

Klaudia Muca 

TEKST JAKO TERAPIA. HUMANISTYKA MEDYCZNA I BADANIA NAD REPREZENTACJAMI DOŚWIADCZEŃ WE WSPÓŁCZESNEJ POLSKIEJ KULTURZE LITERACKIEJ (WSTĘPNE ROZPOZNANIE INTERDYSCYPLINARNEGO POLA BADAŃ)

SŁOWA KLUCZOWE

tekst jako terapia; interakcje interdyscyplinarne; humanistyka medyczna; kultura literacka; autobiografia; wykluczenie hermeneutyczne

Współczesne nurty krytyczne w badaniach humanistycznych – takie jak np. studia nad doświadczeniami mniejszości¹ czy studia genderowe – kładą nacisk na zmianę dyskursywnego urządzenia różnych sfer życia poprzez wprowadzenie obecności jednostki, grupy, rzeczy, istoty lub doświadczenia do przestrzeni publicznej.

Klaudia Muca – mgr, Katedra Antropologii Literatury i Badań Kulturowych, Wydział Polonistyki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, ul. Gołębia 16, 31-007 Kraków; e-mail: klaudia.muca23@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5833-0334>.

¹ Przywołana dziedzina badań obejmuje wiele nurtów refleksji humanistycznej, które łączą pojęcie mniejszości lub „mniejszościowości” (z ang. *minor*, np. *minor literatures*). Mniejszość może w tym kontekście oznaczać zarówno mniejszość narodową, jak i doświadczenie mniejszościowe, czyli takie, które staje się udziałem jakiejś grupy osób i podlega konfrontacji z jakąś większością – dla przykładu, działalność osób Głuchych na rzecz upowszechnienia tłumaczeń na Polski Język Migowy informacji o aktualnych wydarzeniach, którymi żyje Polska w obliczu pandemii i wyborów prezydenckich zaplanowanych na 10 maja 2020 r. W tym konkretnym przypadku osoby Głuche i ich sojusznicy są w mniejszości i konfrontują swoje żądanie z większością, która zdaje się nie zauważać problemu z dostępem do przekazu nieaudialnego. Studia nad doświadczeniami mniejszości (*minority studies*) kumulują w sobie perspektywy takich dziedzin jak np. badania nad zagrożonymi językami i językami mniejszości, studia queerowe i *crip studies*, a także badania nad narracjami literackimi dotyczącymi tzw. doświadczeń granicznych. W niniejszym artykule określenie „studia nad doświadczeniami mniejszości” jest peryfrazą tych wszystkich wskazanych perspektyw.

Punktem wyjścia tego działania jest rozpoznanie jakiegoś braku (np. braku obecności w sferze publicznej albo braku głosu) przekształcające się w praktykę zapelniania go narracją, performatywnym pokazem, autobiograficznym manifestem, obrazem lub inną formą prezentacji własnego lub cudzego doświadczenia. W niniejszym artykule będą mnie interesowały badania nad tekstowymi reprezentacjami doświadczenia braku zdrowia i sprawności jako faktami współczesnej kultury literackiej w kontekście rozwijającej się w Polsce humanistyki medycznej oraz dobrze ugruntowanego w kraju dyskursu dotyczącego reprezentacji chorób w tekstach kultury (dyskursu maładycznego) i rozwijającego się dynamicznie dyskursu na temat niepełnosprawności. Wszystkie wymienione dyskursy łączą dowartościowanie i podkreślenie obecności jednostki przeżywającej i przenoszącej do tekstu doświadczenie braku, utraty zdrowia lub sprawności, opowiadającej o procesie zdrowienia i przyznającej się do trudności opiekowania się sobą². Ważnym elementem artykułu stanie się również to, co w tych narracjach oraz w dyskursach, które starają się je obejmować, jest lub było nieobecne (przemilczane, usunięte, okaleczone).

W przeprowadzonej w tym tekście analizie reprezentacji choroby i niepełnosprawności jako elementu współczesnej kultury literackiej w Polsce często korzystam z opracowanej na własny użytek kategorii analitycznej „doświadczenia braku”. Geneza tej kategorii wiąże się z okresem pracy nad narracjami o afazji i towarzyszy mi jako ważny punkt odniesienia dla krytycznego namysłu nad przedmiotami i strategiami przedstawień. Afazja jest doświadczeniem braku z uwagi na to, że idzie z nią w parze m.in. utrata (czasowa lub trwała) zdolności posługiwania się językiem. Brak w tym kontekście synonimicznie określa więc skutki afazji, jest kategorią, która wskazuje na moment krytyczny w doświadczeniu, domagający się jakiejś formy interwencji, uleczenia, opracowania czy oswojenia. W takim właśnie momencie zjawia się tekst, oferując swoje funkcje naprawcze, terapeutyczne, emancypacyjne i stając się materialnym śladem procesu zapelniania braku sensem.

Uzupełnieniem przedstawionego wyżej rozumienia braku jako doświadczenia zadanego, tzn. skłaniającego do narracyjnego opracowania, jest rozumienie skrajnie dosłowne, które mogłoby się streszczać w następujących równaniach: afazja równa się utrata języka, choroba równa się brak zdrowia, niepełnosprawność równa się brak sprawności. Używam kategorii „doświadczenia braku” w kontekście choroby i niepełnosprawności i staram się przejąć i krytycznie przewartościować negatywne konotacje związane z brakiem, kładąc większy nacisk na narrację i rozpoznanie jej funkcji w kontekście doświadczenia konfrontacji

² Etymologia słowa „terapia” (gr. *therapeuin*) prowadzi nas ku opiece jako jednemu z jego odcieni znaczeniowych.

z konkretną, legitymizowaną przez większość „normą” – bo właśnie w odniesieniu do „normy” brak identyfikowany jest jako doświadczenie negatywne. Celem tego rodzaju krytycznego przejęcia jest odtworzenie i opisanie narracyjnego działania, które niweluje normatywizujące dyskursy o tzw. normie i jej braku, dowartościowując teksty stanowiące reprezentację jednostkowego doświadczenia. Tego rodzaju teksty są świadectwem możliwości opracowania trudnego doświadczenia, demonstracją siły w obliczu fizycznego ograniczenia oraz elementem wspólnotowego dziedzictwa ze względu na to, że zostały opublikowane i funkcjonują jako jeden z głosów publicznych na temat doświadczenia choroby lub niepełnosprawności.

Tekst jako forma uobecnienia doświadczenia nadal stanowi jedną z najpopularniejszych form ekspresji, medium narracji obejmującej różne wątki życiowe, tożsamościowe lub związane z relacjami z innymi ludźmi – najczęściej tymi, którzy mają lub mogą mieć podobne doświadczenia. Mimo wielokrotnie powtarzanych diagnoz dotyczących kryzysu przedstawienia lub kryzysu piśmienności³, tekst (językowe przedstawienie doświadczenia) pozostaje najbardziej podręcznym i najpowszechniejszym medium, służącym wyrażaniu doświadczeń indywidualnych i społeczno-kulturowych.

Większość współczesnych narracji o chorobie, niepełnosprawności czy tożsamości okaleczonej np. w wyniku afazji ma charakter autobiograficzny, co stanowi bardzo istotny, lecz jednocześnie powszechnie znany fakt kultury literackiej⁴. Fikcja w tego typu pisarstwie jest rzadziej wykorzystywanym trybem opowieści. Obecność fikcji w narracji o doświadczeniu braku przypomina nieco funkcję leku placebo, który oddziałuje na przyjmującego lek, ale nie leczy; może pomagać usuwać rany symboliczne, obecne w świadomości jednostki, ale nie rany cielesne; może reprezentować kierunek zmian lub leczenia, ale nie zastępuje go. Innymi słowy, fikcja może zostać uznana za opowieść, która oddala od doświadczenia, przez co jej potencjał emancypacyjny może okazać się mniejszy niż w przypadku narracji autobiograficznej. Zaprezentowany tutaj tok myślenia prowadzi, po pierwsze, do wstępnego uzasadnienia dominacji narracji autobiograficznej nad

³ Pojęcie kryzysu piśmienności odnosi się do różnych aktywności i kompetencji kulturowych opartych na tekście, które stopniowo zanikają lub zmieniają swój charakter (por. Nycz 2017: 53–54).

⁴ Przedstawione wstępne rozpoznanie opieram na własnych obserwacjach i podstawowej literaturze przedmiotu, wskazanej w artykule, uwzględniając również nie-literackie zjawisko odnoszące się do kultury literackiej – mowa o książkach naukowych, które dotyczą narracji o chorobie lub niepełnosprawności i których autorzy czynią punktem wyjścia (albo inspiracją do badań) własne doświadczenie choroby albo niepełnosprawności. Przykładem tego rodzaju zjawisk są książki *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics* (2013) Arthura W. Franka czy *The Minority Body. A Theory of Disability* (2016) Elizabeth Barnes.

fikcjonalną w polu kultury literackiej; po drugie, do uznania funkcji terapeutycznej relacji o sobie, legitymizowanej przez posiadanie opisywanego doświadczenia. Oba uzyskane w ten sposób tropy interpretacyjne należy raz jeszcze podjąć, zwracając szczególną uwagę na drugi z nich: na ograniczenia interpretacyjne, jakie wnosi dość powszechne przekonanie, że tekst służy autoterapii, koniecznej w momencie przeżywania choroby lub braku spowodowanego np. niepełnosprawnością fizyczną i uczuciami wynikającymi z konfrontacji z jej społecznym postrzeganiem.

Kolejnym istotnym faktem kultury literackiej, analizowanej przez pryzmat braku, defektu czy deficytu, oraz elementem tekstowych reprezentacji jednostkowych doświadczeń związanych z chorowaniem lub niepełnosprawnością⁵ jest wyraźna sprzeczność między przekonaniem o niewyrażalności trudnych doświadczeń a ilością powstających narracji o śmiertelnych chorobach, niepełnosprawności znacznie utrudniającej funkcjonowanie, utracie ciągłości życia w przypadku afazji czy stopniowej utracie tożsamości w wyniku chorób pamięci. Na tę sprzeczność zwrócił ostatnio uwagę Jacek Leociak w książce o doświadczeniach granicznych, gdzie stwierdził m.in., że

badanie różnych form reprezentacji doświadczeń granicznych wskazuje, iż koncepcja fundamentalnej niewyrażalności – szczególnie doświadczenia Holocaustu – nie znajduje potwierdzenia na gruncie ani empirycznym, ani analitycznym (Leociak 2018: 9).

Jego stwierdzenie przedstawiane jest w książce jako hipoteza dotycząca głównie doświadczenia Zagłady i w odniesieniu do niego empirycznie weryfikowalna. Wydaje się ona jednak bardzo adekwatna także w kontekście narracji o chorobach i braku sprawności, o jednostkowych doświadczeniach, o których reprezentacji myśli się niekiedy jako o przekazie idiomatycznym, zakodowanym i możliwym do odcodowania tylko przez ludzi o podobnych doświadczeniach lub żyjących w bliskiej obecności osób przeżywających to doświadczenie.

Wstępnie rekonstruuując pewien zasób wyobrażeń i dyskursywnych przekonań o opisywaniu trudnych doświadczeń, chciałabym zwrócić uwagę na przewagę narracji autobiograficznych nad fabularnymi lub fabularyzowanymi we współczesnej kulturze literackiej. Autobiografia dla podmiotów w chorobie i podmiotów zdrowiejących stanowi niejako podstawowe medium ekspresji, niekiedy formę terapii zaleconą np. przez psychologa, niekiedy narzędzie odtwarzania utraconej tożsamości (przypadki afatyków i ich narracji lub osób piszących o zagrożeniu

⁵ W przedstawionej w tym tekście analizie biorę pod uwagę zarówno narracje o chorobach, jak i narracje o niepełnosprawności, powtarzając do pewnego stopnia hermeneutyczny gest Thomasa G. Cousera, który w książce *Recovering Bodies: Illness, Disability, and Life Writing* uwzględnił obie te formy narracji w kontekście badań nad życiopisaniem.

utrata pamięci). Z kolei dla badaczy autobiografia pozostaje jednym z najbardziej problematycznych i tajemniczych gatunków piśmiennictwa. Jest gatunkiem dyskursywnie ustanowionym poza sferą fikcji, nieustannie jednak zagrożonym jej ingerencją, jak wielokrotnie w swojej praktyce literackiej pokazywał Philip Roth, którego nie sposób nie przywołać w kontekście problematyki życiopisania i fikcji i nie uczynić w tym kontekście figurą krytycznej świadomości teoretycznoliterackiej, wymuszającej na badaczu tekstu zachowanie badawczego dystansu wobec cudzej narracji o życiu. Z tym zagrożeniem właśnie wiąże się problematyczność pisania o sobie w chorobie lub stanie niepełnosprawności. Współczesna świadomość teoretyczna każe badaczom dość ostrożnie podchodzić do utożsamienia podmiotu tekstu z autorem empirycznym oraz opisywanego doświadczenia z doświadczeniem faktycznym. W tej świadomości występuje więc pewnego rodzaju pęknięcie, pogłębiające rozdzźwięk między świadomością teoretyczną a doświadczeniem egzystencjalnym, sublimowane w postaci schematów interpretacyjnych, które odsuwają ten problem na dalszy plan⁶.

Innym ważnym zagadnieniem będzie kwestia władzy nad narracjami o życiu, przynależąca podmiotowi, który pisze o własnym doświadczeniu, ustanawiając dyskursywnie samego siebie jako eksperta od doświadczenia. Autobiografia jest więc formą emancypacji i jako taka jest wiązana w badaniach naukowych z jednej strony z rozwojem ruchów społecznych na rzecz zmarginalizowanych grup i doświadczeń, z drugiej – z rozwojem społeczeństw demokratycznych, w których każdy może stworzyć autobiografię, bo rzekomo każdy ma równy dostęp do prawa głosu (Couser 1997: 4). „Autobiografia to najbardziej demokratyczna prowincja republiki literackiej” – pisała na początku XX w. William Dean Howells (cyt. za Couser 1997: 4; tłum. własne – KM). „Demokratyczność” autobiografii wiązałaby się z aksjomatem „oddania głosu” tym, którzy byli pozbawieni prawa do wypowiedzania się we własnym imieniu (nie mieli władzy nad narracją o własnym życiu). W polu współczesnej polskiej kultury literackiej daje się zauważyć jednak, jak złudne jest przekonanie o równym dostępie do prawa tworzenia (tekstowej) autobiografii. Przykładem potwierdzającym to rozpoznanie staje się słaba obecność reprezentacji doświadczenia osób Głuchych, relacji czy utworów pisanych przez osoby niesłyszące (posiadaczy doświadczenia, ekspertów od doświadczenia). Najistotniejszą przeszkodą w tym kontekście może wydawać się język. Polski Język Migowy jest bowiem językiem obcym dla większości słyszących Polaków, a język polski – językiem obcym dla większości niesłyszących. Ten oczywisty fakt odrębności systemów semiotycznych, jakimi posługują się niesłyszący i słyszący będący obywatelami tego samego państwa, nie

⁶ Powracam do tego problemu w dalszej części tekstu, w podrozdziale zatytułowanym *Ku krytycznej rewizji paradygmatu interpretacyjnego „tekst jako terapia (siebie)”*.

stanowi przeszkody w dostępie. Faktyczną przeszkodą jest brak praktyk symbolicznych (np. przekładów z polskiego na PJM) oraz skutecznych praktyk prawno-administracyjnych⁷, które zapobiegałyby nierównemu dostępowi do kultury literackiej i upowszechniały krytyczne myślenie o praktykach ograniczających prawo do mówienia we własnym imieniu, do pisania autobiografii.

Pisanie o chorobie, braku zdrowia lub braku sprawności stanowi istotny element kultury literackiej, warto jednak zastanowić się nad miejscem tego rodzaju piśmiennictwa w polu współczesnej polskiej kultury literackiej. O tej ostatniej chciałabym myśleć jako o sferze (symbolicznym miejscu) dynamicznych interakcji sił autonomizujących i heteronomizujących (sił o przeciwnych wektorach) w polu literackim. Myślenie o kulturze literackiej w sposób przestrzenny jest mi bliskie, dlatego tak istotnym przypisem do przedstawionego wyżej komentarza dotyczącego statusu autobiografii wydaje mi się dookreślenie jej „prowincjonalności” przez Howellsa. Współcześnie patronem tego sposobu myślenia jest oczywiście Pierre Bourdieu. Pisanie o doświadczeniu choroby i niepełnosprawności nadal pozostaje w sferze mniejszościowej, na prowincji pola literackiego. Autobiografia zaczęła przesuwać się bliżej centrum polskiego pola literackiego na fali wzrostu popularności literatury niefikcyjnej, głównie reportażu, mniej więcej na przełomie lat 80. i 90. XX wieku. Wciąż jest jednak „prowincjonalnym” gatunkiem piśmiennictwa, mimo znacznego potencjału emancypacyjnego.

Jakkolwiek rozpoznanie przyczyn tego stanu rzeczy oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy przesunięcie się autobiografii do centrum współczesnego pola literackiego sprawi, że emancypacyjny potencjał pisania o trudnych doświadczeniach będzie mógł w pełni zaistnieć i pozytywnie wpłynąć na sposoby myślenia o chorobie lub niepełnosprawności, nie jest przedmiotem tego tekstu, chciałabym raz jeszcze przywołać i podkreślić pewne fakty kultury literackiej, które być może pomogą na te pytania w przyszłości odpowiedzieć. Pisanie o własnym doświadczeniu choroby i/lub doświadczeniu niepełnosprawności bywa często traktowane jako dowód odzyskiwania kontroli nad własnym życiem, a właściwie nad narracją na jego temat. To pisanie w kontekście współczesnej polityki tożsamości, kładącej nacisk na udostępnianie różnych form narracji o grupach mniejszościowych, zmarginalizowanych lub wykluczonych, jest formą podmiotowej emancypacji, wpisującej się w i potwierdzającej kulturowy paradygmat „oddawania” czy „przywracania głosu”. Współczesna kultura literacka dowartościowuje opowieść o doświadczeniu pisaną przez osobę, która to doświadczenie posiada; autorytet narracyjny budowany jest na podstawie doświadczenia. W procesie dyskursyw-

⁷ Obowiązek udostępniania dziedzictwa kulturowego wynika z Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych z 2006 r., ratyfikowanej w Polsce na początku 2007 r.

nym, który zachodzi w polu narracji niefikcyjnych, w tym w subpolu autobiograficznych narracji o chorobie i niepełnosprawności, uobecnienie doświadczenia w tekście staje się warunkiem emancypacji, manifestem władzy nad narracją o życiu i doświadczeniu osób chorych i osób z niepełnosprawnościami. Badania nad tymi narracjami nie podejmują jednak tego emancypacyjnego tropu, skupiając się na ścisłym powiązaniu narracji z podmiotem i jego tożsamością, ulegającą zmianom pod wpływem choroby lub przeżywania niepełnosprawności⁸. Emancypacyjne przesunięcia w polu kultury literackiej możliwe są więc pod warunkiem zmiany badawczo-interpretacyjnych paradygmatów, które są nieustannie weryfikowane przez współczesne krytyczno-emancypacyjne nurty badań.

Ku krytycznej rewizji paradygmatu interpretacyjnego „tekst jako terapia (siebie)”

Aktywności związane z tekstem, takie jak pisanie lub czytanie, są wykorzystywane bardzo często jako element terapii w trudnych sytuacjach egzystencjalnych. Tworzenie tekstu lub odtwarzanie go w czytaniu spełnia kilka istotnych funkcji: po pierwsze, funkcję fizjoterapeutyczną (np. terapia ręki poprzez pisanie przy doznanych paraliżu); po drugie, funkcję psychoterapeutyczną (np. pisanie ekspresywne, które prowadzi m.in. do przedstawienia, oswojenia i w konsekwencji wyzbycia się traum lub traumatyzujących doświadczeń); po trzecie, funkcję terapii tożsamościowej, pozwalającej połączyć przerwane wątki narracji o sobie np. w doświadczeniu afazji; po czwarte, funkcję memoterapii w przypadku schorzeń, które prowadzą do zaniku i ostatecznie utraty pamięci; po piątę, dość specjalistyczną funkcję zapobiegania hermeneutycznemu wykluczeniu poprzez przystąpienie do wspólnoty piszących. Bardziej szczegółowy opis tej ostatniej funkcji pojawi się nieco później w tym rozdziale, warto jednak już na wstępie zauważyć problem z nią związany. Chodzi o nieujmowanie w dyskursie o chorobie lub trudnym doświadczeniu aspektu wspólnotowego pisania o doświadczeniu jako aktywności poznawczej (choć zazwyczaj realizującej się w odosobnieniu, w znanej i oswojonej przestrzeni prywatnej), która tworzy pewien narracyjny zbiór punktów odniesienia dla chorujących lub doświadczających niepełnosprawności. Ten temat rzadko pojawia się w dyskursie maladycznym. W humanistyce medycznej z kolei rzadko mówi się i pisze o tekście jako o przestrzeni twórczej

⁸ Przykładem pozycji, która ulega tego rodzaju zafiksowaniu, jest książka Moniki Ładoń *Choroba jako literatura. Studia maladyczne* (2019). Pragnę jednak podkreślić, że tendencji do skupiania się na podmiocie i tożsamości w analizie narracji o chorobie nie uważam za negatywne zjawisko. W przedstawionym w artykule rozpoznaniu chodzi po prostu o wskazanie pewnej tendencji i próbę pokazania dróg, jakie mogłyby doprowadzić do rozszerzenia przyjętej perspektywy i jej integracji z różnymi projektami emancypacji trudnych doświadczeń.

(radycznie poetycznej), a nie tylko przestrzeni opiekowania się sobą i swoim doświadczeniem. Wszystkie zasygnalizowane w tym akapicie wątki uobecniają się i krytycznie konfrontują poniżej.

Przy wymienionych funkcjach pisania i czytania tekstu pojawiły się przykłady działań realizujących każdą z nich. Na kilka chciałabym zwrócić szczególną uwagę, analizując jednocześnie status tekstowego medium w tych działaniach.

Pisanie, czyli tworzenie tekstu, często wykorzystywane bywa jako ćwiczenie wspierające rękę i jej powrót do sprawności po paraliżu lub udarze. Taka forma fizjoterapii jest „pisanem dla pisania” – nie chodzi w nim (bądź nie zawsze chodzi) o stworzenie sensownego tekstu, który udokumentuje powrót do sprawności. Ten rodzaj pisania można więc określić jako czysty akt twórczy, polegający na powoływaniu z niczego (niesprawność ręki i niemożność pisania) formy tekstowej, która wprawdzie jest, ale niczego jeszcze nie oznacza – musi się pojawić ktoś, kto temu działaniu nada nazwę, określi jego funkcję i stworzy narrację o sensowności tego, co powstało.

Czystość owego gestu ćwiczenia ręki jako gestu twórczego stanowi oczywiście pewną hiperbolę. Znane są jednak narracje pisarzy o pierwszym etapie powracania do zdrowia po udarze, gdy należało uruchomić niesprawną rękę, co prowadziło do uruchomienia pracy pamięci i do odpomnienia w tworzeniu tego, co zostało utracone w wyniku udaru i afazji. Jedną z najbardziej modelowych narracji w tym kontekście jest *Baltazar. Autobiografia* Sławomira Mrożka – „dziennik powrotu” z afazji do siebie samego i własnego życia, dziennik stawiania się na nowo pisarzem, Sławomirem Mrożkiem. Po udarze Mroźek czasowo utracił umiejętność posługiwania się językiem, a także sprawność ruchową umożliwiającą np. korzystanie z maszyny do pisania (Mroźek 2006: 245). Ważnym elementem terapii po udarze miało być pisanie nowej książki. Momenty przed udarem i po udarze łączy istotny wątek – wątek pisania. Mroźek 15 maja 2002 r. tuż przed doznaniem udaru pisał, choć nie pamiętał co (Mroźek: 242). Ta aktywność przed zdarzeniem z 15 maja, które pisarz nazywał katastrofą, stanowiła jego zawód, po 15 maja pisanie stało się terapią ręki, a następnie terapią pamięci. Ta podstawowa zmiana w życiu twórcy uczyniła pisanie pracą nad odtwarzaniem swojej własnej tożsamości i doprowadziła ostatecznie do konstatacji, że ta praca nie prowadzi do odtworzenia – Mroźek sprzed udaru nie uobecnił się ponownie poprzez narracyjne przypomnienie. „Katastrofa” wymusiła na pisarzu podjęcie działania poetycznego, czyli takiego, które ma powoływać z niczego, naśladując boski gest tworzenia świata. Świat ma zostać stworzony dla samego siebie, jednak pojawiające się rezultaty tego procesu tworzenia – np. *Baltazar* – mają przysłużyć się innym osobom żyjącym z afazją. Zdaniem Antoniego Libery – autora wstępu do *Baltazara* – Mroźek nie stworzył narracji na temat triumfu zdrowia,

nie przyjął pozy „wtajemniczonego pocieszyciela” (Libera 2006: 6). Jego książka jest zapisem nie tyle wyzdrowienia, ile nieustannie podejmowanego wysiłku przywrócenia utraconego poczucia tożsamości. Tekst spełnia w tym przypadku funkcję pamięciowej protezy, chroniącej fenomenologicznie ustanowioną rzeczywistość przed dalszym rozpadem. Jest też sceną, na której podmiot afatyczny rozgrywa swoje życie sprzed udaru, próbując połączyć ze sobą dwie historie życia (życie sprzed udaru i życie po nim).

Pisanie i powstający w jego wyniku tekst są także ważnym elementem wielu różnych form psychoterapii, w tym tzw. pisania ekspresywnego. Ta stosunkowo nowa forma terapeutyczna, opracowana w latach 80. XX w. i wykorzystywana, by ułatwić przepływ afektów, zwłaszcza tych negatywnych, traumatyzujących i utrudniających codzienne funkcjonowanie (Pennebaker, Smyth 2018: 9). Co istotne, jest to forma terapii samopomocowej, czyli takiej, w której człowiek staje się badaczem i opiekunem samego siebie (Pennebaker, Smyth 2018: 9); proces terapeutyczny pozostaje więc skoncentrowany na jednostce, której doświadczenia przekazywane i poznawane są poprzez tekst. Terapia prowadzi do uwolnienia emocji wywoływanych przez doświadczenie, spełniając funkcję klasycznego *katharsis* – oczyszczenia prowadzącego do przeżycia sytuacji tragicznej, odnalezienia się w niej i do doświadczenia poznawczego, które przyczyni się do moralnego udoskonalenia. W procesie katartycznym w czasie pisania ekspresywnego powstaje tekst stanowiący reprezentację stanu wewnętrznego i narzędzie terapii (opieki siebie). Jako taki wiąże podmiot z samym sobą, pozwalając na wyjaśnienie i przepracowanie trudnej egzystencjalnej sytuacji, w jakiej znalazł się ten podmiot. To związanie jest w kontekście terapii jednym z etapów odzyskiwania psychicznej równowagi. W szerszym aspekcie jednak stanowi znak pewnej poznawczej tendencji, która zaprzęga narrację do opieki nad jednostką, na dalszy plan odsuwając potencjał wspólnotowy i poetyczny pisania. W porównaniu z „czystym” aktem pisania jako terapii ręki, w której to, co zapisane, nie ma aż tak dużego znaczenia jak w terapii siebie, pisanie terapeutyczne, wiążące się z afektami, zamyka się w ciągłym odniesieniu do cierpiącego „ja”, alienując i pozbawiając punktu zaczepienia („ja” cierpiące nie stanowi tego punktu samo w sobie). Korzystanie z tekstowego medium ogranicza się więc w kontekście tożsamościowym i medycznym do wykorzystania go w celu poznania poprzez pokazanie i dopuszczenie doświadczenia do narracji oraz zaopatrzenia jednostki potrzebującej pomocy w spójne narracje o tożsamości.

Proces dyskursywny, jaki w niniejszym podrozdziale najbardziej mnie interesuje, wiąże się z bardzo silnym podporządkowaniem tekstowego medium funkcji terapeutycznej. Nie próbuję oczywiście podważyć przydatności pisania w procesie terapii; narracja o tym procesie i jego ocena nie należy do celów tej

pracy i zupełnie nie mieści się w moich analitycznych kompetencjach. Zwracam jedynie uwagę na konieczność dostrzeżenia nie tylko różnych funkcji tekstu terapeutycznego w interpretacji, lecz także dokonującej się współcześnie zmiany statusu tekstowego medium w czasie, gdy dyskurs chorobowy zaczyna funkcjonować jako przestrzeń spotkania co najmniej dwóch języków interpretacji – np. medycyny oraz humanistycznego dyskursu maładycznego. Dyskursy te operują tymi samymi pojęciami, w sposób odmienny je jednak definiują; wykonują gest introdukcji „obcego” dyskursu (medycyna w humanistyce, literaturoznawstwo w medycynie), nie wychodząc jednak poza paradygmatyczne sposoby rozstrzygania statusu tekstu o chorobie we współczesnej demokratycznej kulturze literackiej.

Tym, co wydaje mi się deficytowe lub nawet negatywne w paradygmacie interpretacyjnym streszczającym się w haśle: „tekst jako terapia” i pojawiającym się w pracach humanistyczno-medycznych oraz w dyskursie maładycznym, jest zakotwiczenie interpretacji poza sferą wspólnotową, publiczną i ograniczenie zainteresowania badawczego (poznawczego) do historii wyizolowanej jednostki. W kontekście badania narracji o chorobie lub niepełnosprawności i używania ich w praktyce klinicznej tekst interpretuje się jako formę tożsamościowej terapii, dla której podstawowym punktem odniesienia pozostaje nie choroba lub brak sprawności (pominięcie zobiektywizowanej i uprzedmiotawiającej diagnozy medycznej lub medycznego orzeczenia o niepełnosprawności), tylko doświadczenie choroby lub niepełnosprawności i jego opis, należące do konkretnego „ja”. W projektach humanistyczno-medycznych, które mają wspomóc lekarzy w ich pracy z pacjentami, tekst doświadczenia traktowany jest dość instrumentalnie jako narzędzie poznawczo-edukacyjne. Dopiero perspektywa medycyny narracyjnej wprowadza do sfery interakcji z tekstem potrzebę interpretacji, zdominowaną przez paradygmat „tekstu jako terapii siebie”. Ryzyko, jakie niesie ze sobą absolutyzowanie terapeutycznej funkcji pisania, polega przede wszystkim na utracie przez ten tekst performatywno-emancypacyjnego potencjału zmieniania dominujących narracji społecznych o doświadczeniu choroby i niepełnosprawności. Interpretacja jako narzędzie poznawcze sprzyja realizacji potencjału, jaki ustanawia w przestrzeni publicznej reprezentację doświadczenia i nadaje jej znaczenie (aspekt performatywny) oraz umożliwia prezentację doświadczenia z uwzględnieniem interesów jednostki lub grupy, do której ono należy (aspekt emancypacyjny).

Rozpoznanie dominacji paradygmatu interpretacyjnego „tekstu jako terapii siebie” przynajmniej częściowo tłumaczy, dlaczego w polu współczesnej polskiej kultury literackiej niemal nie pojawiają się projekty wspólnotowego pisania o chorobie. Wyjątek stanowiły w tym kontekście organizowane jeszcze w latach

90. XX w. konkursy literackie, np. przeprowadzony w 1990 r. konkurs na pamiętnik o doświadczaniu niepełnosprawności, którego rezultatem była antologia *Cierpieniem pisane. Pamiętniki kobiet niepełnosprawnych* (1991). Konkurs ten został zorganizowany przez środowiska medyczne związane z Uniwersytetem Marii Curie-Skłodowskiej i Towarzystwem Walki z Kalectwem z Lublina (Kulik, Dąbek 2019: 51). Inicjatywa przeprowadzenia konkursu na narracje niefikcyjne o niepełnosprawności lub chorobie pochodziła więc spoza pola literackiego, dostarczając temu ostatniemu okazałego zbioru tekstów i jednocześnie genologiczno-typologicznego problemu. Popyt na narracje o chorobach również nie jest cechą ekonomii pola literackiego, wytwarza się w polu egzystencjalnego doświadczenia, które zostaje zapisane, a następnie udostępnione publicznie w formie tekstu.

Antologia – jako forma dla opowieści i efekt konkursów literackich opisanych wyżej – spełnia kryteria wspólnotowego działania narracyjnego (działania wspólnotowego opartego na tekście). Gromadząc teksty o osobistych doświadczeniach, formułuje dyskurs odnoszący się do konkretnych wymiarów życia z chorobą lub niepełnosprawnością. Zbierając „głosy doświadczenia”, wprowadza do przestrzeni publicznej świadectwa i zapobiega rozproszeniu narracji oraz utracie przez nie emancypacyjno-performatywnej mocy. Eliminuje także wykluczenie hermeneutyczne, które było dotkliwie odczuwane przez osoby niemogące wypowiadać się we własnym imieniu. Antologia stanowi więc w gruncie rzeczy manifestację obecności, opowieść o grupie jednostek oraz wspólnotową narrację o chorobie lub doświadczeniu braku sprawności. Potencjał emancypacyjny tego rodzaju projektu literackiego wydaje się znacznie większy niż pojedynczej opowieści o chorobie, chyba że opowiada o niej bardzo znany podmiot życia literackiego, np. pisarz lub rozpoznawany wydawca. Tę konstatację potwierdza popularność, jaką zdobyły felietony Jerzego Pilcha, publikowane w „Tygodniku Powszechnym”, w których pisarz relacjonował sposoby radzenia sobie z postępującą chorobą Parkinsona i skutki operacji mózgu, przypominające doświadczenia afatyków (np. występowanie czasowej utraty mowy i konieczność pracy z logopedą). Równie dużą popularnością cieszył się tekst-apel *Uwolnijmy niepełnosprawnych*, który ukazał się w internetowym wydaniu „Polityki” w grudniu 2019 r. (Pilch, Strzelecka 2019). Ta popularność była wynikiem publikowania serii wypowiedzi pod nazwą *Historia dygotu w znanym medium*⁹, a także

⁹ W „Tygodniku” w latach 2013–2015 ukazywały się także fragmenty dziennika pisarza, wydanego jako *Drugi dziennik* w 2013 r., gdzie znajdowały się obszerne opisy doświadczenia choroby, połączone z cytatami pochodzącymi z różnych opowieści o chorobie Parkinsona. W ostatnich latach Pilch funkcjonował w przestrzeni medialnej nie tylko jako znany i nagradzany twórca, lecz także jako „pisarz z Parkinsonem”. Ten fakt wpływał nie tylko na tematykę jego wypowiedzi

wywiadów dotyczących ściśle autobiograficznych kwestii. O tym, że rzecz cieszyła się dużym zainteresowaniem odbiorców, świadczą z kolei komentarze pojawiające się pod felietonami opublikowanymi na stronie internetowej „Tygodnika” i „Polityki”. Narracja o chorobie wypowiedziana przez znanego pisarza i opublikowana w opiniotwórczym medium ma obiektywnie większy potencjał emancypacyjny, który wynika z możliwości dotarcia do szerokiego grona odbiorców i prowadzi do zakorzenienia narracji o chorobie w przestrzeni publicznej, a tym samym do upowszechnienia tego typu narracji i oswojenia z nimi opinii publicznej¹⁰.

Liczebna reprezentatywność narracji o chorobie i niepełnosprawności (przykład antologii z wieloma narracjami) oraz publiczny status jej autora lub autorki (przykład Pilcha i jego narracji) niewątpliwie wzmacniają potencjał emancypacyjny opowieści, co nie oznacza oczywiście, że te elementy są przedkładane nad aspekt jakościowy lub istotniejsze od niego. Mimo współwystępowania tych czynników, piśmiennictwo chorobowe i o niepełnosprawności nadal pozostaje na pozycji mniejszościowej pola literackiego, nie wywierając dużego wpływu na zmianę przekonań i dyskursów, jakie funkcjonują współcześnie w odniesieniu do doświadczeń mniejszości. Problem tkwi więc nie tylko w utrwalonych przekonaniach i uprzedzeniach wobec tych doświadczeń, lecz także w sposobach, w jakie ich zapisy są interpretowane i przedstawiane publicznie, np. w tekstach naukowych.

Koniecznym elementem interpretacji w analizowanych wyżej kontekstach jest dostrzeżenie, że rola pośrednika w procesie interpretacji tekstów o chorobie lub niepełnosprawności stanowi bardzo trudną, wymagającą ostrożności interpretacyjnej i „narracyjnej skromności” (*narrative humility*)¹¹ funkcję społeczną. Podczas gdy w polu humanistyki medycznej idea służby społecznej pozostaje jedną z trwale przypisanych medycynie powinności, dyskursy humanistyczne skupiające się na interpretowaniu doświadczeń chorobowych lub doświadczeń niepełnosprawności rzadko sytuują się w horyzoncie szerszym niż *stricte* badawczy. Dyskurs ten zdaje się wyczerpywać w interpretacji, komparatystycznym porównaniu świadectw choroby lub niepełnosprawności oraz historycznej rekonstrukcji

czy wpisów dziennikowych, ale również na funkcję publiczną pisarza: stał się on bowiem ekspertem od doświadczenia choroby (choroba była jego osobistym doświadczeniem i przedmiotem jego narracji).

¹⁰ Poza przedmiotem namysłu w tym artykule pozostawiam kwestię rodzaju narracji o chorobie lub niepełnosprawności, publikowanej w przestrzeni publicznej. Rodzaj narracji może wpływać na jej potencjał emancypacyjny: inaczej będzie odbierana, oceniana i przyjmowana narracja o charakterze afirmatywnym, inaczej narracja krytyczna, będąca manifestacją niezgody na cierpienie i związane z nim ograniczenia.

¹¹ Kategoria przywoływana przez Shatanjayę Dasguptę w wystąpieniu w cyklu TEDxSLC jako podstawa filozofii słuchania, stosowanej w medycynie narracyjnej. Źródłem tej kategorii jest filozofia Emmanuela Levinasa – na niego powołuje się Craig Irvine, którego z kolei przywołuje Dasgupta (Dasgupta 2013).

dziejów reprezentacji danego doświadczenia. Badanie tekstów kultury samo w sobie jest oczywiście funkcją społeczną, a wyniki tych badań są udostępniane publicznie. Chodzi jednak o nieco inne spojrzenie na opiekę i służbę, jaką interpretator oferuje pojedynczemu interpretowanemu tekstowi (temu, którym się opiekuje, czyli temu, któremu zapewnia terapię [*sic!*] lub zbiorowi tekstów, takiemu jak opisana wyżej antologia *Cierpieniem pisane...* – o spojrzenie uwzględniające emancypacyjny, wspólnotowy oraz poetyczny aspekt tworzenia tekstu, występujące obok aspektu terapeutycznego. Innymi słowy, interpretacja, która nie wychodzi poza tekst ku budowanej w procesie interpretowania relacji oraz ku przestrzeni społecznej, nie realizuje się w pełni jako narzędzie poznawczo-wspierające (tzn. traci funkcje społeczne i emancypacyjne, rozumiane jako możliwość ekspresji siebie, dystrybucji narracji krytycznej, afirmatywnej lub wspierającej; dystrybucji przynoszącej rezultat w postaci zmiany postaw wobec choroby lub niepełnosprawności). Paradygmatyczne ograniczenie interpretacji i jej przebiegu bardzo rzadko prowadzi do otwarć, warunkujących rozpoznanie zależności i przeprowadzenie działania poznawczo-emancypacyjnego. Przywołując otwarcie stanowiące jeden z istotniejszych celów pisania jako aktywności na rzecz siebie¹² oraz cel praktyk poznawczych niwelujących hermeneutyczne hierarchie (np. otwarcie medycyny na pacjenta poprzez upowszechnienie praktyk medycyny narracyjnej, zwłaszcza filozofii słuchania), chciałabym podkreślić odśrodkowy kierunek tego rodzaju otwierającego działania narracyjnego – od tekstu do współczesnej kultury literackiej, od doświadczenia ku reprezentacji, od paradygmatu interpretacyjnego do funkcji społecznej, od interpretacji do filozofii słuchania, od jednostkowego doświadczenia do wspólnoty doświadczeń. Poprzez zaprojektowany w ten sposób schemat otwierającego postępowania narracyjno-interpretacyjno-badawczego prezentuję nieco eklektyczny zbiór haseł, wezwań i aspiracji, jakie łączą humanistykę, której przedmiotem badania jest tekst (literaturoznawstwo, dyskurs maładyczny, literackie studia o niepełnosprawności i inne), z humanistyką medyczną, zwłaszcza medycyną narracyjną, której „przedmiotem” badania jest człowiek. W kolejnym podrozdziale chciałabym wstępnie przedstawić dynamikę wielokierunkowej transmisji idei, praktyk, metafor i paradygmatów interpretacyjnych, zachodzącej w interdyscyplinarnym polu współczesnej nowej (otwartej) humanistyki, mapując to pole, rozpoznając relacje, punkty wspólne i rozbieżności między jednymi z najbardziej aktywnych dyscyplinarnych aktorów tego pola: badaniami nad tekstowymi reprezentacjami trudnych doświadczeń, w tym chorób i niepełnej sprawności, oraz medycyną narracyjną.

¹² Warto w tym kontekście zwrócić uwagę na tytuł książki Jamesa W. Pennebaker i Joshui M. Smytha o pisaniu jako metodzie psychoterapeutycznej, który brzmi w oryginale *Opening Up by Writing It Down*, a na polski został przetłumaczony jako *Terapia przez pisanie*.

Badania nad reprezentacjami doświadczeń a humanistyka medyczna – rozpoznanie pola interakcji

W przestrzeni współczesnych badań interdyscyplinarnych istnieje wiele nierozpoznanych pól interakcji, w których przenikają się, krytycznie weryfikują i we wzajemnym odniesieniu rozwijają różne dziedziny badań. Jedno z takich pól tworzy badawczy namysł nad tekstem o chorobie i niepełnosprawności. Dziedzinami, które spotykają się w tym polu, są dyskurs maladyczny i literackie studia nad niepełnosprawnościami oraz nurt medycyny narracyjnej. Wszystkie te dziedziny łączy przedmiot badań: tekst doświadczenia, czyli opis lub przedstawienie przeżyć i zdarzeń, jakie poprzedziły decyzję o powstaniu owego tekstu (Muca 2019: 76). Skupię się teraz na analizie miejsc wspólnych, różnic i punktów zapalnych (miejsc krytycznych) występujących w dyskursywnym polu interakcji, zwracając uwagę na status tekstowego medium doświadczenia w tym polu i na konieczność krytycznej analizy ciągle rozwijającego się pola interakcji interdyscyplinarnej.

U podstaw różnego rodzaju projektów narracyjnych leży paradoksalny spłot dwóch przekonań: „trudnych doświadczeń nie da się adekwatnie przedstawić” (reprezentacja nigdy nie będzie tym samym, co prawda doświadczenia) oraz „trudne doświadczenia należy przedstawiać” (imperatyw etyczny w przypadku świadka, wewnętrzny przymus zapisania biegu życia w przypadku podmiotu narracji autobiograficznej). Oba toposy narracji o trudnych doświadczeniach granicznych uchyla istnienie wielu reprezentacji tego rodzaju doświadczeń (o czym była mowa w pierwszym podrozdziale tego tekstu), a łączy je konstatacja naturalnego charakteru potrzeby opowiadania o doświadczeniach ludzi; potrzeby, która, jeśli nie zostaje zaspokojona, może prowadzić do poważnych zaburzeń psychosomatycznych (Pennebaker, Smyth 2018: 19–20). Człowiek opowiadający jest kluczową figurą poznania w humanistyce. Tę figurę przejmuje medycyna narracji, stanowiąca element humanistyki medycznej rozumianej jako typ postawy badawczej upowszechniającej spersonalizowane podejście do uczestników procesu leczenia. Obie dziedziny – humanistyka i humanistyka medyczna (źródłowo część nauk medycznych, obecnie funkcjonująca jako dziedzina interdyscyplinarna, przedstawiana niekiedy jako dziedzina nowohumanistyczna [Serkowska 2019: 97–98]) – uznają wartość tworzenia narracji o doświadczeniu, przypisując jej te same funkcje: poznawczą, edukacyjną i terapeutyczną¹³. Innym elementem łączącym obie przestrzenie dyskursywne jest personologiczne skupienie na podmiocie jako wyizolowanym elemencie większej całości, do której odniesie-

¹³ Funkcja edukacyjna pokrywa się oczywiście w dużym stopniu z poznawczą, została jednak wyróżniona ze względu na używanie narracji w medycynie w procesie kształcenia kompetencji narracyjnych u przyszłych lekarzy (tekst stanowi więc w tym kontekście narzędzie dydaktyczne).

nie w procesie interpretacji lub nauki nie zawsze wydaje się konieczne. Medycyna narracji często odwołuje się do filozofii spotkania Emanuela Levinasa, która gra oczywiście istotną rolę w badaniach nad literaturą autobiograficzną i intymistyką, badaniach z nurtu tożsamościowego i pamięciowego. Pokrewieństw pochodzących z filozofii i stanowiących podłoże pewnych praktyk badawczych w humanistyce medycznej i badaniach literackich nad reprezentacjami doświadczeń jest znacznie więcej. Warto jeszcze w tym kontekście przywołać istotny wkład tradycji terapii narracyjnych, spotkań o charakterze rozpoznawczo-diagnostycznym, a następnie leczniczym, zapoczątkowanych na przełomie XIX i XX w. przez Zygmunta Freuda i jego naśladowców.

Mimo znaczących podobieństw, jedna z dziedzin ma znacznie dłuższą tradycję zajmowania się narracjami i o wiele bardziej skomplikowany aparat ich badania. Z tego względu, literaturoznawstwo albo ogólnie: badania nad tekstami (w tym studia nad dziedzictwem materialnym) funkcjonują w medycynie narracji jako autorytet dyskursywny, źródło wiedzy o tworzeniu, strukturze i funkcjach narracji, która jednak stopniowo temu dyskursowi się wymykała, wchodząc bardzo naturalnie w rolę kategorii nomadycznej (Briadotti 2007: 118). W wielu tekstach z zakresu medycyny narracji autorzy i autorki w ramach klasycznego toposu skromności przyznają się do ogólnej wiedzy o tekście i narracji, nie tak specjalistycznej jak reprezentanci nauk o literaturze i nauk filologicznych. Wskazuję pewien topos u praktyków i teoretyków medycyny narracji, na który kilkakrotnie zdarzyło mi się natrafić podczas lektury polskich tekstów problematyzujących koncepcję medycyny narracji lub narracyjnej¹⁴, jaką stworzyła Rita Charon – amerykańska lekarka i literaturoznawczyni (a więc specjalistka zarówno od człowieka, jak i od ciała), autorka przełomowej dla medycyny narracyjnej i refleksji na temat postaw wobec narracji pacjenta książki *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006). Wszechstronność Charon wydaje się na razie niedoścignionym marzeniem, co nie oznacza jednak, że teoretyczne umocowanie medycyny narracji chybia rozpoznaniu i afirmacji literaturoznawczych kontekstów. Problem leży gdzie indziej i wskazuje na jedną z najbardziej znamienych różnic między humanistycznymi badaniami nad tekstem a humanistyką medyczną: ta ostatnia traktuje tekst doświadczenia dość utylitarnie, jako źródło wiedzy o pacjencie (jego emocjach, przeżywaniu procesu leczenia,

¹⁴ Wiele takich toposów pojawia się w zbiorze tekstów *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej* (2019) pod redakcją Marty Chojnackiej-Kuraś. Tom stanowi przełomowe opracowanie ze względu na łączenie dwóch wskazanych w tytule perspektyw i zwrócenie uwagi na konieczność ich zestawienia. Wydaje się jednak, że wspólnota refleksji nie wykracza tu poza zgodne posługiwanie się terminem „narracja” i podzielenie przekonania o jej ważnym wpływie na pacjenta-narratora. W publikacji zabrakło rozbudowanej refleksji o charakterze metateoretycznym.

potrzebach i obawach) oraz narzędzie edukacyjne, które ma wspomóc proces kształcenia empatii i kompetencji narracyjnych (*narrative competence*) u personelu medycznego. Tę różnicę traktowałabym jako moment krytyczny czy punkt zapalny pola interakcji interdyscyplinarnej, której źródłem jest tekst o chorobie lub niepełnosprawności. Tekst traktowany w sposób utylitarny traci potencjał, o którym była mowa w kontekście paradygmatu interpretacyjnego: „tekst jako terapia siebie”. Chodzi o potencjał emancypacyjny i performatywny, związany z ekspresją podmiotowego doświadczenia, która włącza doświadczenie jednostkowe do określonej wspólnoty doświadczenia, a piszącego – do określonej wspólnoty piszących. W medycynie narracji pojawia się ryzyko oderwania tekstu od doświadczenia jednostki lub grupy jednostek, przez co staje się on czymś w rodzaju pustej struktury, z którą w procesie analitycznym można postępować w dość dowolny sposób. Innymi słowy, pojawiają się w tym kontekście niebezpieczeństwo instrumentalizacji doświadczenia, polegające na traktowaniu tekstu doświadczenia jako jednego z wielu przykładów narracji o chorobie lub niepełnosprawności, a także redukcji procesu interpretacji, nadawania jej jedynie funkcji narzędzia służącego do opisu przebiegu terapii siebie oraz afektów, jakie jej towarzyszyły. Taka postawa interpretacyjna może prowadzić do ponownego narzucenia autorytetu hermeneutycznego, ustanowienia hierarchii, w której interpretator jest ponad interpretowanym tekstem i reprezentowanym doświadczeniem. Dość łatwo wyobrazić sobie konsekwencje rodzaju narzucenia: interakcje w polu emancypacyjnego, tekstowego działania zostają zakłócone, medycyna jako hegemon wobec doświadczenia choroby lub niepełnosprawności nadal sprawuje epistemiczną kontrolę nad doświadczeniem. Posługuję się tym wyobrażeniem medycyny jako hegemonu celowo. Hiperboliczna przesada wydaje mi się w tym kontekście potrzebnym językowym zabiegiem, który wyjaskrawi możliwe skutki niepogłębionego namysłu nad tekstową reprezentacją doświadczenia, jej poetyką oraz kontekstami, w jakich ona funkcjonuje lub może funkcjonować.

Ostatnim z momentów krytycznych interakcji między humanistyką medyczną a humanistyką skupioną na badaniu reprezentacji chorób i niepełnosprawności jest kwestia problematyzowania społecznej (emancypacyjnej) roli tekstu doświadczenia. Humanistyka medyczna wykorzystuje tekstowe reprezentacje doświadczenia do pracy poznawczo-edukacyjnej, gromadząc teksty jako materiał dydaktyczny. Nie oznacza to oczywiście, że humanistyczno-medyczna perspektywa badania tekstu nie zwraca uwagi na doświadczenie, które w tekście jest reprezentowane i poprzez tekst dystrybuowane jako głos na temat przeżywania choroby lub niepełnosprawności albo jako narracja wspierająca dla innych chorych lub osób z niepełnosprawnościami. Podstawowym problemem w tym kontekście wydaje mi się zawężenie perspektywy interpretacyjnej owocującej poznawczym

skrótem, który omija konteksty powstania, poetyki, wydania i dystrybucji tekstu oraz prowadzi do medykalizacji tekstu doświadczenia. Tekst też jest pacjentem i domaga się podmiotowego traktowania – w taki sposób można streścić przedstawiony w niniejszym podrozdziale postulat prawdziwie interdyscyplinarnego działania na tekście.

W końcowych uwagach na temat interpretacji oraz interakcji poprzez tekst w polu współczesnej kultury literackiej oraz humanistyki medycznej warto raz jeszcze podkreślić, jak ważne jest krytyczne spojrzenie na wydarzające się na styku dyscyplin (przestrzeń interakcji interdyscyplinarnej) formułowanie narracji pozornie na ten sam temat. Sądzę, że pojęcie tekstu – podobnie jak pojęcie narracji i opowieści – używane w wielu różnych kontekstach (pojęcie wędrujące, nomadyczne), stanowi jednocześnie łącznik między dyscyplinami i przeszkodę. Śledzenie dróg, które przemierzają pojęcia nomadyczne, to jedno z trudniejszych zadań o charakterze genetycznym, przynoszące jednak – jak sądzą – wiele cennych spostrzeżeń na temat możliwości i ograniczeń, jakie stwarza prowadzenie badań interdyscyplinarnych.

Chciałam w tym artykule pokazać, jak bardzo zniuansowane jest myślenie o aktywności i warunkach tworzenia tekstu z uwzględnieniem współczesnej krytycznej świadomości teoretycznoliterackiej. Mój głos jest zarazem świadectwem sprzeciwu wobec redukcji, która może pozbawić działalność twórczą funkcji innej niż terapeutyczna lub pojetyczna. Nie uważam jednak, że humanistom medycznym absolutnie niezbędna jest wiedza z zakresu analizy i interpretacji tekstu, a literaturoznawcom – wiedza medyczna. Chodzi tu więc nie o specjalizację w łączeniu perspektyw, tylko o kształcenie kompetencji interpretacyjnych, które da się wykorzystać w działaniu na rzecz doświadczenia; działaniu, które w gruncie rzeczy zmierza do przekroczenia tekstu. To przekroczenie wyobrażam sobie np. w następujący sposób: tekst stanie się narzędziem emancypacyjnym, wspomóż aktywność społeczną, doprowadzi do mobilizacji na rzecz zmian; okaże się jednym ze sposobów wdrażania schematów działania uwzględniających interesy mniejszości, wcześniej pozbawionych inicjatywy hermeneutycznej, której trwałym, materialnym rezultatem staje się właśnie tekst doświadczenia i oparta na narracji wspólnota doświadczeń.

BIBLIOGRAFIA

Barnes Elizabeth. 2016. *The Minority Body. A Theory of Disability*. New York: Oxford University Press. ISBN: 978-01-9873-258-7.

Braidotti Rosi. 2007. *Poprzez nomadyzm*. Przeł. Aleksandra Derra. „Teksty Drugie”, nr 6. ISSN: 0867-0633. S. 107–127.

Charon Rita. 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press. ISBN: 978-01-9516-675-0.

Couser G. Thomas. 1997. *Recovering Bodies: Illness, Disability, and Life Writing*. Madison: The University of Wisconsin Press. ISBN: 978-02-9915-563-6.

Dasgupta Shatanjaya. 2013. *Narrative Humility*. Protokół dostępu: <https://www.youtube.com/watch?v=gZ3ucjmcZwY> [17.02.2020].

Frank Arthur W. 2013. *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press. ISBN: 978-02-2600-497-6.

Kulik Halina, Dąbek Józefa. 2019. „Okaleczona kobiecość”. Z pamiętników kobiet z niepełnosprawnościami. W: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*. Red. Marta Chojnacka-Kuraś. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego. ISBN: 978-83-2354-075-5. S. 49–70.

Leociak Jacek. 2018. *Doświadczenia graniczne. Studia o dwudziestowiecznych formach reprezentacji*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Literackich PAN. ISBN: 978-83-6607-611-2.

Libera Antoni. 2006. *To, co nas scala, to pamięć i mowa*. W: Sławomir Mrozek. *Baltazar. Autobiografia*. Warszawa: Noir sur Blanc. ISBN: 8-3739-2138-9. S. 6–7.

Ładoń Monika. 2019. *Choroba jako literatura. Studia maladyczne*. Katowice: „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe. ISBN: 978-83-7164-525-9.

Mrozek Sławomir. 2006. *Baltazar. Autobiografia*. Warszawa: Noir sur Blanc. ISBN: 8-3739-2138-9.

Muca Klaudia. 2019. *Poiesis doświadczenia, poiesis tożsamości*. Gdańsk: Fundacja Terytoria Książki. ISBN: 978-83-7908-162-2.

Nycz Ryszard. 2017. *Kultura jako czasownik. Sondowanie nowej humanistyki*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Badań Literackich PAN. ISBN: 978-83-6583-277-7.

Pennebaker James W., Smyth Joshua M. 2018. *Terapia przez pisanie*. Przeł. Aleksandra Haduła. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. ISBN: 978-83-2334-360-8.

Pilch Jerzy, Strzelecka Kinga. 2019. *Uwolnijmy niepełnosprawnych!* „Polityka” [on-line]. Piątek 27 grudnia 2019. Protokół dostępu: <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1935566,1,uwolnijmy-niepelnosprawnych.read> [24.05.2020].

Serkowska Hanna. 2019. *Żaden pacjent nie jest wyspą lub czego lekarze mogą nauczyć się w kontaktach z pacjentami*. W: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*. Red. Marta Chojnacka-Kuraś. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego. ISBN: 978-83-235-4075-5. S. 94–108.

Klaudia Muca

TEXT AS THERAPY. MEDICAL HUMANITIES
AND STUDIES OF EXPERIENCE AND ITS REPRESENTATION
IN CONTEMPORARY POLISH LITERARY CULTURE
(AN INTRODUCTION TO AN INTERDISCIPLINARY
FIELD OF RESEARCH)

(abstract)

This study presents a critical analysis of the discursive sphere of interdisciplinary interaction between broadly understood textual studies, including studies of representation and literary criticism, and medical humanities. The article critically reconsiders the interpretative paradigm of text as (self-)therapy. The paradigm dominated the discourse of medial humanities, especially in the field of narrative medicine and is deeply rooted in literary studies of illness and disability narratives in Poland. While the paradigm is seen as a neutral scheme of interpretation in contemporary literary studies and medical humanities, it seems that it somewhat narrows down and reduces the scope of possible interpretations of experience-oriented texts (i.e. texts that create, represent, and validate a particular personal or communal experience), and especially the interpretations that reach beyond the texts towards activism and emancipation.

KEY WORDS

text as therapy; interdisciplinary interaction; medical humanities; literary culture; autobiography; hermeneutic exclusion