i edukacji” w czerwcu 2019 r. w bydgoskim Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Sprawozdanie z tej konferencji opublikowała Małgorzata Okupnik w „Kulturze Współczesnej” 2019 nr 4(107), s. 196-200. Pierwsze zorganizowane w Polsce spotkanie poświęcone medycynie narracyjnej odbyło się na Uniwersytecie Warszawskim w czerwcu 2018 r. Relacją z tego wydarzenia jest sprawozdanie Magdy Żelazowskiej-Sobczyk i Aldony Katarzyny Jankowskiej zamieszczone w „Applied Linguistics Papers” 2018 nr 25/3, s. 171-174.
- 6 Istotę postępowania narracyjnego w medycynie oddaje bardziej rozbudowane wyrażenie *Narrative Evidence-Based Medicine*, w którym akcentuje się to, że narracja pacjenta jest źródłem danych istotnych klinicznie, wspomagających (umacniających) oparte na dowodach „twarde” dane (*Evidence-Based Medicine*).
- 7 Por. m.in. M. Okupnik *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*, Universitas, Kraków 2018, s. 143.
- 8 Termin „narracja” oznacza ciąg zdarzeń w układzie czasowym i przyczynowo-skutkowym, z bohaterami zaangażowanymi w te zdarzenia, ukazany z perspektywy narratora; por. J. Sławiński, *Narracja*, w: *Słownik terminów literackich*, red. J. Sławiński i in., Ossolineum, Wrocław 2002, s. 331.

narracja jest rozumiana jako uniwersalny, naturalny i podstawowy sposób postrzegania i porządkowania świata przez człowieka. Za pomocą tego pojęcia opisuje się współcześnie sposoby ujmowania rozmaitych doświadczeń i zjawisk przez daną jednostkę, bada to, jak człowiek interpretuje fenomeny świata (co zostaje także utrwalone w danych językowych⁹), nadaje im dynamiczną, spójną strukturę i – osadzając siebie w tym świecie jako uczestnika zdarzeń – tworzy własną tożsamość¹⁰.

Z szerokim pojmowaniem narracji jako formy spójnego, dynamicznego reprezentowania doświadczenia jednostki mamy do czynienia także w medycynie narracyjnej. Skoro współczesna humanistyka przeżywa „zwrot ku narracji”, a niektóre nurty współczesnej medycyny zwracają się ku humanistyce (odkrywając jakby na nowo swoją humanistyczną w istocie naturę), nie dziwi, że medycyna zwraca się dziś także w kierunku narracji. Warto jednak zaznaczyć, że w koncepcji Charon elementy teorii literatury, sięgające do podstawowego znaczenia narracji, są również obecne.

Zafascynowanie narracją, pokazujące ogrom możliwości, jakie daje ta kategoria także w dydaktyce i praktyce medycznej, grozi nadmiernym rozszerzeniem pojęcia, prowadzącym do jego rozmycia¹¹. Rodzące się w związku z tym wątpliwości definicyjno-terminologiczne wymagają od badacza każdorazowo doprecyzowania, jak rozumie narrację i zjawiska z nią powiązane, nazywane n a r r a c y j n y m i. W tym wypadku określić należy, czym dokładnie jest m e d y c y n a n a r r a c y j n a, a w jej ramach – jak należy definiować k o m p e t e n c j ę n a r r a c y j n ą. Postaram się ustosunkować do tych kwestii w dwóch kolejnych punktach.

Medycyna narracyjna w ujęciu Rity Charon

Medycyna narracyjna w kształcie zaproponowanym przez Charon jest modelem sprawowania opieki nad pacjentem (oraz programem przygotowania

9 Por. m.in. R. Tokarski *Semantyka, onomazjologia i narracja o świecie*, w: *Narracyjność języka i kultury*, red. D. Filar, D. Piekarczyk, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2014, s. 117-128.

10 Por. J. Trzebiński *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002; B. Antoszewska *Ku człowiekowi. Doświadczenie relacji z pacjentem w narracjach lekarzy. Wybrane zagadnienia pedagogiki leczniczej*, Impuls, Kraków 2018.

11 Por. E. Szczęsna *Narracja jako chwyt tekstowy*, w: *Opowiadanie w perspektywie badań porównawczych*, red. Z. Mitosek, Universitas, Kraków 2004, s. 251.

do sprawowania tej opieki¹²) skoncentrowanym na chorym i jego opowieści (narracji właśnie), w której przejawia się indywidualne doświadczenie podmiotu. Postępując w duchu medycyny narracyjnej, klinicysta widzi w pacjencie człowieka i jego historię, w której pojawiły się wątki choroby (wpływając na dotychczasowy porządek życia), a nie tylko historię choroby (wypunktowaną w k a r c i e c h o r o b y), dla której człowiek i jego życie są jedynie tłem. Podejście narracyjne stwarza przestrzeń dla wypowiedzi pacjenta (który staje się dla lekarza partnerem w dialogu) i jest komplementarne względem „tradycyjnej” praktyki medycznej, bazującej na ścisłych, obiektywnych faktach.

W ujęciu medycyny narracyjnej cały proces opieki nad chorym ma formę opowieści¹³: człowiek opowiada historie w różnych sytuacjach, także jako pacjent, sama choroba ma strukturę narracyjną (ktoś tę konkretną chorobę opowiada, ma ona jakiś początek, określony przebieg, między jej etapami dają się dostrzec związki przyczynowo-skutkowe, jest także główny bohater i są bohaterowie poboczni, odgrywający różne role itd.), a klinicyści powinni te opowieści rozpoznawać, umiejętnie przyjmować i interpretować. Do tego jest im potrzebna kompetencja narracyjna.

Kompetencja narracyjna w rozumieniu Rity Charon

Kompetencja narracyjna jest rozpatrywana z perspektywy różnych dziedzin, m.in. psychologii i pedagogiki¹⁴. Definiuje się ją ogólnie jako zdolność tworzenia i rozumienia historii (opowieści), która realizuje się w różnorodnych sytuacjach komunikacyjnych.

Znaczenie praktyczne tej kompetencji w ramach medycyny narracyjnej jest zawężone do relacji personelu medycznego z pacjentem. Kompetencja

12 Z dokładnym programem studiów „medycyny narracyjnej” na Uniwersytecie Columbia można zapoznać się na stronie: <https://www.mhe.cuimc.columbia.edu/our-divisions/division-narrative-medicine> (dostęp 31.05.2020).

13 R. Charon stwierdza: „Medycyna sama w sobie jest przedsięwzięciem bardziej narracyjnym (naznaczonym narracyjnością) niż się wydaje”, por. teź *Narrative medicine*, s. 39.

14 Por. m.in. E. Soroko, J. Wojciechowska *Kompetencja narracyjna jako obszar nauczania i oceny w edukacji*, „Studia Edukacyjne” 2015 nr 37, s. 211-236. Autorki omawiają kwestie teoretyczne dotyczące opisu i badania kompetencji narracyjnej (m.in. zależności między terminami stosowanymi do opisu tego zjawiska: umiejętność, zdolność, wiedza, kompetencja (narracyjna), odróżnienie rozumienia narracji od jej tworzenia, problem zawierania się w kompetencji narracyjnej kilku kompetencji składowych: poznawczej, językowej, komunikacyjnej, z których każda jest przedmiotem badań innej dyscypliny).

narracyjna polega na tym, że lekarz (czy inny pracownik opieki medycznej) „wie, co robić z opowieściami pacjentów”¹⁵, nie jest wobec tych opowieści bezradny, nie ucieka przed nimi ani ich nie blokuje, tylko potrafi je umiejętnie przyjąć i spożytkować dla dobra pacjenta. Według Charon kompetencja narracyjna obejmuje cztery umiejętności: dostrzeganie (*recognize*), wchłanianie (*absorb*) i interpretowanie narracji pacjentów (*interpret*) oraz doświadczanie wewnętrznego poruszenia za sprawą tych narracji (*be moved by the stories*)¹⁶, a podstawą tej kompetencji jest uważność.

Close reading – od uważnego czytania do uważnego słuchania

Uwaga, uważność, bycie uważnym (*attention*) to pojęcia zajmujące centralne miejsce w rozważaniach Charon o istocie medycyny i relacji z pacjentem. Uwaga skierowana na pacjenta, skupienie i zaangażowanie w odbieraniu wysyłanych przez niego sygnałów stanowią pierwszy filar medycyny narracyjnej (obok reprezentacji i relacji) i są punktem, od którego zaczyna się każda próba poprawy jakości opieki medycznej¹⁷.

Wywołanie w sobie i utrzymanie stanu uważności jest podstawową umiejętnością pracowników służby zdrowia, niezbędną do tego, aby mogli oni zbliżyć się do drugiego człowieka i zapewnić mu efektywną, pełną empatii opiekę¹⁸. Wielopoziomowa uwaga musi obejmować zarówno obserwację wypowiedzi pacjenta (nie zawsze kompletnej, zgodnej z oczekiwaniami lekarza, składającej się ze słów i przemilczeń) i jego zachowań (gestów, mimiki, postawy ciała), jak również interpretację rozmaitych danych (np. wyników badań). Dopiero z tych różnorodnych (nierazko sprzecznych) informacji ułoży się w głowie lekarza możliwie spójna w danym momencie całość. Charon podkreśla, że wysiłek uspołnienienia wielu rozproszonych źródeł wiedzy o pacjencie leży po stronie personelu medycznego¹⁹.

W poszukiwaniu sposobów kształcenia uważności Charon sięgnęła do badań oraz dydaktyki akademickiej z zakresu literaturoznawstwa. Pomysł, aby

15 M. Nowaczyk *Nasze życie jest opowieścią. Czym jest medycyna narracyjna?*, „Medycyna Praktyczna” 2014 nr 10, s. 125-128.

16 R. Charon et al. *The principles and practice...*, s. 1.

17 R. Charon *Narrative medicine*, s. 132.

18 R. Charon et al. *The principles and practice...*, s. 158.

19 R. Charon *Narrative medicine*, s. 132.

poprzez metodę uważnej analizy tekstu uczyć uważności w pracy klinicznej, nie jest oczywiście pierwszą formą wykorzystania literatury w dydaktyce medycznej²⁰. W programach studiów na wielu światowych uczelniach medycznych od kilkudziesięciu lat uwzględnia się zajęcia z literatury. Dostrzeżona już dawno wartość dydaktyczna kontaktu z literaturą, zwłaszcza z tekstami poruszającymi problematykę doświadczeń lekarskich i relacji z pacjentami, polegała na dostarczaniu studentom pretekstu do rozważań natury moralno-etycznej, poszerzających spojrzenie na przyszłą praktykę medyczną, wykraczających poza myślenie ściśle biologiczne.

Trzeba jednak zaznaczyć, że na tym tle ukształtowana w ostatnim dwudziestoleciu koncepcja medycyny narracyjnej jest czymś innym. Aleksandra Szugajew zwraca uwagę, że poza potwierdzeniem wagi obcowania z literaturą jako czynnika kształtującego empatię przyszłych lekarzy medycyna narracyjna w ujęciu Charon dostrzega i rozwija praktyczne zastosowanie umiejętności analityczno-interpretacyjnych (ujętych w ramach metody uważnego czytania i niezależnych od tematyki omawianych utworów) w codziennej pracy klinicznej²¹. Uogólniając, można stwierdzić, że medycyna narracyjna to nie tyle medycyna (ukazana) w literaturze (omawiana na zajęciach), ile literatura (metody jej badania sfunkcjonalizowane) w medycynie.

Określenie *close* w wyrażeniu *close reading* można oddać dosłownie i obrazowo polskim przysłówkiem „blisko”: uważne czytanie polega na dokładnym, starannym czytaniu słowo po słowie, „blisko tekstu”, z uwzględnieniem najdrobniejszych niuansów formy i treści. Według Szugajew tak prowadzona analiza ma na celu dogłębne poznanie tekstu, a przy tym daje coś jeszcze – stwarza przestrzeń na interakcję z tekstem, na obserwowanie samego siebie w procesie czytania²², na zdziwienie, pytania i poszukiwanie odpowiedzi:

20 Historię różnorodnych więzi łączących medycynę i literaturę, także w kontekście dydaktyki na przykładzie amerykańskich uczelni medycznych, zarysowała m.in. Anne Hudson Jones w artykule *Literature and medicine: an evolving canon*, „The Lancet” 1996 Vol. 348, s. 1360-1362. O projektach łączących dydaktykę medyczną z kształceniem humanistycznym w Szwecji pisze z kolei M. Luber-Szumniak *Medycyna narracyjna w Szwecji*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści...*, s. 15-31.

21 A. Szugajew *Metoda uważnego czytania...*, s. 110.

22 Uwzględnienie w refleksji nad medycyną narracyjną samego procesu czytania i doświadczania tekstu jest dla mnie jednym z kilku dowodów na istnienie związku między koncepcją Rity Charon a poetyką kognitywną, wywodzącą się z lingwistyki kognitywnej oraz z psychologii poznawczej. Teorię, instrumentarium oraz przykłady tego modelu analizy tekstów literackich znaleźć można m.in. w podręczniku Petera Stockwella *Poetyka kognitywna. Wprowadzenie*,

stawianie pytań dotyczących tekstu, skupianie się na szczegółach, a nie tylko na ogólnych cechach, poszukiwanie i odkrywanie problematyki leżącej u jego podstaw, a także własnej odpowiedzi na wszystkie nasuwające się pytania. [...] Można tu nakreślić wyraźną paralelę między analizą literacką a medycznym kontaktem z pacjentem, gdyż lekarz, podobnie jak badacz literatury, gromadzi szczegóły i przez zadawanie pytań usiłuje zrozumieć chorobę, z którą ma do czynienia.²³

Dla Charon uważne czytanie to trening uważnego słuchania i tym samym przygotowanie do pracy z pacjentem. Opowieści, które pacjenci przynoszą do gabinetu lekarskiego, są w jej ujęciu jak wielopoziomowe teksty literackie. Lekarz jako wyćwiczony czytelnik będzie sprawniejszym słuchaczem, wychwyci więcej elementów usłyszanej historii i będzie mógł lepiej wykorzystać swoją wiedzę medyczną, aby pomóc konkretnemu pacjentowi.

Wybór tekstów do ćwiczeń uważnego czytania

Dopowiedzenia wymagają w tym miejscu dwie kwestie związane z doborem tekstów²⁴ na warsztaty z medycyny narracyjnej: 1) czy muszą to być teksty literackie oraz 2) czy wybrany tekst powinien dotyczyć problematyki medycznej (np. doświadczania choroby przez jednostkę, choroby w rodzinie, wspomnień lekarzy itd.)?

Na pierwsze pytanie odpowiedź brzmi: tak, do ćwiczeń narracyjnych potrzebny jest tekst o odpowiednim stopniu złożoności, wielowarstwowy, taki, w którym treść (otwierająca wiele ścieżek interpretacyjnych, wywołująca różne reakcje u czytelnika, prowokująca do stawiania kolejnych pytań) podana jest nie wprost (jak np. w tekstach użytkowych czy w przekazach informacyjnych), tylko pośrednio, poprzez świadomy, często

Universitas, Kraków 2006, oraz w publikacjach Elżbiety Tabakowskiej i jej uczniów; por. E. Tabakowska *Językoznawstwo kognitywne a poetyka przekładu*, przeł. A. Pokojska, Universitas, Kraków 2001; D. Korwin-Piotrowska *Powiedzieć świat. Kognitywna analiza tekstów literackich na przykładach*, Universitas, Kraków 2006. Szerzej na ten temat por. M. Chojnacka-Kuraś *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści...*, s. 73-93.

23 A. Szugajew *Metoda uważnego czytania...*, s. 115.

24 Na warsztatach z medycyny narracyjnej wykorzystuje się także obrazy, filmy oraz utwory muzyczne, które oddziałują na odbiorcę innymi kanałami, wizualnie i słuchowo. Podstawą ćwiczeń są jednak teksty literackie.

nieoczywisty dobór środków językowych. A jest to specyficzne dla tekstu literackiego, w którym (zwłaszcza w poezji) realizuje się Jakobsonowska poetycka funkcja języka²⁵. Teksty literackie – jako przekazy kumulujące i potęgujące zjawiska językowe obecne w codziennej komunikacji i niejednokrotnie poruszające istotne problemy społeczne – są doskonałym polem do ćwiczeń uważności.

Na drugie pytanie Charon odpowiada: „absolutnie nie ma konieczności, aby nauczanie [uważnego czytania – M.Ch.-K.] ograniczać do tekstów poruszających tematy choroby, medycyny czy zdrowia”²⁶. Jej zdaniem łatwiej i skuteczniej pracuje się na tekstach niemających związku z medycyną, gdyż medyczny wymiar utworu (medycznie zorientowana fabuła) może odwracać uwagę czytelników (zwłaszcza związanych zawodowo z medycyną) od formy tekstu, od tego, „jak słowa robią to, co robią”²⁷. Skupienie na stronie formalnej (także na warstwie językowej) jest na warsztatach z medycyny narracyjnej ważniejsze niż rozważanie treści i fabuły, ponieważ utrwała zwyczaj zwracania uwagi na wszystko, co zawiera się w danym przekazie (niezależnie od tego, czy jest to wiersz, powieść czy wypowiedź w rozmowie).

Uznaję te argumenty. Wziąwszy jednak pod uwagę realia polskich uczelni medycznych (na których elementy kształcenia literackiego, delikatnie mówiąc, nie są zakorzenione), uważam, że nie należy unikać utworów dotyczących problematyki choroby, zwłaszcza na początkowym etapie pracy ze studentami. Myślę wręcz, że gdyby takie warsztaty miały odbywać się systematycznie, warto zacząć od omawiania utworów o tematyce, która będzie dla odbiorców naturalna (także tekstów pisanych przez lekarzy), i – uwrażliwiając od początku na elementy formalne, na których tak zależy Charon – szukać przełożenia wnikliwej analizy tekstu na umiejętności przydatne w prawdziwym spotkaniu z pacjentem.

Aspekty analizy tekstu narracyjnego metodą uważnego czytania

Na potrzeby zajęć praktycznych rozwijających kompetencję narracyjną Charon opracowała ćwiczenie polegające na rozpatrywaniu czytanego tekstu

25 R. Jakobson *Poetyka w świetle językoznawstwa*, „Pamiętnik Literacki” 1960 z. 2.

26 R. Charon et al. *The principles and practice...*, s. 182.

27 Tamże, s. 183.

narracyjnego pod kątem pięciu właściwości. Te aspekty to: rama (*frame*), forma (*form*), czas (*time*), fabuła (*plot*) oraz zaspokojone przez tekst oczekiwania (*desire*)²⁸. Omówię krótko, jakie kroki analityczne kryją się za poszczególnymi pojęciami.

Badanie r a m y (o b r a m o w a n i a) polega na szukaniu odpowiedzi na ogólne pytania o tekst: skąd się wziął, kto jest jego autorem, kto odbiorcą (czy jest on przypadkowy, czy zamierzony), o czym i jak opowiada. W rozpatrywaniu ramy należy także uwzględnić, co w tekście jest dane, a czego brakuje (czy są w nim jakieś luki, a jeśli tak, to dlaczego). Ten element ćwiczeń przekłada się na umiejętność wychodzenia z ramy ściśle biologicznej (do której klinicyści obcujący z tekstami medycznymi są przyzwyczajeni) ku pacjentowi i jego szerszej perspektywie oglądu życia w doświadczeniu choroby.

Mierzenie się z f o r m ą tekstu, dla niewprawnego czytelnika niedostrzegalną, jest dla Charon najważniejszym wymiarem treningu uważności. Analizowanie formy dotyczy tego, w jaki sposób formalne (strukturalne) elementy tekstu oddziałują na jego treść i jak wpływają na czytelnika. Najważniejszymi składowymi formy są w ujęciu Charon: gatunek (tworzące go konwencje, zasady), widoczna postać tekstu (podział na rozdziały, części, akapity lub zwrotki – wyznaczające tempo tekstu i jego rytm), narrator (kim jest, jak jest zaangażowany w tekst, ile wie o opowiadającym świecie, jaki ma stosunek do bohaterów, jaką buduje relację z czytelnikiem itd.), metafory (język figuratywny), aluzje (nawiązania do innych tekstów literackich) oraz głos (rozumiany jako styl tekstu).

W analizie tekstu pod kątem c z a s u chodzi zarówno o refleksję nad chronologią zdarzeń, jak i o dostrzeżenie formy gramatycznej czasowników. Liczy się zatem nie tylko układ zdarzeń (to, czy jest on linearny, spójny, czy też zaburzony i porwany, czy zdarzenia dzieją się równolegle, czy w opowieści są luki czasowe itd.), lecz także to, czy historia jest opowiadana w czasie przeszłym, teraźniejszym czy przyszłym. W tym punkcie rozważań nad tekstem gramatyka „dotyka życia”, dając wgląd w sferę mentalną nadawcy²⁹.

28 R. Charon *Narrative medicine*, s. 114-127. W wydanym dekadę później podręczniku *The principles and practice of narrative medicine* Rita Charon zmodyfikowała nieco aspekty analizy tekstu i wyróżniła następujące parametry: czas (*time*), przestrzeń (*space*), głos (*voice*) i metaforę (*metaphor*). W dalszej części artykułu będę się odwoływać do wcześniejszego opisu pracy z tekstem, który był też podstawą warsztatów Małgorzaty Nowaczyk.

29 Czas przyszły kieruje uwagę na to, co będzie, co może się wydarzyć – w tym sensie jest wyrazem np. tego, że pacjent planuje, ma nadzieję na (jakiś) jutro. Czas przeszły z kolei wyraża odwrotną perspektywę – tego, co było, co już nie wróci (przykładem dotkliwego odniesienia

Z klinicznego punktu widzenia ważne jest, aby uwrażliwić personel medyczny na to, że w doświadczeniu choroby zmienia się postrzeganie czasu: jest on inaczej odmierzany (np. rytmem przyjmowanych leków, wizytami u lekarza, epizodami bólu), choroba wprowadza inne podziały czasowe (np. na życie „przed chorobą” i „po chorobie”)³⁰.

Fabula w rozważaniach Charon jest ściśle związana z formą – czytanie dla samej fabuły (bez refleksji, jak jest ona dana) nie rozwija uważności, treść bez formy przepływa przez czytelnika, nie pozostawiając po sobie śladu (tak jak zapoznanie się z historią choroby z dokumentacji medycznej bez kontaktu z człowiekiem, który nadaje tej historii formę, dopełnia ją). Natomiast świadome podążanie za fabułą (w kontekście ramy tekstu, czasu i narracji) uczy szukania sensu w opowieści pacjenta. Trenuje także otwartość i cierpliwość klinicysty, który nierzadko obserwuje dopiero rozwijającą się chorobę: składa ją z dostępnych kawałków, ale na brakujące elementy musi czekać (i być czujnym, aby ich nie przeoczyć).

Pragniemy wreszcie to stan, w jakim pozostaje czytelnik po przeczytaniu tekstu; wynika on z tego, czy lektura zaspokoila oczekiwania i ciekawość czytelnika, czy dzięki niej przeżył on coś nowego, czy czegoś mu jeszcze brakuje. Ćwiczenie tego aspektu analizy tekstu (najmniej precyzyjnego, raczej subiektywnego, intymnego) daje się przełożyć na stan lekarza po rozmowie z pacjentem, który już wyszedł z gabinetu – wyniki badań leżą na biurku, a lekarz staje w obliczu kluczowego pytania: czy usłyszałem i zobaczyłem wszystko?

Wziąwszy pod uwagę najważniejsze dla Charon etapy czytania tekstu, omówię dalej opowiadanie *Wiszący most*, koncentrując się na trzech aspektach: narratorze, czasie i fabule. Utwór ten stwarza pole do ćwiczeń uważności – poza walorami formalnymi ma dostatecznie złożoną treść, zawierającą także wątki medyczne, które wymykają się schematycznemu myśleniu i przez to prowokują do przewartościowania typowo lekarskiego oglądu choroby.

formy czasu przeszłego do życia jest sytuacja, kiedy dociera do nas, że o kimś bliskim, dotąd obecnym w naszym życiu, możemy mówić już tylko: był). Koncentracja pacjenta na czasie przeszłym może być sygnałem strachu przed wybieganiem w przyszłość, wynikającym z braku nadziei na poprawę stanu zdrowia.

30 Percepcję czasu w chorobie opisuje m.in. Małgorzata Baranowska w książce *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2011. Z perspektywy psychologicznej zjawisko to badają m.in. Bożena Gulla i Kinga Tucholska *Psychologia czasu w kontekście zdrowia i choroby*, Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska, Kraków 2019.

Narrator

„Raz go zostawiła”³¹ – tak brzmi pierwsze zdanie opowiadania. Nie wiemy, o kim mowa ani co się dokładnie stało, jesteśmy wrzuceni w środek opowieści, bez kontekstu. Jedynym punktem odniesienia są użyte w tym zdaniu słowa – ich forma i znaczenie. Z semantyki i formy gramatycznej czasownika „zostawiła” oraz z formy zaimka „go” wnioskujemy, że w przeszłości (przed aktem mowy otwierającym narrację) było tak, że dwoje ludzi (on i ona: narrator nie mówi ani o sobie, ani o odbiorcy) było razem w jednym miejscu (ta bliskość może być rozumiana fizycznie lub mentalnie, uczuciowo), a potem stało się tak, że on tam był nadal, a jej już nie było, i że najprawdopodobniej ona oddaliła się świadomie (ona jest podmiotem tego zdania, jest ważniejsza, na niej jest skupiona uwaga nadawcy). I mogło to się wydarzyć tylko raz (‘jeden raz go zostawiła’) albo kiedyś (‘pewnego razu go zostawiła’).

Próbka analizy pierwszego zdania (blisko formy, słowo po słowie) pokazuje, że narracja w opowiadaniu jest trzecioosobowa, przy czym narrator pokazuje świat z perspektywy głównej bohaterki (jak się później dowiadujemy, jest nią czterdziestodwuletnia Jinny). Jako czytelnicy widzimy i słyszymy to, co ona, przemieszczamy się z nią w przestrzeni, mamy dostęp do jej myśli, o innych postaciach wiemy tyle, ile wie ona i ile narrator zechce zdradzić³². W kilku miejscach opowiadania do głosu dochodzą inni bohaterowie, najczęściej zinterpretowani przez Jinny, „przefiltrowani” przez jej świadomość. Mają szansę pokazać się czytelnikowi niezależnie od niej tylko wtedy, kiedy narrator przytacza ich wypowiedzi w postaci mowy niezależnej.

Miejscami możemy mieć wrażenie, że cała narracja jest opowieścią bohaterki – jej wypowiedzi („pomyślenia”) są dane w formie mowy pozornie zależnej. Świadczyłyby o tym zarówno czasowniki wskazujące na procesy mentalne, mówienie i odczuwanie, jak i kolokwialność, dobór słownictwa, krótkie zdania, mówiona intonacja³³. Przykładem jest fragment, w którym

31 A. Munro *Wiszący most*, s. 77.

32 Jest to zatem narracja personalna w typologii Franza Stanzela, por. tegoż *Typowe formy powieści*, w: *Teoria form narracyjnych w niemieckim kręgu językowym. Antologia*, wyb. tekstów, oprac. i przeł. R. Handke, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1980. Charon przyznaje wyższość narracji trzecioosobowej nad pierwszoosobową na etapie reprezentacji, kiedy zapisuje swoje wrażenia ze spotkania z pacjentką. Używa wtedy narracji w trzeciej osobie, dzięki której sytuuje siebie na równi z pacjentką, z pozycji agensa przechodzi na pozycję świadka i z boku obserwuje równocześnie dwie kobiety (lekkarkę i pacjentkę). Por. R. Charon et al. *The principles and practice...*, s. 723.

33 Por. M. Głowiński *Mowa pozornie zależna*, w: *Słownik terminów literackich*, s. 327.

narrator opisuje wyobrażenia Jinny o tym, jak będzie się czuła, kiedy jej mąż Neal umrze. Narrator dotyka bardzo intymnych myśli bohaterki – chwilami brzmi to tak, jakby mówiła do nas sama Jinny, zwłaszcza tam, gdzie niespodziewanie w narracji trzecioosobowej pojawiają się gramatyczne wykładniki drugiej osoby: forma wyrażenia „musisz wziąć się w garść” i zaimek „cię”. Jakby Jinny tłumaczyła nam się z tych myśli i szukała w nas, czytelnikach, wspólnoty doświadczenia:

Myśl o nim nieświadomym jej istnienia przyprawiała ją o coś w rodzaju emocjonalnego zawrotu głowy – jakby spadała w próżnię.

A mimo to – ekscytacja. Niewyraźalna ekscytacja, jaką można poczuć, gdy nadciągająca katastrofa niesie obietnicę zwolnienia cię z całej odpowiedzialności za twoje własne życie. Potem, z poczucia przywoitości, musisz wziąć się w garść i zachowywać spokój.

[...] Nie wiedziała, czy Neal czuje coś podobnego teraz, gdy przytrafiło się to jej.³⁴

Podobna sytuacja powtarza się w innym miejscu opowiadania, kiedy na farmie Bergsonów, na polu kukurydzy, nachodzą Jinny wspomnienia o przykrym doświadczeniu: „Była wściekła, że musi wysłuchiwać cudzych opinii na swój temat. Wszyscy się mylili. Nie była nieśmiała, potulna, naturalna ani czysta. Oczywiście kiedy umrzesz, te błędne opinie są wszystkim, co zostaje”³⁵.

Ta forma narracji wymaga od czytelnika dostrzeżenia „podwójności” przekazu: że przez głos narratora przemawia bohater. Obserwacja narratora w tekście, skupienie na g ł o s i e, wiąże się z ważnym klinicznie pytaniem: kto mówi, a dokładniej: czym głosem mówi pacjent? Czy przedstawia swoje zdanie, obawy, wątpliwości, czy może przemawiają przez niego lęki lub nalegania bliskich?

Poza myślami narrator mówi dużo o zmysłowych doznaniach bohaterki, która z powodu choroby i leczenia odczuwa bodźce fizyczne inaczej niż przed chorobą. Ta sensualność jest najwyraźniejsza w finale opowiadania, kiedy wchodzimy wraz z Jinny i towarzyszącym jej młodym chłopakiem na wiszący most i kiedy nieznajomy całuje ją w usta. W tych końcowych fragmentach nagromadzonych jest wiele wyrażeń odnoszących się do percepcji zmysłowej, m.in. do równowagi.

34 A. Munro *Wiszący most*, s. 84.

35 Tamże, s. 104.

Pod wpływem stawianych na moście kroków bohaterka unosi się i opada, zostaje wytrącona z fizycznej stabilności. Stojąc nad ciemną wodą bagna, doświadcza odwrócenia przestrzeni: wyobraża sobie, że woda – ciemna, wszechobecna, w ciągłym ruchu – jest czymś stałym, a drzewa i trzciny unoszą się na niej niczym małe wysepki. W pewnej chwili Jinny doświadcza odwrócenia na innym poziomie: Neal, dotąd silny, stabilny, pewny siebie, organizujący jej życie w chorobie tam, na łądzie, w domu Bergsonów, wydaje jej się chwiejny, niestabilny, słaby. Jakby zaburzenie fizycznej równowagi po wejściu na wiszący most i pocałowaniu nieznanego doprowadziło bohaterkę do odzyskania wewnętrznej równowagi, sprawiło, że znalazła się w zgodzie z samą sobą:

Jinny nagle pomyślała o Nealu, tam, na suchym łądzie. Chwiejny i niepewny, nadstawiał dłoń pod spojrzenie kobiety ze złotymi pasmami we włosach, wróżbitki. Balansował na krawędzi swojej przyszłości. Nieważne. Ogarnęło ją beztrioskie współczucie, niemal śmiech. Zalew tkliwej wesołości, w którym ginęły wszystkie jej rany i żale – na jakis czas.³⁶

Czas opowieści i czas choroby

Akcja opowiadania obejmuje zaledwie kilka godzin pewnego upalnego sierpniowego popołudnia (dokładnej daty nie znamy). Czas nie jest podany bezpośrednio – aby go określić, musimy przeczytać kilka stron i wydobyć te dane z tekstu. Bieżącą akcję przeplatają liczne retrospekcje, przez co ogólny czas narracji obejmuje dużo większy okres. Stopniowo, po kawałku, poznajemy wątki z życia Jinny i jej bliskich, wydarzenia z ostatnich dni, tygodni, miesięcy, które z czasem składają się na portret bohaterki.

Według Charon lekarze wypracowują sobie podczas studiów medycznych standardowy plan przeprowadzania wywiadu i sporządzania raportu z historii choroby. Wzorzec ten obejmuje kilka elementów w następującym układzie: główna dolegliwość, przebieg obecnej choroby, przebyte wcześniej choroby, sytuacja rodzinna, badanie fizykalne, testy laboratoryjne, zalecenia³⁷. W rozmowie z pacjentem klinicyści, zwłaszcza mniej doświadczeni, czujący się niepewnie w obliczu emocji pacjenta, mają skłonność

³⁶ Tamże, s. 118.

³⁷ R. Charon *Narrative medicine*, s. 98.

do zadawania pytań w tej właśnie kolejności, do prowadzenia konwersacji tak, aby wydobyć od chorego informacje ściśle medyczne, pasujące do wyuczonego schematu (który zapewnia im poczucie bezpieczeństwa i profesjonalizmu).

Lekarz jako „medyczny” słuchacz i interpretator ma zupełnie inne przygotowanie i nastawienie niż absolwent studiów filologicznych, uczony kontaktu z tekstem, ze słowem, z jego wieloznacznością. Jako lekarka i literaturoznawczyni Charon ma dostęp do obu tych perspektyw. Podkreśla, że studenci i badacze literatury wiedzą, że przekaz płynący z danego tekstu wynika zarówno z jego treści, jak i formy. To, jak pacjent przedstawia swoje doświadczenie (w jakiej kolejności relacjonuje wydarzenia, z jakim nastawieniem emocjonalnym, jakich słów używa itd.), jest tak samo ważne jak treść tych doświadczeń i zawarte w nich fakty medyczne. Jeśli lekarz będzie marginalizował formę wypowiedzi pacjenta i skupiał się tylko na treści, „zepsuje” narrację i nie dotrze do sedna opowieści – będzie szukał sygnałów ciała, pomijając głos chorego. A w medycynie chodzi o to, aby słuchać wielowymiarowo, przestrzennie: nie tylko ciała, ale także osoby, która w tym ciele żyje i która często nie rozumie, co z jej ciałem się dzieje³⁸.

Z omawianego opowiadania dowiadujemy się znacznie więcej o przeżyciach bohaterki, o wszystkim, co jest wokół jej choroby, niż o samej chorobie. Brakuje informacji, od jak dawna choruje, jaka to faza, jaka w ogóle jednostka chorobowa. Wiemy tylko, że to choroba potencjalnie śmiertelna (bohaterka myśli o śmierci), nowotwór (narrator ujawnia, że Jinny miała chemioterapię, wypadły jej włosy i nosi słomkowy kapelusz) i że ma postać guza (można wykluczyć białaczkę; może zatem rak piersi?). Dla „medycznego” czytelnika takie luki w obrazie klinicznym choroby mogą być nie do zniesienia – jeśli podąża tylko za fabułą, zbiera dane, aby ułożyć z nich pełny obraz kliniczny przypadku bohaterki. Ale o tę niekompletność właśnie chodzi – nie potrzeba pełnych danych o chorobie, aby zbliżyć się do człowieka i zrozumieć jego historię.

Fabuła i scenariusz choroby

Jeśli chce się zrekonstruować jeden scenariusz choroby, należy liczyć się z tym, że w zasięgu możliwości będzie jedynie stworzenie pewnego modelu. Każde doświadczenie choroby jest inne i różne schorzenia mają swój specyficzny

³⁸ Tamże, s. 98-99.

przebieg. Choroba nie jest zjawiskiem jednorodnym³⁹. W analizie tekstów, w których czyjeś doświadczenie choroby znajduje swoją reprezentację, należy uwzględnić specyfikę danej choroby, a próbując ująć to zjawisko szerzej, trzeba przyjąć choćby ogólne rozróżnienie, np. chorób uleczalnych i przewlekłych, których nie można wyleczyć. W chorobach uleczalnych scenariusz wydaje się najprostszy: pojawia się choroba (ma wyraźną przyczynę), lekarz leczy, pacjent chce wyzdrowieć i stosuje leczenie, które przywraca mu zdrowie. W chorobach przewlekłych, nieuleczalnych, z którymi człowiek musi radzić sobie do końca życia⁴⁰, jest inaczej – celem dla chorego staje się możliwe normalne życie z chorobą, kontrolowanie jej, łagodzenie objawów itd.

Mimo świadomości nieuniknionych uproszczeń zaryzykuję stwierdzenie, że w typowym, wyidealizowanym scenariuszu chorowania role uczestników i ich motywacje są następujące: lekarz jako przedstawiciel medycyny chce chorego wyleczyć (przywrócić stan sprzed choroby) albo poprawić jakość jego życia, a chory chce wyzdrowieć (wrócić do stanu zdrowia, równowagi sprzed choroby) albo opanować chorobę na tyle, żeby dało się z nią żyć. Poddaje się więc leczeniu, przychodzi na wizyty kontrolne i cieszy się z dobrych wyników badań. Zapewne większość lekarzy w kontakcie z pacjentem przyjmuje za punkt wyjścia taki właśnie scenariusz. Jest on bowiem spójny z wizją medycyny jako dziedziny nastawionej na ratowanie życia – najwyższej wartości. Tymczasem może się okazać, że pacjent (z różnych względów) ma w głowie inny scenariusz swojej choroby. Nie da się go wyczytać z wyników badań, można do niego dotrzeć tylko poprzez uważne słuchanie.

Opowiadanie Munro jest przykładem tekstu literackiego, na którym można wyobrazeniowo przećwiczyć i spróbować zrozumieć sytuację, kiedy pacjent wyłamuje się ze schematu, ma inne wyobrażenie siebie w chorobie, niż zakłada lekarz i społeczność zewnętrznych obserwatorów⁴¹. W tym wypadku

39 Chociaż rzeczownik „choroba” i inne systemowe wyrażenia w języku polskim (takie jak: chorować, zachorować, rozchorować się, chory, chorujący, schorowany) mogą sugerować, że jest takie uogólnione zjawisko, któremu odpowiada pojęcie „choroba”.

40 Od strony psychologicznej zagadnienie przystosowania się chorego do bycia z chorobą przewlekłą przedstawia Joanna Miniszewska, por. teź *Bycie z chorobą. Przystosowanie do wybranych przewlekłych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych*, Wydawnictwo UŁ, Łódź 2019. Zawarte w tytule książkę wyrażenie „bycie z chorobą” uważam za szczególnie ważne, wnosi ono nowe treści, nową jakość do mówienia o chorobie, zwłaszcza o relacji człowieka ze stanem długotrwałej utraty zdrowia.

41 Kontekstem, w którym warto rozważyć ten aspekt opowiadania (postawy trzech osób wobec choroby Jinny: lekarza, Neala oraz jej samej), jest choroba w socjologicznej teorii funkcjonalnej

bohaterka nie jest typową pacjentką, która chce się wyleczyć. I co ważne, nie zostało to powiedziane wprost, do tego wniosku trzeba dojść poprzez interpretację tekstu, wczytanie się w sens pojedynczych słów. Podobnie wygląda to w praktyce klinicznej: nie można założyć, że pacjent powie wprost, co myśli o danym etapie chorowania, ale może zachować się w określony sposób, wypowiedzieć słowa, które lekarza powinny zastanowić, naprowadzić na trop, że coś jest nie do końca tak, jak zakłada sytuacja modelowa.

W opowiadaniu Munro na szczególną uwagę zasługuje wypowiedź lekarza prowadzącego, w której dochodzi do głosu medyczny ogląd choroby. Wypowiedź ta została przytoczona we fragmentach w różnych miejscach w tekście. Pierwsza wzmianka o wizycie u onkologa i pierwsze wypowiedziane przez niego zdania (w mowie niezależnej) pojawiają się już na trzeciej stronie, dalsze części – dopiero pod koniec. Lekarz jest zachwycony wynikami badań, ma poczucie sukcesu, dobrze wykonanego zadania (realizuje założony z góry domyślny scenariusz wyleczenia pacjentki). Trochę nie dowierza rezultatom kontroli, stara się panować nad emocjami i zachować dystans profesjonalisty, zabezpiecza się asekuracyjnymi zwrotami:

Nie możemy jeszcze sobie pozwolić na nadmierny optymizm. Ale wygląda na to, że otrzymaliśmy dosyć nieoczekiwane wyniki.

Wygląda na to, że guz znacznie się zmniejszył. Na co liczyliśmy, oczywiście, ale mówiąc szczerze, nie mieliśmy wielkiej nadziei. Nie chcę przez to powiedzieć, że bitwa jest wygrana, tylko że to bardzo dobry znak.

[...] Nie wiemy, czy nie będzie kolejnych problemów w przyszłości, ale w tej sytuacji uzasadniony jest ostrożny optymizm.⁴²

Reakcja bohaterki na tę obiektywnie dobrą wiadomość jest zaskakująca. Nie cieszy się z wyników, wręcz przeciwnie – informacja o tym, że leczenie jest skuteczne, że guz się zmniejsza, niszczy jej małą stabilizację, zaburza ułożony w głowie plan:

Talcotta Parsonsa. Zgodnie z jej założeniami choroba jest zjawiskiem niepożądanym społeczeństwa (dewiacyjnym), gdyż zakłóca funkcjonowanie społeczeństwa jako systemu. Według Parsonsa bycie chorym sprowadza się do zinstytucjonalizowanej roli społecznej, wobec której społeczeństwo ma określone wymogi i oczekiwania, m.in. takie, że chory będzie chciał wyzdrowieć (wyjść ze stanu choroby), będzie szukał fachowej pomocy i podporządkowywał się jej w ramach instytucji medycznych i na czas zdrowienia przyjmie rolę chorego, stanie się pacjentem. Por. T. Parsonsa *Szkice z teorii socjologicznej*, przeł. A. Bentkowska, PWN, Warszawa 1972).

42 A. Munro *Wiszący most*, s. 106-107.

Ostatnio źle znosiła zmiany scenerii, wołała, żeby wszystko było znajome i stałe. To samo odnosiło się do nowych wiadomości. [...]

To, co usłyszała, tylko wszystko utrudniło. Musiała teraz wrócić do punktu wyjścia i zacząć ten rok od nowa. Pewien minimalny obszar wolności, który dotąd ją otaczał, zniknął. Zniknęła otepiająca, ochronna membrana – której istnienia nawet nie podejrzewała – zostawiając ją bez żadnej ochrony przed bólem.⁴³

Ten wątek opowiadania pozwala uzmysłwić uczestnikom warsztatów analizującym tekst, że choroba, na której skupia się lekarz, jest częścią życia pacjenta, składową większej całości i podlega oddziaływaniu rozmaitych czynników. Każdy z tych czynników może wywrócić do góry nogami założony z góry schemat choroby i leczenia.

W rozmowie z Jinny lekarz delikatnie sygnalizuje, że dobre wyniki mogą być prognozą „wygranej bitwy”. Wprowadza tym samym leksykalne sygnały metaforyki militarnej, mocno skonwencjonalizowanej w medycynie. W niej osadza swoje stanowisko: przekazuje bohaterce interpretację danych klinicznych i plany dalszego leczenia, buduje swoją opowieść o chorobie, w której on i chora mają przypisane role aktywnych uczestników starcia z nowotworem⁴⁴. Tymczasem w odczuciu Jinny perspektywa wyzdrowienia oznacza utratę choroby, która zaprowadziła w jej życiu pewien porządek, wyznaczyła bohaterce rolę „obłożnie chorej”⁴⁵ i otoczyła ją „otępiającą, ochronną membraną”, osłaniającą przed doświadczeniami osobistymi, z którymi nie potrafiła sobie poradzić. Niekonwencjonalne ujęcie choroby jako membrany, warstwy izolującej psychikę bohaterki, przyciąga uwagę i jest istotne dla zrozumienia jej postawy. Te fragmenty opowiadania mogą być na warsztatach pretekstem do rozmowy na temat

43 Tamże, s. 80 i 107.

44 Metafora wojskowa pojawiła się w medycynie pod koniec XIX wieku wraz z odkryciami „nie-widzialnych wrogów” – bakterii wywołujących śmiertelne zakażenia pooperacyjne i choroby; zob. S. Sontag *Choroba jako metafora*, przeł. J. Anders, Kraków 2016, s. 66-67; por. też J. Thorwald *Stulecie chirurgów*, przeł. K. Bunsch, Znak, Kraków 2019. Z czasem myślenie o klinicznym rozwoju choroby w kategoriach wojny rozszerzyło się na stosunek człowieka (i całego społeczeństwa) do chorób, które trzeba pokonać, wyznaczyło misję medycyny, uzasadniło i usprawiedliwiło działania podejmowane przez naukowców i klinicyстів. Por. J. Domaradzki *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz – pacjent*, „Kultura i Edukacja” 2015 nr 3 (109), s. 27-46; M. Okupnik *W niewoli ciała*, s. 172-179.

45 A. Munro *Wiszący most*, s. 82.

metafory – jej roli w tekście i w medycynie, szczególnie w budowaniu relacji z pacjentem⁴⁶.

Przejmując sformułowanie z artystycznego manifestu Wallace’a Stevensa, Charon nazywa metaforę i inne formy języka figuratywnego „niezbędnymi aniołami”, bez których realizacja celów medycyny narracyjnej nie byłaby możliwa⁴⁷. Dodaje, że nieobeznani z metaforą odbiorcy tekstów (czytelnicy i słuchacze) mogą wyczytać i wysłyszeć tylko połowę tego, co się im przekazuje. Zyskanie świadomości metafory – przekonuje Charon – wyposaża człowieka w szczególną wrażliwość i otwartość na słowa i relacje, które tworzą, pozwala wyjść poza utarte ścieżki myślenia, a także bronić się przed manipulacją i dominacją. Dzięki takiemu obeznaniu lekarz może więcej wydobyć z opowieści pacjenta, może być elastyczny i gotowy na „metaforyczne przeramowanie” doświadczenia relacji z pacjentem i jego chorobą (osadzenie siebie w innej roli) w zależności od potrzeby komunikacyjnej (np. kiedy pacjent sam proponuje określony model pojmowania choroby jako maratonu, wspinaczki, projektu do zrealizowania czy chwastu do wyrwania)⁴⁸.



Mam świadomość, że w niniejszym opracowaniu zaledwie otarłam się o analizę opowiadania, nie mówiąc już o jego interpretacji. Zagadnień do omówienia, warstw do odkrycia pozostaje jeszcze wiele. Ale to dobrze. Nawiązując do ostatniego etapu ćwiczenia uważnego czytania w ujęciu Charon, mogę powiedzieć, że pozostawiam odbiorców i siebie w stanie „niezaspokojonego

46 Teoretyczną obudową rozważań Rity Charon na temat metafory są wypowiedzi pisarzy i badaczy literatury (m.in. Wallace’a Stevensa, Walkera Percy’ego, Williama Empsona), którzy akcentują szczególną rolę języka figuratywnego, mówienia nie wprost (poprzez metaforę, metoniamię, tropy stylistyczne czy figury retoryczne) w przekazywaniu przez ludzi myśli i doznań nie tylko w kontekście literackim, lecz także w codziennych kontaktach, w naszym byciu w świecie; por. R. Charon et al. *The principles and practice*, s. 202. Charon wspomina także o zwrocie kognitywnym, jaki dokonał się w II połowie XX wieku i otworzył lingwistyczną i psychologiczną refleksję nad metaforą w codziennym życiu, ujmując ją nie jako zjawisko tekstowe, literackie, lecz jako jeden z podstawowych procesów poznawczych, dzięki którym człowiek buduje swój system pojęciowy i przyswaja nowe obszary doświadczeń; por. tamże, s. 207.

47 Tamże, s. 202.

48 Piszą o tym Gary Reisfield i Goerge Wilson w artykule *Use of metaphor in the discourse on cancer*, „Journal of Clinical Oncology” 2004 no. 22(19), s. 4024-4027. Por. także opracowania lingwistyczne na ten temat, m.in. E. Semino i in. *Metaphor, cancer and the end of life. A corpus-based study*, Routledge, New York, London, 2018.

pragnienia”. Zależało mi przede wszystkim na tym, aby pokazać punkty, w których umiejętności badania tekstu (zwłaszcza literackiego) najsilniej przekładają się na realne sytuacje medyczne.

Mam nadzieję, że artykuł przybliży koncepcję medycyny narracyjnej polskim czytelnikom – nie tylko humanistom, którzy przyjmują ją z otwartością⁴⁹, lecz także przedstawicielom środowiska medycznego, dla których koncepcja Charon wciąż ma niezbyt wyraźny wymiar praktyczny. W to, że refleksja nad literaturą i językiem zagości na polskich uczelniach medycznych na stałe (w postaci medycyny narracyjnej lub innej), wciąż wierzę.

Abstract

Marta Chojnacka-Kuraś

UNIVERSITY OF WARSAW

*The Goals and Methods of Fostering Narrative Competence According to Rita Charon
(Based on the Example of Alice Munro’s “Floating Bridge”)*

This article presents Rita Charon’s concept of narrative medicine from a technical point of view. Charon’s training method aims to enhance medical professionals’ sensitivity through close readings of literary texts and to allow doctors and nurses to apply their narrative competence in their medical practice, in their relationship with patients who tell them about their experience of the illness. Using Alice Munro’s short-story “Floating Bridge” as an example, Chojnacka-Kuraś describes the characteristics of the narrative, the temporality and the plot (including the way in which the atypical scenario of the illness is presented) as well as the transposition of selected analytical steps onto concrete clinical situations.

Keywords

narrative medicine, narrative competence, Rita Charon, Alice Munro, close reading, illness

49 Przykładem jest najnowsza książka Aleksandra Woźnego, w której refleksje m.in. nad „scenariuszem kulturowego suflera” autor łączy z kliniczno-literackimi dokonaniem Olivera Sacksa, Andrzeja Szczeklika i właśnie Rity Charon; zob. A. Woźny *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej*, Wydawnictwo UW, Wrocław 2020.