

Pisanie w stanie wyjątkowym i lektura jako czynność naprawcza. Genezy i pożytki z literatury kruchości**

Iwona Boruszkowska*

doi 10.24425/r.2023.148297

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

zeszyt pod red. Iwony Boruszkowskiej (Wydział Polonistyki UJ)

i Marii Świątkowskiej (Wydział Polonistyki UJ)

PL ISSN 0035-9602

Pisanie w stanie wyjątkowym

Pojęcie stanu wyjątkowy¹ włoskiego filozofa Giorgio Agambena w kontekście studiów maładycznych chciałabym rozumieć jako swoiste zawieszenie dotychczasowych norm życia w względnym zdrowiu, jako obszar wyjątku choroby. Choroba może być postrzegana jako incydent, wyjątek właśnie, zaburzenie na osi długich okresów zdrowia. Choroba – nie-zdrowie czy terminalna niedyspozycja – pozostaje w tym ujęciu pewnym zburzeniem porządku normy (zdrowia) i ustanawia stan wyjątkowy – zawieszenia dotychczasowych reguł życia, przewartościowania zastanych ideałów, zrelektowania się względem dotychczas obranych priorytetów. U Agambena

* Iwona Boruszkowska – Uniwersytet Jagielloński.

ORCID 0000-0001-8021-9210

** Badania wykonano przy wsparciu finansowym Priorytetowego Obszaru Badawczego MiniGRANTY POB Heritage w ramach Programu Strategicznego Inicjatywa Doskonałości w Uniwersytecie Jagiellońskim.

¹ Agamben G., *Stan wyjątkowy*, przeł. M. Surma-Gawłowska, Korporacja ha!art, Kraków 2008.

wyjątek może rozszerzyć swój zakres, objąć szeroko rozumiane czas i przestrzeń, wytwarzając długotrwały stan wyjątkowy, który ostatecznie zastępuje normę, przekształca się w nią: „stan wyjątkowy przestaje się odnosić do zewnętrznej i tymczasowej sytuacji zaistniałego [*fattizio*] niebezpieczeństwa i zmierza ku stopieniu się z normą”². W koncepcji włoskiego filozofa ów wyjątek ustanawia normę (bez podkreślania opresyjnego charakteru tego pojęcia), świadczy o wszystkim i wytwarza regułę; wszak norma istnieje w odniesieniu do wyjątku, dzięki niemu. Sytuację tę odnieść można do chorób chronicznych, długotrwałych, określanych jako przewlekłe. Wyjątek wówczas staje się regułą życia, „obraca się w egzystencję”³ – jak ujmuje to autor *Homo sacer*. Moment diagnozy, zachorowania, pierwszych symptomów to moment, w którym zawiązuje się stan wyjątkowy. Mamy do czynienia z inną życiową formą, życia w chorobie, życia z chorobą, wykrytalizowuje się nowa norma egzystencji w chorobie, z tożsamością zmienioną przez chorobę (odmienną przez chorobę), pozostająca w różnicy.

Agambenowski koncept stanu wyjątkowego w studiach nad antropologią choroby można odnieść także do metaforycznych sensów choroby jako kondycji współczesnego świata. A ukonkretnieniem tej metafory byłby społeczny obraz egzystencji/obraz społecznego i indywidualnego życia w świecie ogarniętym epidemią COVID-19, która pokazała jak kruche jest nasze przeświadczenie o życiu całkowicie zdrowym. W sytuacji epidemii monolit zdrowia został rozbity, zdrowie przestało być normą, binarna opozycja: zdrowie (jako stan pożądaný) – choroba (jako niechciane zaburzenie idealnego stanu zdrowia) została zniesiona w skali globalnej. Uczyliśmy się żyć w chorobie, z różnymi chorobami, w świecie podporządkowanym chorobie, w lęku przed zachorowaniem, akceptując naszą „choroboróżnorodność” i defektywną tożsamość (nasze „ja” w chorobie).

Sięgając po pojęcie stanu wyjątkowego i zapożyczając jego użycie nie tylko od Agambena, możemy mieć w pamięci, w jaki sposób używane jest ono do uchwycenia całego doświadczenia nowoczesności w ujęciu Jacquesa Derridy, Judith Butler (w *Ramach wojny*), Roberta Esposito czy Slavoję Žižka. Dla tych współczesnych myślicieli „stan wyjątku” to zawieszenie dotychczas wypracowanych i obowiązujących reguł życia codziennego, a reguła może według nich istnieć dzięki wyjątkom – wymykającym się jej i ustanawiającym ją. Granica między regułą a wyjątkiem, normą a anormalnością w ponowoczesnym świecie zostaje zatarta. Na tle reguł i norm, o jakich mowa, odznacza się radykalna pojedynczość bytu chorego, już nie tylko „epizody z życia chorego” (jak ujmuje to Blecher w *Rozświetlonej jamie*⁴), ale stan wyjątkowy

² Tamże, s. 404.

³ Tamże, s. 269.

⁴ M. Blecher, *Rozświetlona jama. Dziennik sanatoryjny*, tłum. J. Kornaś-Warwas, Warszawa 2018, s. 56.

(długotrwały stan wyjątku), ranliwa egzystencja, stająca się dla chorego podmiotu nową normą: to może być owo „bycie sobą w chorobie przewlekłej”⁵, neuroróżnorodne sposoby egzystencji czy życie z niepełnosprawnościami.

Jakie jest miejsce tak rozumianego stanu wyjątkowego (czyli egzystencji w chorobie) w obrębie dyskursu maladycznego? Agamben, wskazując relację między językiem/mową a stanem wyjątkowym zauważa, że „język [...], pozostając w wiecznym stanie wyjątkowym, deklaruje, że nie ma niczego poza językiem i że (ten – I.B.) zawsze jest poza sobą”⁶. W języku, także języku narracji choroby, dokonuje się przekroczenie i zburzenie granicy między wyjątkiem a regułą. Tworzą się dyskursy wiążące doświadczenie chorowania, tożsamość chorego, cielesność zranionego podmiotu z kryzysowym charakterem narracji, które chciałabym określać – (a nazywa się i określa narracje choroby, teksty maladyczne na różne sposoby) – „pisanem w stanie wyjątkowym”, przyjmując ów termin za ogólne, antropologiczno-kulturowe ujęcie tego, czym są auto/patografie jako gatunki piśmienności chorobowej. Literatura pisana w stanie wyjątkowym to językowe ujęcie dychotomii wyjątku i reguły, rejestracje i fikcjonalizacje stanu wyjątkowego. Pisanie to, w rozumieniu pisma choroby, byłoby narracją kryzysu – „tekstem wyczerpania”, rejestrem entropii, zapisem anomii czy – ujmując rzecz mniej metaforycznie, a bardziej literaturoznawczo – literacką (ale też filmową, teatralną, dźwiękową, wizualną czy też logowizualną) reprezentacją doświadczenia choroby, jego tekstualizacją albo fikcjonalizacją. Narracją prowadzoną z przestrzeni, którą Michel Foucault określił jako heterotopię kryzysu⁷: gdzie ciało zranionego podmiotu jest ciałem w znaczeniu spacjalnym, przestrzennym, jest terytorium stanu wyjątkowego, miejscem, z którego płynie narracja. Bo przecież „powiedzieć wszystko to także zerwać z zakazami, wyrwać się, wyswobodzić, na każdym polu, gdzie prawo może zrzec się prawa”⁸.

Pogłębiając obraz pisania w stanie wyjątkowym – chorobopisanie, pismo choroby, określić by można jako stan zapalny mowy, w którym język byłby nośnikiem radykalnie jednostkowego doświadczenia wyjątku (choroby), jednocześnie – co paradoksalne – idiosynkratycznego i uniwersalnego. Narracje chorobowe – teksty artykułujące jedno z granicznych doświadczeń, w idiomie języka zapisujące jednostkowe odczucia, a jednocześnie powszechne i fundamentalne dla każdego niemal człowieka, stają się próbą przełamania niewyraźności doświadczeń granicznych i dowodem na przekroczenie niemocy języka.

5 M. Baranowska, *To jest wasze życie. Bycie sobą w chorobie przewlekłej*, Warszawa 2005.

6 G. Agamben, dz. cyt., s. 81.

7 M. Foucault, *Inne przestrzenie*, tłum. A. Rejniak-Majewska, „Teksty Drugie” 2005, nr 6, s. 117–125.

8 J. Derrida, *Ta dziwna instytucja zwana literaturą* (z J. Derridą rozmawia Derek Attridge), tłum. M.P. Markowski, „Literatura na Świecie” 1998, nr 11–12, s. 20 i n.

Genezy i pożytki z literatury kruchości. Narracje choroby⁹ – strategie lektury

Rozwój piśmienności chorobowej i popularność narracji choroby łatwo połączyć z jednej strony z posiadającą funkcje terapeutyczne potrzebą opowiedzenia siebie, podzielenia się własną historią, z drugiej zaś – ze zjawiskiem określonym przez Annę Burzyńską jako „kariera narracji”¹⁰. Przemozna potrzeba zabrania głosu w sytuacji granicznej prowadzi do powstania autorefleksyjnej i samoświadomej narracji chorego, która nie tylko odsłania doświadczenie choroby, ale też stanowi krytyczny komentarz względem medycznych i kulturowych praktyk. Każda autopatografia pozostaje zapisem indywidualnej udręki, konstruuje (mniej lub bardziej) oryginalny słownik choroby, wytwarza wokół niej własne znaczenia i jest swoistym manifestem (podmiotowości pacjenta), prezentacją poetyki choroby, tekstem kruchości, narracją troski i czytelnictwem wyzwaniem. „Narracja patograficzna – jak zauważa Agnieszka Kaczmarek – wynika z namysłu nad sobą, ale również z udręki życia – przeciwności losu, które wywołują konieczność budowania samego siebie od nowa, kwestionowania dawnych wartości, modeli zachowań, norm i dyrektyw kształtujących kulturowy pejzaż”¹¹. Opowieści o chorobie są odrzuceniem milczenia o trudnych do zaakceptowania zmianach na osi życia, są narracjami utraty, indywidualnym głosem, prywatnym wyznaniem – mocno związanym z jednostkową cielesnością, wyrazem troski o siebie, naszym własnym śladem. „Po cóż pisać, jeżeli nie z powodu niemożliwego słowa?” – pyta Roland Barthes w *Dzienniku żałobnym* i odpowiada, wskazując na przyczynę aktu pisania: „Początkiem pisma jest strata”¹². Analogiczną przyczynę mają wszystkie patografie – zapisy kryzysu, narracje o granicznym doświadczeniu, opowieści o utracie (zdrowia). Utrata ufundowana na braku zdrowia staje się tu modusem twórczości, prowokuje do opowiadania¹³. Choroba

⁹ Do kanonu opracowań literatury patograficznej należą: Kleinman A., *The Illness Narrative. Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, 1988; Frank A.W., *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1995; Epstein J., *Altered Conditions. Disease, Medicine and Storytelling*, New York–London 1995; Couser G.T., *Recovering Bodies. Illness, Disability and Life Writing*, Madison 1997; Hawkins Hunsaker A., *Reconstructing Illness: Studies in Pathography*, West Lafayette 1993; Jurecic A., *Illness as Narrative*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh 2012; Conway K., *Beyond Words. Illness and the Limits of Expression*, University New Mexico Press, Albuquerque 2013.

¹⁰ A. Burzyńska, *Kariera narracji. O zwrocie narratystycznym w humanistyce*, „Teksty Drugie” 2004, nr 1–2, s. 43–64.

¹¹ A. Kaczmarek, *Od milczenia do opowieści. Kulturowe dyskursy o umieraniu i śmierci*, Poznań 2016, s. 180.

¹² R. Barthes, *Dziennik żałobny*, tłum. K.M. Jaksender, Wrocław 2013, s. 238.

¹³ A. Kaczmarek, *Od milczenia do opowieści...*, s. 175.

jest powodem narracji¹⁴, staje się początkiem nowej opowieści, przerywa milczenie podmiotu świadomego swojego zranienia, zaczyna istnieć w języku, przez co trudniej jej zaprzeczyć. W tym kontekście można rozumieć autopatografię jako foucaultowską „technikę siebie”, wyraz troski o własne ja, gdzie „doświadczenie siebie [...] wzmacniano i poszerzano z racji [...] aktu pisania”¹⁵. Podjęcie pisarskiej aktywności w sytuacji, gdy „bole” – w tej niepoprawnej gramatycznie formie Tadeusz Sławek zawarł całą trudność słownego mierzenia się z chorobą¹⁶ i poczucia, że w chorobie jest się inaczej (również w języku) – pozwala przekroczyć milczenie, wyjść z porządku niewyraźności cierpienia, zaprzeczyć niemożliwości słowa. W pisaniu o chorobie utrwalamy to, co tracone (i nie chodzi tylko o utratę zdrowia), wzmacniamy się dzięki opowieści, dzielimy doświadczeniem, troszczymy się o siebie snując własną historię – tworzymy strukturę narracyjną, jakbyśmy budowali życie. Ta oparta na sprzeczności (bo człowiek milczy, a choroba domaga się opowieści) sytuacja narracyjna stwarza możliwość przełamania impasu i przerwania ciszy, wypowiedzenia i skonfrontowania się z granicznym doświadczeniem, przez co włącza narratora (którego opowieść bazuje na życiowym doświadczeniu) we wspólnotę chorych, w obrębie której – jako wspólnocie relacyjnej – dochodzi do ujawnienia i rozpoznania przeżycia.

Arthur W. Frank przedstawia „kolekcje opowieści i pamiętników” opatrzone teoretycznym aparatem, który tłumaczy zaburzoną podczas choroby tożsamość podmiotu. Tytułowy „zraniony narrator” kolekcjonuje i przekazuje dalej zarówno swoją opowieść, jak i opowieści innych „zranionych”, dotkniętych chorobą osób, by „usensownić [...] własne ocalenie”¹⁷. Dzięki prowadzeniu autonarracji i zapisywaniu narracji innych możliwe staje się w teorii Franka nadanie sensu chorobie poprzez zrozumienie cierpienia, ukazanie pozytywnych i negatywnych aspektów doświadczenia medycznego. Jak podkreśla Frank, w narracjach autopatograficznych prócz prezentowania siebie jako chorego i utrwalania doświadczenia medycznego, autor dokonuje w obrębie tekstu kreacji choroby jako czynnika zmieniającego jego życie, sytuację, tożsamość. Chory występując w roli podmiotu piszącego, odczytuje, utrwała i kreuje symptomy schorzenia, rejestruje procesy wpływające na podmiotowość, jest w stanie dopełnić/nadbudować naruszono-

14 Świadczy o tym szeroko pojęta literatura choroby. W jej obrębie istnieje różnorodność gatunków, które jednak można usystematyzować i wskazać wspólne ich wyznaczniki, zaproponować pewnego rodzaju poetykę patografii – tekstów, które uwzględniają narracyjny potencjał choroby.

15 M. Foucault, *Techniki siebie*, [w:] tegoż, *Filozofia, historia, polityka*, tłum. D. Leszczyński, L. Rasiniak, Warszawa 2000, s. 258.

16 T. Sławek, „Ja bole”. *Boleść i terapia*, [w:] *Fragmenty dyskursu maladycznego*, red. M. Ganczar, I. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk 2019, s. 89–107..

17 A.W. Frank, *The Wounded Storyteller...*, dz. cyt., s. XIII.

ną przez chorobę, nieciągłą tożsamość. Narracje autopatograficzne stają się też potwierdzeniem tego, kim opowiadacz jest, albo kim się staje w trakcie choroby lub po wyzdrowieniu – są polem kształtowania się nowych tożsamości, literacką płaszczyzną (re)konstrukcji życia podczas choroby i po niej. W polu auto/patografii mieszczą się różne strategie i modele opowiadania o chorobie, interpretowania jej jako zdarzenie, nadawania jej sensów, włączania w osobistą biografię i w „dyskurs chorowania”.

Frank wymienia dwie podstawowe cechy patografii: 1) podmiotem opowieści jest narrator występujący jako chory/pacjent – dodać jeszcze można: lub współtowarzysz czy obserwator cierpienia; 2) przedmiotem opowieści jest doświadczenie choroby. Jednak opowieść o chorobie w ujęciu Franka ma postać „narracyjnej demolki”, jest opowieścią nieciągłą, przerywaną i przerywającą narrację o sobie: „Choroba jest jedną z okoliczności powstawania demolki narracyjnej, jednakże sam stan nieustającej narracyjnej niepewności jest właściwy dla ponowoczesności. Narracje «ja», które się teraz mnożą, stanowią jedną z możliwych odpowiedzi na tę niepewność”¹⁸. Patografie są jednymi ze sposobów opowiadania siebie, skupionymi wokół doświadczenia choroby, nawet uczynionego centralnym i przewartościującym spojrzenie, ale pozostającym jednym z wielu doświadczeń, o których „ja” w swej życiowej narracji może opowiedzieć. Dodatkowym potencjałem opowieści choroby jest możliwość wypracowania modeli „odzyskania siebie”¹⁹, wykreślenia nowej mapy, uporządkowania opowieści, ustanowienia nowego porządku po narracyjnej demolce, jaka nastąpiła wobec pojawienia się choroby jako czynnika zaburzającego czy przejmującego narrację.

Istotną kwestią tworzącą tło dla refleksji nad chorobą jest zwrot somatyczny, zwrot w stronę cielesności i biologiczności, a wśród wielu różnych czynników oddających specyfikę narracji chorobowych wskazać można somę czy cielesność. Mateusz Szubert, stwierdzając, iż „dostrzegana dziś (nad)obecność ciała w przestrzeni publicznej i prywatnej pozwala mówić o swoistej somatyzacji kultury”²⁰, przywołuje socjologiczną koncepcję Bryana Turnera z jego pojęciem „społeczeństwa somatycznego” (*somatic society*)²¹, dla którego kluczową rolę w konstruowaniu tożsamości odgrywa ciało. W dyskursie defektywnym czy maladycznym przedmiotem zainteresowania będzie ciało chore, odciskające swoją sygnaturę w tekście, ciało pozbawione zdrowia snujące swoją narrację oraz kulturowe tło jego dolegliwości. Wagę cielesności jako nieodłącznego aspektu patografii podkreśla Frank, ujmując

18 A.W. Frank, *The Wounded Storyteller...*, s. 68–69.

19 Tamże, s. 71.

20 M. Szubert, *Narracyjność choroby i nadejście medycyny jutra*, „Kultura Współczesna” 2019, nr 4, s. 77.

21 B. Turner, *Regulating Bodies. Essay in Medical Sociology*, Routledge, Londyn 1992.

ją jako „opowieść zranionego ciała”²² i dookreślając, że mamy do czynienia z sytuacją, gdy „ciała potrzebują głosu”²³: „Historie opowiadane przez chorych wychodzą z ich ciał. [...] Ciało [...] jest jednocześnie powodem, tematem i narzędziem każdej nowej opowieści”²⁴.

Analizując koncepcję Franka, Angela Woods podkreśla, że dla badacza „choroba jest raną zadaną cieleśnemu ja”²⁵. Zaś Małgorzata Okupnik zbiera sposoby występowania ciała w narracjach o chorobie, wskazując na „ciałem pisanie, pisanie/mówienie o ciele [...] czy ucieleśnienie”²⁶. W różnych gatunkach piśmienności chorobowej głos zostaje oddany/udzielony ciału – jako najbardziej zranionemu chorobą. W sytuacjach psychofizycznego napięcia, zawieszonych pomiędzy dyskomfortem i niepokojem, a bólem, lękiem i cierpieniem, to ciało i jego ograniczenia kształtują opowieść. Przeżywanie symptomów choroby i związany z nimi ból z ogromną siłą uzmysławia nam posiadanie ciała: silniej czujemy, więcej dostrzegamy, kierujemy uwagę w sferę somatyczną. Również somatyczność narracji chorobowych podkreślana jest przez niemal wszystkich badaczy patografii, w tym obie przywołane wcześniej polskie autorki, zwracające uwagę na to, iż w tekście choroby mówi głównie ciało – „chore, niedomagające, słabe, okaleczone”²⁷. Nie ulega bowiem wątpliwości, że choroba nas somatyzuje, zatem opowieści są mocno skupione na cieleśności i płyną z porządku somatycznego. Ciało chorujące istnieje dzięki i w opowieści, historia choroby zdaje się osadzać je w istnieniu, jak twierdzi Anatole Broyard w interesującej patografii *Upojony chorobą*: „choroba jest katastrofą, powodem do rozpacz czy przerażenia, lecz (pacjent – I.B.) musi uczynić z niej narrację [...]. Opowieści to przeciwciała broniące przed chorobą i bólem”²⁸. Choroba, ból, cierpienie czynią z somy nie tylko materię kruchą czy „organ z lekka nędzny”²⁹, ale są dowodem na istnienie, bycie tu i teraz. Dochodzi do sytuacji, w której trwamy (istniejemy) w opowieści chorobowej. Wydaje się istotne pamiętać o tym, że jest to jeden z wielu punktów widzenia – i to ten bardziej literaturocentryczny, zakładający, że wszystko da się znarratyzować.

22 A.W. Frank, *The Wounded Storyteller...*, s. 1.

23 Tamże.

24 A.W. Frank, cyt. za Angela Woods, *Więcej niż rany. Nowe spojrzenie na narracyjność, chorobę i ucieleśnione doświadczenie siebie*, tłum. A. Pogońska-Baranowska, „Teksty Drugie” 2021, nr 5, s. 257.

25 Tamże.

26 M. Okupnik, *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*, Kraków 2018, s. 163.

27 Tamże, s. 216.

28 A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wołowiec 2010, s. 35.

29 R. Barthes, *Roland Barthes*, tłum. T. Swoboda, Gdańsk 2011, s. 137.

Lektura jako czynność naprawcza

W związku z dużą różnorodnością w obrębie auto/patografii możemy z literaturoznawczej perspektywy spojrzeć na chorobę jak na sytuację narracyjną. Choroba domaga się opowiadania, czy raczej jest opowieścią cierpiącego ciała, zranionego podmiotu, narracją defektu paralelną względem innych opowieści nas, gdy 'ja' mówi o obawach, istotnych zmianach, somatyzacji, lękach, zmaganiach. Zraniony chorobą narrator konstruuje – na pozór chaotycznie – swą opowieść z miazgi znaczeń choroby. To miazga słów, ale też nowych sensów, przewartościowań, zmian toku narracji, innej perspektywy, odzwierciedlającej zmagania ciała. Auto/patografia staje się zapisem walki o nowe znaczenia i jednocześnie wyrazem samoświadomości, pozwala na nowo przeorientować punkty na mapie i odnaleźć choremu własne, oswojone, rozpoznane miejsce (Frank nazywa je miejscem społecznym), a dla czytelnika czy badacza stanowi jak to określa Małgorzata Okupnik „szczelinę obserwacyjną”³⁰. Projekty klasyfikacji, naukowej refleksji nad piśmiennictwem chorobowym, uporządkowania dyskursu defektów traktowanych jak psychosomatyczne niedomagania za pośrednictwem w tekście, w narracji, w czyjejs opowieści – to wszystko próby usłyszenia wywołanych przez chorobę opowieści, krytycznej odpowiedzi na nie. „Tożsamość jednostki zależy [...] od jej zdolności do podtrzymania ciągłości pewnej narracji, opowiadania/pisania nieprzerwanej historii o sobie” – jak za Anthonym Giddensem zauważa Okupnik. Ta ciągłość narracyjna zapewnia opowiadaczowi scalenie podmiotowości, ale też udostępnienie historii o samym sobie innym – czytelnikowi, odbiorcy, słuchaczowi. Ten, kto mówi w przypadku tekstów autopatograficznych, przemawia z miejsca zranienia.

Przez badaczy i badaczki³¹ podkreślany jest autoterapeutyczny impuls pisania o (własnej) chorobie, pisemnego utrwalania doświadczenia choroby. Intymny, dziennikowy na przykład, zapis doświadczenia choroby czy też swoista – nazywając to za Lejeuenem – chorobowa *historia osobowości* stwarza możliwość autoterapii nie tylko dla piszącego podmiotu. Oczywiście

³⁰ M. Okupnik, *W niewoli ciała...*, dz. cyt., s. 17.

³¹ Monika Ładoń podkreśla, iż „zapis własnego cierpienia w dziennikowym projekcie dawałby [...] szansę na autoterapię” (M. Ładoń, *Choroba jako literatura, Studia maladyczne*, Katowice 2019, s. 16), Hanna Serkowska wskazuje na terapeutyczno-pielegnacyjną rolę pisma, jako jedynej dostępnej choremu formie wyrazu (*Mapowanie narracji maladycznych*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 173). Paweł Rodak wśród funkcji dziennikowych zapisów wymienia m.in. funkcję terapeutyczną, porządkującą, dyscyplinującą i funkcję konstruowania tożsamości. Zob. P. Rodak, *Dziennikopisanie jako praktyka codzienności. O notatkach Edwarda Stachury*, [w:] „Antropologia praktyk językowych”, red. G. Godlewski, A. Karpowicz, M. Rakoczy, s. 270–271.

jest, że podmiot defektywny pisze z najróżniejszych powodów³², m.in. by usensownić własne doświadczenie w pisemnym świadectwie tego, co przeżywa/przeżył; by – znów po Lejeunowsku – „okiełznać czas” (dodajmy: czas choroby, często przyjmowany jako aberracja na osi życia, zaburzenie czasowe); bo pisanie to często jedyna w pełni dostępna forma ekspresji doświadczenia choroby, zwłaszcza gdy język zawodzi, głos się łamie, słowa się rozpadają i nikt nie słucha; wreszcie, by samego siebie ukoić tą naturalną jak oddychanie formą autoterapii. Istotna jest również funkcja enuncjacyjna pisania – możliwość zwierzenia się. Ten, kto mówi, w przypadku tekstów autopatograficznych przemawia z miejsca zranienia. Mówi do nas. W tym sensie tekst byłby „wyzwaniem” dla czytelnika/odbiorcy.

Ciągłość narracyjna zapewnia opowiadaczowi scalenie podmiotowości, ale też dostęp do historii o samym sobie. Tekst choroby³³ przejmuje terapeutyczno-pielęgnacyjną funkcję pisania i ujawnia ją w odczycaniu, w akcie lektury, udostępniając ją czytelnikowi. Lektura tekstu maladycznego może być czynnością naprawczą. Literatura staje się remedium, celulozowym środkiem przeciwbólowym, niwelującym cierpienie. I nie chodzi tylko o pokrzepienie, rozpoznanie w losie innego elementów własnego doświadczenia, a o coś więcej – o poczucie siły, o wzmocnienie/zrozumienie nowej podmiotowości, o świadomość, że nie jesteśmy w tym doświadczeniu osamotnieni i nie musimy w nim być sami. Pomiotów dotkniętych zranieniem jest więcej. Świadomość, że zranienie może przydarzyć się każdemu, jako element wpisany w ludzką kondycję, może być doświadczeniem rozpiętym między ograniczonym czasowo wyjątkiem a anomalią przemieniającą się w nową normę. Chodzi też o antycypacje potencjalnych doświadczeń i oswojenie lęków.

Narracje maladyczne wymagają lektury empatycznej³⁴, głębszej (tzn. opartej na współbyciu z tekstem), zaangażowanej i dokonywanej ze świa-

32 Naddatkem pewnego rodzaju byłoby to, że narracje choroby przesuwiają cierpienie ze sfery prywatnej do publicznej, podkreślając sprawczość chorego, zob. H. Serkowska, dz. cyt.

33 Tekst choroby/tekst maladyczny/tekst defektywny – rozumiem nie tylko jako tekst tematyzujący chorobę, będący zapisem doświadczenia choroby (autopatografia) czy fikcjonalizujący to doświadczenie (patografia), ale szerzej jako tekst wyczulony na egzystencję okołochorobową.

34 Pojęcia lektury empatycznej używam za E. Winiecką, *Inność, którą trzeba chronić*. O empatii zbudowanej na dystansie, „Poznańskie Studia Polonistyczne” 2010, nr 17, s. 205: „Empatyczna lektura przekształciła się w obcowanie z tekstem, którego nigdy do końca zrozumieć ani oswoić się nie da. W postawie empatii liczy się dziś zatem nie tyle możliwość odtworzenia w sobie cudzych doświadczeń, co etyczna konieczność podejmowania działań prowadzących do ochrony tego, co inne, co wymyka się uogólnieniu, uniwersalizacji, a także utekstowieniu”.

domością zranienia podmiotu opowieści, związku tekstu z życiem autora/ autorki (możemy zatem mówić odwołując się do teorii autobiografii o pewnym maladycznym pakcie, pakcie patograficznym czy o kruchym sojuszu). Czytelnik/odbiorca/słuchacz/badacz występuje w roli świadka, w każdym akcie lektury świadczy pewnej tekstowej reprezentacji doświadczenia. Wszelkie jej elementy: narracja, styl, język potrzebują uważności. Lektura narracji zranienia byłaby lekturą stanu wyjątkowego, odczytaniem i interpretacją stanu zapalnego mowy.

Pytając o maladyczne tryby lektury pytamy o to, jak czyta czytelnik maladyczny? Jak czytające ciało reaguje na tekst choroby? Jaka jest rama sytuacyjna lektury defektywnej? Dlaczego czytamy patografie i autopatografie? Te historie czytania, będące przychodzeniem w połowie czyjejś opowieści domagają się głosu rozumianego jako swoiste świadectwo indywidualnego aktu lektury, prywatna historia zdarzenia intymnego. Świadectwo tego, co w nas pozostało, co pozostawiła w nas konkretna narracja. Kolejny pożytek z narracji troski: lektura ma naprawczy potencjał, może nas zmienić, ochronić, ocalić. Odnalezienie „swojej” (w znaczeniu bliskiej mi, właściwej mi) opowieści wyzwala poczucie przynależności do wspólnoty tematu/utekstowanego doświadczenia, do wspólnoty ranliwych bytów. Akt lektury narracji maladycznej jest czynnością intymną – tekst transmittuje ból towarzyszący doświadczeniu choroby, w stanie zapalnym mowy jednoczy nadawcę i odbiorcę, scala w doświadczeniu cierpienia: „udręczone bólem ludzkie ciało znajduje swój odpowiednik w tkance utworu literackiego”³⁵ – jak o tekstualizacjach doświadczenia choroby pisze Agnieszka Kwiatkowska. Podstawą lektury jako czynności naprawczej – tego szczególnego doświadczenia tekstu – jest nie tylko otwartość poznawcza względem tekstualizacji choroby, ale także świadomość (otwartość na to) lektury ukierunkowanej na czytanie samego siebie. Choroba przenika zarówno nas (poszczególne jednostki, które ujmują się w formule „ja bolę”), jak i teksty maladyczne (w całej swej gatunkowej różnorodności) i elementy zewnątrztekstowe – świat, w którym chorujemy.

Kruchy sojusz albo pakt patograficzny

Doświadczenie towarzyszące lekturze tekstów maladycznych jest wyzwaniem jako świadkowanie cierpieniu. Parafrazując tytuł znanej książki Małgorzaty Czerwińskiej chorobopisanie mogłoby być świadectwem, wyznaniem i wyzwaniem – oczekującym czytelniczego dopełnienia w postaci lektury empatycznej, ujawniającej swój naprawczy potencjał. Chciałabym myśleć o pisaniu maladycznym i różnych możliwych chorobowych strate-

³⁵ A. Kwiatkowska, *Jedność w bólu*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 197.

giach pisarskich, a także o lekturze maladycznej i czytelniczej relacji z tekstem jako o kruchym sojuszu. Pisanie chorobowe to kruchy sojusz, który zawieramy w dowolnych konfiguracjach (tekst i osoby wewnątrz i na zewnątrz niego). Jest deklaracją o wspólnym działaniu, kiedy udzielamy sobie wzajemnie tekstu, języka, słów, obrazów, metafor. Kruchy sojusz postkrytyczny oparłabym na dowartościowaniu afektywnej matrycy tekstu i budowaniu relacji z tekstem. Zakłada on lekturę bez dystansu, mówienie „tak” tekstowi, radykalne formy obcowania z tekstem, prywatne zaangażowanie w relację z nim, usłyszenie jego „znaczącego prywatnego głosu”. Taki tryb lektury, taka strategia czytania umożliwia pracę pisma, pracę tekstu, powoduje, że tekst performuje: przeobraża nas, przynosi zmianę, pracuje, zmienia naszą codzienność. Kruchy sojusz, w jaki wchodzimy z danym tekstem czy dzięki tekstowi z innymi głosami ranliwych narratorów, chciałabym widzieć jako możliwe rozszerzenie słownika mówienia o literaturze maladycznej, pojęciownika odbiorców tekstów cierpienia, narracji pisanych w specyficznej poetyce bólu.

We wspólnym tekście zatytułowanym *Kruche sojusze* próbowałyśmy razem z Barbarą Woźniak uchwycić jego istotę, mniej więcej w tych słowach: „Kruchy sojusz może też być gadaniem, cichą rozmową, dialogicznym nastawieniem, ciekawością słów innego bytu, dawaniem przestrzeni na mówienie, dawaniem mówienia, werbalizowaniem troski, niezwykłością relacji, spokojnym oddychaniem w ciszy, przewracaniem kolejnych stron”³⁶.

„Matryca afektywna”, na której autorzy autopatografii utrwalają gniew, smutek i szereg innych emocji znajdujących się u początku maladycznego pisania, i struktura odczuwania doświadczenia defektywnego (zapośredniczone w tekście afekty) odciskają się w czytelniku. Afekt tekstu uchodzi w stronę odbiorcy. Zanurzenie w doświadczeniu bólu spaja ranliwe podmioty: autorów/narratorów, czytelników, badaczy tekstów maladycznych. Tekst choroby jest centralnym elementem tych relacji, jest przestrzenią wokalizacji stanu zapalnego mowy – gdzie pojawia się pragnienie/impuls/potrzeba człowieka doświadczającego zranienia do mówienia/pisania o nim oraz innego, drugiego człowieka doświadczającego/lub mogącego doświadczyć zranienia – rodząc: „szczególne doświadczenie lekturowe, zwrócone ku odczytaniu samego siebie, które rzutuje na sposób postrzegania jednostki i świata”³⁷. Taki tekst jest przestrzenią relacji autora i czytelnika maladycznego, rezonuje w procesie odbioru, w akcie lektury. W efekcie lektura jest działaniem posiadającym naprawczy potencjał i zarazem czynnością zawiązującą wspólnoty (choćby taką: narracja staje się miejscem wspólnym autora i czytelnika).

³⁶ I. Boruszkowska, B. Woźniak, *Kruche sojusze*, „Czas LiteratURY” 2023, nr 2, s. 33.

³⁷ A. Kwiatkowska, dz. cyt., s. 196.

Kruchy sojusz zawiązuje się „w językach i w ciszy, w ważnym spotkaniu z tym, co w tekście i poza nim. Jest stylem radykalnej lektury i radykalnego pisarstwa – życiowo-artystycznych praktyk opartych na wrażliwości na dźwięki, uważności na znaki i uznaniu naszych predyspozycji do widzenia [...] podobnych obrysów rzeczy. Kruchy sojusz to uznanie, że jesteśmy względem siebie zależni, że jesteśmy krusi, że jesteśmy ranliwi: my (osoby piszące, czytające, postaci zaludniające fabuły), teksty, słowa, brzmienia, znaki”³⁸. Styl radykalnej lektury, wywołany przez tekst maladyczny, zawiązany w kruchym sojuszu, sprawia, że w narracji czytelnik zyskuje możliwość wysłowienia własnych emocji. Tak pojęta radykalna lektura ma zatem też potencjał kształtowania zmiany społecznej, może wytworzyć alternatywę: społeczną, polityczną, ekonomiczną, indywidualną (egzystencjalną). Jest lekturą zaangażowaną. Kruchy sojusz, o jakim tu piszę, to relacja z Drugim Bytem, także poza-ludzkiem, oparta na bliskości respektującej granice i szacunku względem różnicy, to wychylenie „ku innym bytom” rozumiane jako sposób przezwycięzania kryzysów.

Rozszerzona wspólnota zranionych bytów (ludzkich i poza-ludzkich)

Narracje choroby, powstające w agambenowskim wyjątku, pisane w stanie zapalnym mowy, potrzebują czułych, uważnych czytelników i czytelniczek, posiadają bowiem dotkniętych ranliwością narratorów. Ranliwość podmiotu to podatność na zranienie, psycho-fizyczna dyspozycja do współodczuwania i uwrażliwienie na wszelkie znaczenia choroby, świadomość swojej kruchości. Relacje między nadawcą, odbiorcą i tekstem maladycznym powinny opierać się na uważności względem uczestników tego spotkania. Lektura narracji maladycznej rozumiana jako czynność naprawcza będzie dla mnie spotkaniem troski (postulowanym przez Szewczyka), ważnym słuchaniem (postulowanym jeszcze przez Emanuela Levinasa), dostrzeżeniem ‘czułego narratora’. Z punktu widzenia czytelnika lektura narracji maladycznych pozwala akceptować własne zranienia, ale też jest drogą włączającą do wspólnoty. Mam wrażenie, że w obrębie narracji o zdrowiu i chorobie dochodzi do poszerzenia wspólnoty zranionych, ale nie tylko tych, którzy piszą i opowiadają (jak chciałby Frank), ale też ranliwych czytelników (jak chciałbym ja, tzn. nie tylko zranionych, podatnych na zranienia, świadomych swojej ranliwości, ale także świadomych zablźnień i zranień u innych, uważnych na te inne właśnie opowieści). W takim ujęciu — wychodząc od zaproponowanej przez Tadeusza Sławka zupełnie jednostkowej, idiosynkratycznej, skupionej na podmiocie ujętym w pier-

38 I. Boruszkowska, B. Woźniak, dz. cyt., s. 34.

wszej osobie liczby pojedynczej — formuły „ja bolę”³⁹, przez wspólną doświadczoną chorobą, zbudowaną na dzieleniu doświadczenia (która wytwarza się w wyniku doświadczenia medycznego, w toku snucia narracji czy w akcie lektury), przejść możemy jeszcze dalej, poszerzając pole ranliwej wspólnoty. To co dalej — to dla mnie inaczej pojmowana wspólnota, bardziej w duchu Bruno Latoura: dostrzegająca i włączająca w swój zrab byty ludzkie i poza-ludzkie, takie jak: zwierzęta znajdujące się w kręgu cierpienia, rośliny przemawiające nieantropocentrycznymi językami o śmierci, doświadczające zdrowia i choroby innobyty, kumulujące w swojej aurze doświadczenie bólu.

³⁹ Zob. T. Sławek, „Ja bolę”. *Boleść i terapia*, dz. cyt., s. 89–107.

Iwona Boruszkowska

Faculty of Polish Studies, Jagiellonian University, Kraków

ORCID 0000-0001-8021-9210

Writing under the martial law regime and reparative reading: Origins and benefits of literary fragility

Streszczenie

This article presents a theoretical framework and a network of concepts that could be useful in analyzing illness narratives. As a relatively new field of the humanities, the cultural discourse of health and illness is still in need of an appropriate methodology and a set of handy concepts, i.e. a foundational cultural theory fit to deal with texts concerned with the specific experience of health and illness. Here the key concepts are fragility, reparability, vulnerability and harm. While drawing on the idea of 'writing in a state of emergency', based on Giorgio Agamben's discussion in *The State of Exception*, the article also offers the author's own conceptions of a 'fragile alliance' and of reading illness narratives as a therapeutic (restorative) activity.

Key words

health humanities – illness narrative theory – state of emergency writing – restorative reading – fragility – reparability – Giorgio Agamben (b. 1942)

Słowa kluczowe

kruchy sojusz, lektura maladyczna, antropologia choroby, lektura naprawcza, kruchość, ranliwość

Bibliografia

- Agamben G., 2008, *Stan wyjątkowy*, przeł. M. Surma-Gawłowska, Kraków: Korporacja ha!art.
- Baranowska M., 2005, *To jest wasze życie. Bycie sobą w chorobie przewlekłej*, Warszawa.
- Barthes R., 2013, *Dziennik żałobny*, tłum. K.M. Jaksender, Wrocław, s. 238.
- Barthes R., 2011, *Roland Barthes*, tłum. T. Swoboda, Gdańsk, s. 137.
- Blecher M., 2018, *Rozświetlona jama. Dziennik sanatoryjny*, tłum. J. Kornaś-Warwas, Warszawa, s. 56.
- Boruszkowska I., Woźniak B., 2023, *Krucze sojusze*, „Czas Literatary” 2023, nr 2, s. 33.
- Broyard A., 2010, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wołowiec, s. 35.
- Burzyńska A., 2004, *Kariera narracji. O zwrocie narratystycznym w humanistyce*, „Teksty Drugie” 2004, nr 1–2, s. 43–64.
- Couser G.T., 1997, *Recovering Bodies. Illness, Disability and Life Writing*, Madison.
- Derrida J., 1998, *Ta dziwna instytucja zwana literaturą (z J. Derridą rozmawia Derek Attridge)*, tłum. M.P. Markowski, „Literatura na Świecie” 1998, nr 11–12, s. 20 i n.
- Epstein J., 1995, *Altered Conditions. Disease, Medicine and Storytelling*, New York–London.
- Foucault M., 2005, *Inne przestrzenie*, tłum. A. Rejniak-Majewska, „Teksty Drugie” 2005, nr 6, s. 117–125.
- Foucault M., 2000, *Techniki siebie*, [w:] tegoż, *Filozofia, historia, polityka*, tłum. D. Leszczyński, L. Rasiniak, Warszawa, s. 258.
- Frank A.W., 1995, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, Chicago: University of Chicago Press.
- Hawkins Hunsaker A., 1993, *Reconstructing Illness: Studies in Pathography*, West Lafayette.
- Jurecic A., 2012, *Illness as Narrative*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- K. Conway, 2013, *Beyond Words. Illness and the Limits of Expression*, Albuquerque: University New Mexico Press.
- Kaczmarek A., 2016, *Od milczenia do opowieści. Kulturowe dyskursy o umieraniu i śmierci*, Poznań, s. 180.
- Kleinman A., 1988, *The Illness Narrative. Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York.
- Kwiatkowska A., 2021, *Jedność w bólu*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 197.
- Ładoń M., 2019, *Choroba jako literatura, Studia maladyczne*, Katowice.
- Okupnik M., 2018, *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*, Kraków, s. 163.

- Rodak P., 2016, *Dziennikopisanie jako praktyka codzienności. O notatnikach Edwarda Stachury*, [w:] „Antropologia praktyk językowych”, red. G. Godlewski, A. Karpowicz, M. Rakoczy, s. 270–271.
- Serkowska H., 2021, *Mapowanie narracji maladycznych*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1.
- Sławek T., 2019, „*Ja bolę*”. *Boleść i terapia*, [w:] *Fragmenty dyskursu maladycznego*, red. M. Ganczar, I. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk, s. 89–107.
- Szubert M., 2019, *Narracyjność choroby i nadejście medycyny jutra*, „Kultura Współczesna” 2019, nr 4, s. 77.
- Turner B., 1992, *Regulating Bodies. Essay in Medical Sociology*, Routledge, Londyn.
- Winiecka E., 2010, *Inność, którą trzeba chronić. O empatii zbudowanej na dystansie*, „Poznańskie Studia Polonistyczne” 2010, nr 17, s. 205.
- Woods A., 2021, *Więcej niż rany. Nowe spojrzenie na narracyjność, chorobę i ucieleśnione doświadczenie siebie*, tłum. A. Pogońska-Baranowska, „Teksty Drugie” 2021, nr 5, s. 257.