

MATEUSZ SZUBERT

NARRACYJNOŚĆ CHOROBY I NADEJŚCIE MEDYCYNY JUTRA

MATEUSZ SZUBERT

Kulturoznawca i filolog, adiunkt w Instytucie Polonistyki i Kulturoznawstwa Uniwersytetu Opolskiego. Główne obszary jego zainteresowań badawczych to: socjologia i antropologia ciała, historia kultury, intymistyka. Szczegółowo analizuje następujące kategorie socjokulturowe: wstyd, tabu, ból, stygmatyzację i ekskluzję. Prowadzi wykłady i seminaria z historii medycyny na kierunku lekarskim UO. Autor między innymi książki *Żyjąc w cieniu śmierci... Kulturowy obraz gruźlicy* (2011) oraz artykułów *Wstyd w dyskursie kulturowym* (2017) i *Anatomia bólu* (2017).

Szkoda, że wulgarnie miazmaty technicznej Hybris zastąpiły epickość i tragizm.

GUIDO CERONETTI¹

Dziedziczne ograniczenie można jednak obejść. Ewolucja biologiczna stworzyła gatunek potrafiący myśleć i manipulować własnym środowiskiem. Temu gatunkowi udaje się teraz dotrzeć do własnego projektu i go poprawić. Jest on także w stanie zrewidować i zmienić podstawowe dogmaty biologii.

RAY KURZWEIL²

WSTĘP

W 1988 roku Julian Aleksandrowicz, wybitny polski hematolog i internista, we wstępie do książki mającej charakter dialogu lekarza z poetą, odnotował:

Nie jest praktykowane, by przedstawiciele tak pozornie odległych dziedzin jak medycyna i poezja, nauki przyrodnicze i humanistyka, utrwalali wspólne przemyślenia w postaci książki. Chyba nikt dotąd nie zabiegał o próbę syntezy takich punktów widzenia, ktoś musi więc być

¹ G. Ceronetti, *Milczenie ciała. Materiały do studiów medycznych*, tłum. M. Ochab, Słowo/obraz, terytoria, Gdańsk 2004, s. 152.

² R. Kurzweil, *Nadchodzi osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, tłum. E. Chodkowska, A. Nowosielska, Kurhaus Publishing, Warszawa 2018, s. 306.

*pierwszy. Taka forma, nie będąc tradycyjną, będzie innowacyjną, a wynika przecież ze wspólnego celu, jakim jest przetrwanie ludzkości w zdrowiu, dobru i pięknie*³.

Słowa te stanowią mogą dogodny punkt wyjścia refleksji nad miejscem humanistyki we współczesnej medycynie. Wypada zacząć od stwierdzenia, że funkcjonujące przez wiele dekad niemal w absolutnej izolacji nauki przyrodnicze i humanistyczne coraz częściej (i chętniej) wychodzą sobie na spotkanie. Sformułowana w 1959 roku przez brytyjskiego chemika Charlesa Percy'ego Snowa koncepcja dwóch kultur diagnozowała stan przepaści pomiędzy niedającymi się pogodzić odmiennymi światopoglądami i wrażliwością humanistów, określanych przez Snowa mianem „intelektualistów o proweniencji literackiej”, i przedstawicieli nauk przyrodniczych, zasługujących na miano reprezentantów świata nauki⁴. Konflikt między elitaryzmem pierwszych a monopolem poznawczym drugich rozpoczął się na dobre w drugiej połowie XIX wieku i, zdaniem wielu badaczy obu skonfliktowanych stron, także dzisiaj nie traci na aktualności.

Mimo tak pesymistycznej wizji Snowa obserwować dziś możemy zarówno zjawisko medykalizacji humanistyki, jak i – będące przedmiotem tego wywodu – zjawisko humanizacji medycyny. Trend ten wynika przede wszystkim z towarzyszącego obecnie przedstawicielom obu tradycji naukowych przekonania o potrzebie integrowania różnych spojrzeń, praktyk i warsztatów badawczych. Redukcjonizm poznawczy, zarówno spod znaku biologizmu, jak i kulturalizmu czy też socjologizmu, traci coraz wyraźniej na atrakcyjności. W naukach społecznych i humanistycznych nastąpił w ostatnich dekadach znaczący zwrot w stronę ciała i biologii, będący w istocie próbą przypomnienia (po Marcelu Maussie i Bronisławie Malinowskim), że ludzka fizjologia także warunkuje rozwój kultury. Dostrzegana dziś (nad)obecność ciała w przestrzeni publicznej i prywatnej pozwala mówić o swoistej somatyzacji kultury. Zjawisko to jest zbieżne z koncepcją Bryana Turnera, który wprowadził na stałe do języka socjologii pojęcie „społeczeństwa somatycznego” (*somatic society*), na oznaczenie prymarnej roli ciała w budowaniu tożsamości ponowoczesnej. „Ciało – co wielokrotnie podkreślał Turner – jest społecznie konstruowane poprzez dyskursy – medyczny, moralny, artystyczny i komercyjny”⁵.

Idei somatyzacji i medykalizacji kultury odpowiada w świecie medycyny jej humanizacja. Zjawisko to można z powodzeniem śledzić przede wszystkim na gruncie psychiatrii, która od czasu Karen Horney, Ericha Fromma, a w Polsce choćby Antoniego Kepińskiego za niekwestionowany paradygmat przyjęła tezę o nerwicogennej roli kultury. Psychoanaliza kulturowa Horney znacząco odmieniła samo rozumienie określenia „neurotyczny”, którego odtąd nie można było stosować bez jego implikacji kulturowych. Jej słowa: „nie ma czegoś takiego,

3 J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, Oficyna Wydawnicza „Ston”, Radom 1991, s. 11.

4 C.P. Snow, *Dwie kultury*, tłum. T. Baszniak, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.

5 B. Turner, *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Routledge, London–New York 1992, s. 8. Jeśli nie zaznaczono inaczej, tłumaczenie własne autora artykułu.

jak psychologia człowieka normalnego, która odnosiłaby się do całej ludzkości”⁶, stanowić mogą manifest relatywizmu kulturowego. Koncepcja zdrowia (nie tylko psychicznego) różni się znacząco w zależności od konkretnej formacji kulturowej. Wiedza ta powoli zaczyna się upowszechniać w wielu innych dyscyplinach nauk medycznych. Ingerencja normotwórcza, będąca istotą działań konkretnych kultur, nie dotyczy jednak wyłącznie sfery psychicznej człowieka, ale i jego ciała. Współczesna immunologia, której trudno „zarzucić” nieoczywisty status nauk przyrodniczych psychiatrii, oparta jest na przeświadczeniu o psychospołecznych, a więc kulturowych determinantach systemu odpornościowego. Klinicyści wskazują na kulturowe (egzogenne) tło niezliczonych chorób i dolegliwości.

Rzecz jasna przyznawanie czynnikom kulturowym znaczącej roli w etiologii choroby nie przesądza w żadnym razie o procesie humanizacji samej medycyny. To niezależne od siebie mechanizmy. Istotą medycyny humanistycznej pozostają otwartość na drugiego człowieka, zdolność wsluchania się w jego skargę i podjęcie próby zrozumienia świata człowieka chorego. Choroba w nurcie medycyny humanistycznej zawsze jest czymś więcej niż zwykłą patologią tkanek czy nerwów. Staje się sytuacją narracyjną, opowieścią, niekoniecznie zwerbalizowaną, o własnej, najczęściej niepożądaney, przemianie. Warto przywołać w tym miejscu amerykańskiego pisarza i krytyka literackiego Anatole’a Broyarda, zmagającego się z chorobą nowotworową, którego przejmujące słowa najlepiej ilustrują ideę medycyny humanistycznie zorientowanej: „Czego oczekuję od mojego lekarza teraz, gdy wiem, że mam raka prostaty, węzłów chłonnych i kręgosłupa? Rzekłbym, że szukam takiego lekarza, który będzie uważnym czytelnikiem mojej choroby i dobrym krytykiem medycyny”⁷.

HOMO MEDICUS

Znamienne, że najmocniejszy głos postulujący potrzebę humanizacji medycyny należy do lekarza, wybitnego specjalisty chorób wewnętrznych, kardiologa i pulmonologa – Andrzeja Szczeklika, którego trylogię *Katharsis*, *Kore* i *Nieśmiertelność* potraktować można jako arcydzieło literacko-medycznej eseistyki. Dla tego wybitnego lekarza humanisty medycyna jest przede wszystkim intymnym spotkaniem lekarza z drugim człowiekiem; spotkaniem szczególnym, bo dokonującym się najczęściej w osobliwej przestrzeni cierpienia.

Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, ażeby zażegnać trwogę, albo skamieniałe rysy twarzy, za którymi kryje się nieufność do lekarza. I chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku, odsonić ważki szczegół, uściślić chronologię. Dla opowia-

6 K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tłum. H. Grzegółowska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976, s. 31.

7 A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 56.

dającego – ta historia to rzecz pierwszorzędną. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza⁸.

(Od)czytanie języka bólu i próba jego deszyfryzacji stanowią samą esencję zawodu lekarza. Umiejętność ta wymaga jednak nie tylko doskonałej erudycji medyka, ale i, w nie mniejszym stopniu, nadzwyczajnej empatii, niesłabnącej gotowości wsłuchiwania się w skargę cierpiącego, umiejętności oddalania od siebie znużenia i zniecierpliwienia (chorym i/lub jego chorobą). Pokusa odejścia od chorego pojawić się może także w sytuacji niemocy samej medycyny. „Trzeba mieć oczywiście odporność – wyznaje przejmująco Szczeklik – żeby znaleźć w sobie siłę do wejścia na salę chorych, wiedząc, że leży tam ktoś, komu się ma bardzo niewiele do ofiarowania. W takiej sytuacji ręka cofa się przed klamką”⁹. Nie ulega przecież wątpliwości, że to lekarze stają się pierwszymi ofiarami bezkrytycznej wiary w moc i potęgę współczesnej medycyny. Ich omnipotencja jest jednym z najtrwalszych mitów zachodniej nauki; daje ludziom błogie poczucie beztróski, za które jednak przychodzi zapłacić ostatecznym rozczarowaniem. Sen o potędze medycyny kończy się na salach opieki paliatywnej.

Szczeklik, prognozując, jak będzie wyglądała przyszła medycyna, przeczuwa przede wszystkim liczne problemy natury etycznej. Era transplantacji, eugeniki, inżynierii genetycznej stwarza zupełnie nowe zagrożenia, z którymi będą musieli zmierzyć się aktualni i przyszli lekarze. Przywołany przez krakowskiego uczonego przykład Isabelle Dinoire, 38-letniej Francuzki, której w listopadzie 2005 roku zespół chirurgów przeszczepił całą twarz – skórę, tkankę podskórną, mięśnie, włącznie z fragmentami kości – okazał się przekroczeniem kolejnej granicy w dziedzinie transplantologii. O wyjątkowości tej operacji przesądził przede wszystkim fakt, że po raz pierwszy pobrano w całości twarz ze zwłok innej kobiety. Stawiane dotąd wyłącznie przez humanistów i filozofów pytanie o tożsamość, nagle nabrało nadzwyczajnej rangi w świecie medycyny. Kogo widzi w lustrze kobieta, która „nosi” obcą twarz? Kogo widzą jej najbliżsi? Czy jest możliwe, aby zintegrować nowy wizerunek siebie? Te i podobne pytania stały się niespodziewanie przedmiotem debaty publicznej, zwłaszcza otwartych na głos etyków i humanistów sympozjów akademickich. Filozofia medycyny, akcentująca problemy aksjologiczne, tuż obok lektury dzieł wielkich humanistów może się wkrótce okazać niezwykle przydatna w praktykowaniu „nowej” medycyny.

Nie ulega wątpliwości, że współczesna medycyna Zachodu kreuje zupełnie nowy świat, świat bez precedensu, wymuszający korektę dotychczasowych zasad deontologii lekarskiej. Gwałtowny postęp medycyny stawia lekarza w sytuacji, do której bardzo często nie został przygotowany w ramach studiów medycznych. Dzięki odczytaniu kompletnego zapisu genetycznego człowieka w 2001 roku jesteśmy na nowym etapie: *post-genomic medicine*. Ingerencja w świat ludzkiego

⁸ A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2006, s. 12.

⁹ A. Szczeklik, *O sztuce lekarskiej*, [w:] K. Janowska, P. Mucharski, *Rozmowy na koniec wieku*, t. 1, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 1997, s. 269.

genomu zapowiada scenariusz znany dotąd wyłącznie z literatury science fiction. Genomika i bioinformatyka staną się wkrótce podstawowymi dyscyplinami służącymi klinicytom. Trudno oprzeć się wrażeniu, że oto spełnia się wizja *Nowego uspaniałego świata*, antyutopii Aldousa Huxleya wydanej po raz pierwszy w 1932 roku. Obok dość oczywistych możliwości wynikających z nowej technologii pojawia się bowiem szereg, już mniej oczywistych, zagrożeń związanych choćby z problemem ochrony materiału genetycznego, badań na ludzkich zarodkach i ich selekcji czy też ze społecznymi konsekwencjami coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa. Francis Fukuyama, śledząc kierunek rozwoju współczesnej medycyny, zauważa:

największa groźba współczesnej biotechnologii wynika z faktu, iż może ona zmienić naturę ludzką i w związku z tym przenieść nas w „poczwowiczy” etap historii. [...] Techniki medyczne oferują nam w wielu przypadkach podpisanie cyrografu z diabłem: dłuższe życie za cenę obniżenia sprawności umysłowej, uwolnienie się od depresji, lecz również od kreatywności i duchowości, czy terapie zacierające granice między tym, czego dokonujemy sami, a tym, czego pozwala nam dokonać obecność różnych substancji chemicznych w naszych mózgach¹⁰.

Refleksja humanistyczna, upominająca się o wartości duchowe i symboliczne, wydaje się bezcenna w czasach (bezkrytycznego) technologicznego entuzjazmu. Współczesna kultura Zachodu karmi się wizją świata wolnego od chorób i starości, przyczyniając się tym samym do nadzwyczajnej presji wywieranej na przedstawicielach nauk biomedycznych. Koncerny farmaceutyczne, motywowane dodatkowo własnymi interesami, chętnie odpowiadają na owe społeczne pragnienia. Docelowym ich efektem jest przeciwdziałanie wszelkim oznakom dyskomfortu psychofizycznego – specyficzna eradykacja z ludzkiego pejzażu bólu i cierpienia. Kultura XXI wieku to era analgetyków.

Wyjątkowość pisarstwa Szczeklika, owo niezwykle rzadkie łączenie erudycji humanisty i lekarza, dostrzega Adam Zagajewski:

Jakież to szczęście, że możemy jeszcze spotkać Autora, który czyta Dantego, rozumie – i podziela – niepokój dawnych i nowych poetów, który ma za sobą tak wiele humanistycznych lektur, a jednocześnie pomaga nam ogarnąć skomplikowaną strukturę najbardziej nowoczesnej teorii medycznej. Jaka to przyjemność czytać książkę, która potrafi połączyć kompetentny wykład nowej biologii z intuicją artysty wiedzącego, że także i zdrowie fizyczne, tak nam potrzebne, tak wymarzone, tak niektórym tragicznie odebrane, nie jest jeszcze wszystkim, ponieważ być człowiekiem to pytać o jutro, o duszę, o sens życia, o nieskończoność¹¹.

¹⁰ F. Fukuyama, *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, tłum. B. Pietrzyk, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2008, s. 20 i 21.

¹¹ A. Zagajewski, *Wstęp*, [w:] A. Szczekliki, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2007, s. 7.

Idea nierozdzielania – pozornie tylko, jak się okazuje – odległych i nieprzystających do siebie światów medycyny i humanistyki zostaje w trylogii Szczeklika spełniona mistrzowsko. Krakowski lekarz i artysta odsłania jednocześnie tajemnice ludzkiej fizjologii i duchowości, płynnie przechodząc od interpretacji starożytnych mitów do prezentacji kolejnych odkryć medycznych. Zaskakuje nie tylko bogactwo odniesień, ale też ich proweniencja. Mity, symbole, dzieła sztuki, teorie muzyczne i traktaty filozoficzne łączą się niemal automatycznie ze światem przyrodniczym, nie tworząc ani przez ułamek sekundy wrażenia sztuczności czy niedopasowania. Całość prowadzi czytelnika do oczywistego, choć rzadko sformułowanego wniosku: medycyna od samego początku swojego istnienia jest wielkim dziełem kultury, sięgającym korzeniami do odległych praktyk magicznych. Historia medycyny doskonale ilustruje znaczenie, pomijanych dziś powszechnie, czynników kulturowych, społecznych i religijnych w rozwoju wiedzy i praktyki lekarskiej. Warto przypomnieć, że gwałtowne odłączenie medycyny od filozofii i humanistyki nastąpiło dopiero w połowie XIX wieku wraz z rozwojem mikrobiologii i, w konsekwencji, narodzinami medycyny klinicznej. Początkom technicyzacji samej medycyny towarzyszyła wyraźna zmiana statusu lekarza, który odtąd w coraz mniejszym stopniu posiadał dawne kompetencje i pasje artysty lekarza, a coraz bardziej stawał się znawcą szczegółowej wiedzy przyrodniczej.

Próba przełamania fatalizmu przyrodniczego, wyrażona dodatkowo przez jej wybitnego reprezentanta, z całą pewnością zasługuje na uznanie. Szczęśliwie ów wielki manifest lekarza humanisty, postrzegającego nieodmiennie medycynę jako Sztukę, nie jest odosobniony. W jego eseistyce odnaleźć można nawiązania do myśli tak wybitnych postaci świata medycyny (i humanistyki zarazem), jak Władysław Biegański, Antoni Kępiński czy Julian Aleksandrowicz. Wspomniane osoby stanowiły prawdziwą elitę świata medycyny, kształcąc przyszłe pokolenia lekarzy w duchu szacunku dla wartości kulturowych. Przyświecało im coraz częściej akceptowane dziś przekonanie, że kwestia zdrowia i choroby nie może być nigdy wyłączną domeną lekarzy. Medycyna, mimo swego oczywistego pragmatyzmu i racjonalizmu, wciąż pozostaje – wzorem humanistyki – poszukiwaniem prawdy o człowieku. I choć postulat ten doskonale wypełnia sama fizjologia, a w ostatnich dekadach genetyka, lekarze coraz chętniej odwołują się do świata filozofii i kultury, by tam odnaleźć źródło „nowej” wiedzy o człowieku. Warto przywołać profetyczne słowa Juliana Aleksandrowicza:

Faktem jest, że obecna nauka, zwłaszcza medycyna, która zabrnęła w ślepe zaułki redukcjonizmu, neopozytywistycznego maszynizmu i nihilizmu terapeutycznego, paraliżuje osobowość ludzi nauki żądaniem wyłączności „mędrca szkiełka i oka”. Tymczasem nauce, by sprostała wyzwaniu naszych czasów, koniecznie należy przywrócić – jej ludziom – owe „wzgardzane” cechy, jak właśnie emocje, wyobraźnię (nade wszystko etyczną), intuicję, nawet iluminację¹².

12 J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U prognozy...*, dz. cyt., s. 9.

JĘZYK CHOROBY

Wypowiadanie choroby nie ma charakteru wyłącznie słownego. Chorobę można próbować wyrazić poprzez dźwięk czy obraz; kazusy Fryderyka Chopina, Karola Szymanowskiego czy Fridy Kahlo – by odwołać się tylko do jaskrawych przykładów – wydają się potwierdzać oczywistość postawionej tezy. Tekstualizacja choroby polega zatem na próbie znalezienia odpowiedniego języka do wyrażenia dramatu rozpadu ciała, a nierzadko i tożsamości, która wskutek doświadczanej traumy może ulec znaczącej przemianie. Kulturowa (holistyczna) lektura schorzenia jest próbą przełamania jednostronnego, biomedycznego modelu jego postrzegania. Chorobę z powodzeniem można rozumieć jako sytuację narracyjną. Dyskurs maladyczny stanowi rejestr emocji, wrażeń, nastrojów, lęków i obaw związanych ze stanem dysfunkcji somatycznej i jej doświadczaniem, rzeczywistym lub potencjalnym, własnym lub cudzym.

Choroba jest dziś rozumiana jako zjawisko (bio)kulturowe, łącząc w oczywisty sposób poziom fizjologii z mniej już oczywistym tłem społeczno-kulturowym. Stan napięcia fizycznego i psychicznego, kojarzony jednoznacznie przez medyków z chorobą, w innej perspektywie może zostać odczytany jako afekt, reakcja społeczna na blamaż, banicję, czy – by sięgnąć po wartości dodatnie – wyróżnienie i awans. Dialektyka zdrowia i choroby jest kategorią konwencjonalną, o arbitralności której przesądzają dominujące w danej społeczności tendencje i wzory kulturowe. Dyskurs maladyczny jest wielogłosowy, u jego źródeł leżą niepokój i stan napięcia związany z ułomnością oraz kruchością ludzkiego ciała. Choroba uświadamia ludziom trudną do akceptacji prawdę o iluzoryczności i przemijalności ludzkiego życia. Stany fizycznego i psychicznego zamętu trwale naruszają utkaną wcześniej sieć relacji, pragnień i celów; chorzy zaczynają przyglądać się sobie i światu z nieznaną wcześniej perspektywą. Towarzyszący chorobie zwrot ku sobie, odczytywany przez innych jako dezercja lub alienacja, jest pierwszym aktem dokonującej się zmiany. Analiza literatury konfesyjnej, budowanej wokół doświadczenia utraty zdrowia, pozwala postawić jednoznaczną tezę: choroba posiada olbrzymi potencjał narracyjny. Odnieść można nawet wrażenie, że wypowiadanie choroby nie jest możliwością chorego, ale koniecznością. O potrzebie opowiadania i czytania choroby mówi wprost Broyard:

Nie jestem lekarzem, do roli pacjenta także dopiero się wprawiam. Ale jestem krytykiem i jako chory w stanie krytycznym powinienem spożytkować mój zawód. Początkowo choroba była dla mnie serią niepowiązanych wstrząsów i w pierwszym odruchu próbowałem okiełznać ją, budując dla niej narrację. W sytuacjach skrajnych zawsze tworzymy narracje. Opisujemy to, co się dzieje, jakbyśmy chcieli zapobiec katastrofie. Gdy inni dowiadawali się, że jestem chory, opowiadali mi o własnych chorobach i o chorobach przyjaciół. Opowiadanie historii wydaje się naturalną reakcją na chorobę. Ludzie krwawią historiami, a ja stałem się ich bankiem krwi¹³.

¹³ A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 34–35.

Sytuacje graniczne mają moc epifaniczną; otwierają w człowieku nie zawsze ujawniony i rozpoznany wcześniej potencjał narracyjny. Choroba wymusza opowieść. Dopóki opowieść trwa, gra/walka wciąż się toczy. Opowiadanie staje się więc pewnego rodzaju antidotum na własną skończoność.

Wystąpienie Broyarda odczytać można także jako rzadki przykład (meta)patografii. Jest to bowiem naznaczona osobistym zmaganiem z chorobą nowotworową konfesja pisarza, będąca jednocześnie krytyczną analizą dyskursu malady. Jak można się spodziewać, Broyard pisarz odwołuje się do klasycznych tekstów, w których choroba i umieranie zajmują miejsce centralne. Wyjątkowo interesująca jest jego polemika z klasycznym esejem Susan Sontag, który ocenia wysoko, dostrzegając jednocześnie pewne pęknięcia w argumentacji autorki *Choroby jako metafory*... „Sontag – zauważa – zajmuje się raczej konceptualizacją choroby niż samym chorowaniem. Ujmując przedmiot panoramicznie, zamiast spojrzeć nań z perspektywy jednostki, mierzy nieco za wysoko – ponad człowiekiem unieruchomionym na szpitalnym łóżku”¹⁴. Jednak zasadniczym przedmiotem krytyki czyni Broyard antyhermeneutyczną deklarację Sontag, że „najbliższy prawdzie sposób postrzegania [choroby – przyp. MS] – jak również najzdrowszy sposób chorowania – jest w najwyższym stopniu wolny od myślenia metaforycznego i najbardziej nań niepodatny”¹⁵. Zastanawiać może, dlaczego Sontag – pacjentka oddziału onkologicznego – tak wyraźnie sprzeciwia się wszelkim praktykom mitologizowania i metaforyzowania choroby, dostrzegając w nich wyłącznie destrukcyjny potencjał. Broyard, wyrażając stanowczy sprzeciw wobec postulowanego przez Sontag imperatywu demitologizacji wszelkich stanów niedomagania, zauważa jednocześnie, że metafory choroby są swego rodzaju „literacką aspiryną”, i dodaje:

*Metafory są w chorobie równie niezbędne jak w języku, dają bowiem pacjentowi poczucie komfortu, jak własny szlafrok i kaptcie. Stanowią chociażby odskocznnię od terminologii medycznej. Jeśli śmiech ma moc uzdrawiającą, to może ją mieć także metafora. Chyba tylko metaforycznie można też wyrazić konfuzję człowieka, który znalazł się w niebezpieczeństwie, jego paniczny strach zmieszany z upojeniem. Sontag nie chciałaby z pewnością skazywać chorych na zdania rodem z Hemingwaya*¹⁶.

Pisze te słowa krytyk literacki, ale i chorujący na raka prostaty pacjent. Pisze ten ujmujący manifest także syn, mający w pamięci umierającego na raka ojca, któremu towarzyszył do ostatnich chwil życia. Te pozaliterackie okoliczności w pełni legitymizują głos krytyka-pacjenta zwracającego się, także w imieniu innych pacjentów, o nieodbieranie kulturowego analgetyku:

¹⁴ Tamże, s. 33.

¹⁵ S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1999, s. 7.

¹⁶ A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 33.

Pacjent nie może uznać, że jego choroba jest katastrofą, powodem do rozpacz czy przerażenia, lecz musi uczynić z niej narrację, opowieść. Opowieści to przeciwności broniące przed chorobą i bólem. [...] Wszystko jest lepsze niż potworność cichego cierpienia. W umieraniu nie jesteśmy już ludźmi, śmierć nas odczłowiecza – myślę więc, że język, mowa, historie najsukuteczniej podtrzymują nasze człowieczeństwo¹⁷.

Dla Broyarda najwybitniejszym „poetą współczesnej medycyny” pozostanie Oliver Sacks, którego utwory – *Przebudzenia*, *Stanąc na nogi*, *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem* – potwierdzają geniusz obdarzonego darem wnikliwości lekarza-pacjenta.

Narracje o chorobie, mimo swego bogactwa i różnorodności, podlegają pewnym stałym schematom, stąd można pokusić się o próbę ich systematyzacji. Zadania tego podjął się amerykański socjolog medycyny Arthur W. Frank, dla którego tekst patograficzny oznacza swoistą grę między nadawcą a odbiorcą świadectwa: „Doświadczenia choroby są bardzo indywidualne i subiektywne, mimo to nie wymyślamy ich sami. Ludzie opowiadają własne historie o chorobie, ale to, co wydaje im się warte opowiedzenia, jak również sposób, w jaki ułożą całą historię, nie zależy już wyłącznie od nich”¹⁸. Ta dość ogólna, by nie powiedzieć oczywista cecha każdego tekstu autobiograficznego pozwoliła Frankowi dokonać klasyfikacji narracji o chorobie. Jego zdaniem opowieści o chorobie układają się w trzy zasadnicze typy narracji. Są to:

- Narracja restytucji (*restitution narrative*) – chorowanie prezentowane jest tu jako walka, wyścig z czasem, dążenie do pokonania kolejnych przeszkód, z jakimi nieuchronnie wiąże się terapia. Celem ostatecznym jest wyzdrowienie. To najczęściej pojawiający się schemat kancerografii – świadectwa ocalenia. Jest to narracja o wyjściu z choroby i dowód stoczenia z nią zwycięskiej walki. Exemplum dla chorujących i powód do chwały dla siebie. Fabularyzacja choroby z wyraźnym happy endem.
- Narracja chaosu (*chaos narrative*) – być może najlepiej oddająca istotę przewlekłej choroby. Chaos wpisany jest bezpośrednio w rzeczywistość choroby; wiąże się zarówno z niemożliwością oswojenia nowej sytuacji, ekspozycją na nowe doznania (ból, społeczne), jak i z trudem wyrażenia doświadczeń dotąd nieznanym, wymykających się słowom.
- Narracja poszukiwania (*quest narrative*) – typ narracji sytuujący chorego w roli osoby otwartej na nowe doznania i doświadczenia, umiejącej pokonać biologiczny fatalizm. To narracja, w której choroba objawia swój potencjał twórczy, a nierzadko i epifaniczny.

Wszystkie typy narracji wyrażają, choć każda w inny sposób, nową tożsamość człowieka, którego życie zakłócone zostało przez degradującą potęgę choroby. Narracje restytucji/ocalenia zbieżne są ponadto z oczekiwaniem lekarzy i rodzin chorych. Są najbardziej pożądane przez wspólną pacjenczką i „współbraci w chorobie”. Jednocześnie, zapewne z racji pokładanych w nich nadziei czytelników,

¹⁷ Tamże, s. 35.

¹⁸ A. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1995, s. xiv.

brzmia najmniej autentycznie. Przypominają nierzadko łzawe historie o potędze woli przetrwania; są laudacją na cześć superbohaterów w walce z rakiem. Ich społeczny przekaz (i znaczenie) jest dość prosty: „także ty, drogi czytelniku, możesz wygrać tę walkę”, co jednak w żadnym razie nie powinno deprecjonować gatunku jako takiego. Doskonałym przykładem tego typu narracji jest kancerografia Lance’a Armstronga *Powrót do życia* (2000), w której autor dziennika z czasu choroby, skompromitowany później za sprawą dopingu, porównuje własne zmagania z rakiem do udziału w wyścigu Tour de France.

Narracje chaosu zrywają z linearnością choroby, nie prowadzą prostą drogą od diagnozy do remisji. Ten tryb konfesji koncentruje się na trudnym do zaakceptowania tragizmie choroby, na szeregu pęknięć w nowej, niechcianej biografii chorego-kronikarza. Narracje chaosu odsłaniają nieznany dotąd świat choroby, który z taką samą mocą może przerażać, co fascynować. Istotą chaosu jest jego antynarracyjność i antyfabularyzm, co lokowałoby przeżycia doświadczającego tragizmu choroby podmiotu bliżej języka poezji i jego frenetycznej metaforyki.

Z kolei w narracjach poszukiwania zarówno sama choroba, jak i sposób jej doświadczania/czytania mogą ulec radykalnej zmianie. Przykładem są transgresyjne konceptualizacje choroby obecne w twórczości Fryderyka Nietzschego, Virginii Woolf czy Emilé Ciorana. Charakteryzuje je otwartość na nowe doznania płynące z wnętrza ciała, próba ich przełożenia, przekodowania. W grupie osób tworzących narracje poszukiwania powinny się także znaleźć święte mistyczki, które ból odczytywały w kategoriach daru Bożego, które w wyniszczających symptomach ciała odnajdywały soteryczne moce i znak Bożej obecności. *Quest narrative* wiąże chorobę ze stanem najwyższego napięcia, z poczuciem znalezienia się w Jaspersowskiej sytuacji granicznej. Tu mieści się także analizowany wcześniej przykład chorego na raka prostaty Anatole’a Broyarda, dla którego doświadczenie złośliwego nowotworu miało być rodzajem fascynującej (choć niepożądaney) przygody ciała. Tytuł jego eseju – *Upojony chorobą (Intoxicated by My Illness)* – relację tę obrazowo wyjaśnia.

NOWY WSPANIAŁY ŚWIAT?

Jeśli przyjmiemy, że istotą kultury jest uzupełnianie „braków” natury, wówczas okaże się, że współczesna (bio)inżynieria realizuje ten cel perfekcyjnie. Człowiek to istota protetyczna, uzależniona od narzędzi i technik, które sama generuje. Ewolucji biologicznej towarzyszy ewolucja kulturowa, w ramach której następuje nieustanne udoskonalanie narzędzi-protez. Kolejne rewolucje technologiczne doprowadziły do nadzwyczajnego wzrostu znaczenia ludzkich ekstensji. Proces ten osiągnął tak zaawansowany poziom, że zasadne jest zrewidowanie dotychczasowej wiedzy o człowieku i jego miejscu w świecie. Homo sapiens to jedyny w świecie przyrody gatunek, który za cel swego istnienia uznał przekroczenie ograniczeń własnej biologii; co więcej, okazał się jedynym gatunkiem, który stopniowo uzyskał kontrolę nad własną ewolucją. Można odnieść wrażenie, że w ostatnim czasie człowiek tworzy siebie od nowa, eliminując ze swego uniwersum błędy i ograniczenia aktu kreacji. Poprawianie Stwórcy stało się powszechną praktyką, przez jednych uznawaną za bluźnierstwo, przez

innych – za rzeczywisty znak/efekt antropocentryzmu. Działania genetyków i bioinżynierów są dziś obliczone już nie na samą eliminację chorób, ale na stworzenie nowej, doskonalszej wersji człowieka. Medycyna jutra jest wyczekiwana z powodzią czasów, w których człowiek przestanie być uzależniony od kapryśnych wyroków własnej fizjologii. Nowy projekt człowieka jest wyzwaniem rzuconym dotychczasowym limitom, które odąd tracą status naturalności. Odnosząc się do spektakularnych dokonań współczesnej medycyny, można powiedzieć, że wielkość człowieka wyrasta z jego niezgody na to, co go ogranicza.

Gwałtowny rozwój implantologii i protetyki to także efekt trwających lub byłych konfliktów zbrojnych. Wraz z rozpoczęciem działań wojennych w Iraku i Afganistanie (a wcześniej także w Wietnamie) Stany Zjednoczone rozpoczęły wzmożone badania nad usprawnieniem niedoskonałego materiału ludzkiego. Rzecz jasna nie miały i nie mają one charakteru filantropijnego, choć wielu weteranów uchroniły przed trwałym kalectwem; ich istotą jest stworzenie supersilnego, odpornego na ograniczenia własnej, ułomnej biologii żołnierza. Szczęśliwie z badań tych korzysta także współczesna medycyna. Jak się okazuje, wojsko i wojna są motorem napędowym postępu medycznego. Historia medycyny dostarcza wielu takich przykładów. Badania nad zastosowaniem penicyliny i jej wprowadzenie do powszechnego użytku w trakcie działań zbrojnych II wojny światowej to kolejny dowód omawianej strategii.

Zainicjowana przez działania wojenne rewolucja biotechnologiczna doprowadziła do znaczącej przemiany wizji samego człowieka, otwartego, jak nigdy dotąd, na technologiczne substytuty. Zmiany te mają zwiastować narodziny postczłowieka. Istotą posthumanizmu jest zwrócenie uwagi na gwałtowne wyczerpywanie się tradycyjnego modelu pojmowania i rozumienia człowieczeństwa. Zawarta w prefiksie „post” implikacja schyłkowości, katastrofy nie musi się jednak wiązać z nastrojem apokalipsy. Konsekwencją zmierzchu są bowiem narodziny nowego. Niemający precedensu w dziejach ludzkości gwałtowny rozwój techniki i technologii stworzył nowy jakościowo pejzaż społeczny, w którym człowiek zaczyna podlegać odmiennym prawom. Sformułowana przez Neila Postmana zasada determinizmu technologicznego znajduje dziś liczne potwierdzenia w życiu codziennym. Niesłabnącą rolę ekspertów-inżynierów odczytać można z powodzeniem jako szczytową fazę zapowiadanego zwycięstwa technopolu¹⁹. Zdaniem wielu technoentuzjastów, największym pragnieniem ludzkości jest dzisiaj wzmocnienie wydajności człowieka, usunięcie wszelkich barier, przekroczenie dawnych ograniczeń, fizycznych i umysłowych. Wyniesienie człowieka na „wyższy poziom” gwarantować ma nowy, znany dotąd jedynie z literatury science fiction, sposób partycypowania w udoskonalonym świecie. Pojęcia bólu, kalectwa, cierpienia stać się mają wkrótce anachroniczne. Tej futurologicznej wizji odpowiada dziś całkiem realna idea transhumanizmu, polegająca na wykorzystaniu całego potencjału nauki i techniki do stworzenia lepszej, społecznie oczekiwanej i pożądanej „korekty” człowieka, swoista fuzja biologii z technologią

¹⁹ N. Postman, *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1995.

i robotyką. Transhumanizm optuje za pełną integracją człowieka z maszyną. Zdaniem Nancy Katherine Hayles, podmiot postludzki to wirtualny amalgamat, zbiór heterogenicznych składników, byt informacyjno-materiałowy, którego fizyczne granice podlegają ciągłej (prze)budowie. Hayles wyraźnie oddziela „ucieleśnienie” od „ciała”, ponieważ w przeciwieństwie do ciała ucieleśnienie jest kontekstowe, uwikłane w specyfikę miejsca, czasu, fizjologii i kultury²⁰. Projekt posthumanizmu tłumaczy uprzywilejowana pozycja informacji względem ciała, zredukowanego w tym ujęciu zaledwie do roli materialnego nośnika, pojemnika przechowującego informacje i kod. Co więcej, amerykańska badaczka nie dostrzega zasadniczych różnic ani znaczących rozgraniczeń między cielesnym istnieniem a symulacją komputerową. Ta radykalnie brzmiąca apologia bezcielesności wiedzy staje się bliska postulatami transhumanizmu.

Projekt nowego człowieka zakłada jego stopniową cyborgizację – eliminowanie słabego materiału biologicznego na rzecz najnowszej technologii. Transhumaniści przewidują rychły proces wymiany wadliwych (ludzkich) części na ich niebiologiczne substytuty. Dyskutowane w ostatnich latach w naukach o kulturze zmiany dotyczące rozumienia i postrzegania podmiotu ludzkiego w nowych, biotechnologicznych warunkach wiążą się przede wszystkim z zapowiedzią nowej wersji człowieka – człowieka 2.0. Zdaniem Raya Kurzweila, przejście od modelu ciała 1.0 do jego kolejnej wersji oznacza pokonanie wpisanej w ludzką naturę kruchości, stworzenie trwalszego, inteligentniejszego modelu człowieka. Za sprawą trzech kluczowych rewolucji – dokonujących się już teraz w dziedzinie genetyki, nanotechnologii i robotyki – gatunek ludzki przeprogramuje własną biologię, eliminując z niej większość chorób, a także samą starość²¹. Rewolucja biotechnologiczna ma być ostatecznie wielkim projektem, w ramach którego starzenie się i – w konsekwencji – umieranie nie będą już nieuniknione.

Choć niektóre z osób mi współczesnych mogą z gracją przyjąć proces starzenia się jako element cyklu życia, moje podejście jest inne. Być może jest to „naturalne”, lecz ja nie widzę nic pozytywnego w utracie sprawności umysłu, ostrości zmysłów, elastyczności ciała, pożądania lub jakichkolwiek innych ludzkich możliwości. Bez względu na wiek, chorobę i śmierć postrzegam jako nieszczęście, jako problemy do pokonania²².

Słowa Kurzweila, gdyby potraktować je poważnie, oznaczać musiałyby zapowiedź rewolucji kulturowej, potrzebę nowego zdefiniowania podmiotu ludzkiego, w którego konstytucję wpisana jest obecnie śmiertelność. Biotechnologia nie ma być jednak wyłącznie odpowiedzią na dotychczasowe usterki i defekty; jej zasadnicza idea polega na stworzeniu takiej wersji człowieka, która byłaby odporna na uszkodzenia mechaniczne, ale i destrukcyjne oddziaływanie patogenów, głównie bakterii i (retro)wirusów. Nowoczesna medycyna stać się ma

²⁰ N.K. Hayles, *How We Became Posthuman. Virtual Bodies in Cybernetics, Literature and Informatics*, University of Chicago Press, Chicago 1999, s. 196.

²¹ R. Kurzweil, *Nadchodzi osobliwość...*, dz. cyt., s. 203 i nast.

²² Tamże, s. 208.

nauką zorientowaną na przyszłość. Obecnie poszukuje się sposobów na udoskonalenie ludzkiej pamięci. Założyciele Google'a mówią o umieszczeniu ich aplikacji w mózgu w postaci implantu. Podłącza się neurony do układów scalonych, a do mózgu wszczepia implanty. Świat współczesnej neurologii nie dokonałby znaczących postępów, odchodząc od bioinżynierii. Ludzie uzbrojeni w nowe technologie staną się wkrótce obiektem zazdrości pozostałych; tak dzieje się już teraz w sporcie. Proteza – o czym sugestywnie przekonują przypadki Oscara Pistoriusa, Aimee Mullins, Manami Ito, by odwołać się tylko do osób popularnych w mediach – przestanie być znakiem wybrakowania czy defektu i nabierze cech czegoś pożądanego.

Ewolucja kulturowa/technologiczna znacząco wyprzedza dziś tę biologiczną. Gatunek ludzki „nie ma już czasu” na kolejny krok ewolucji liczony w milionach lat. Ruch transhumanistów przewiduje nadejście w ciągu najbliższych dekad świata, w którym rozróżnienie na człowieka i maszynę stopniowo ulegnie zatarciu. Człowiek w wersji 2.0 to przede wszystkim wielki projekt korekty biologii; stąd olbrzymie zaangażowanie „nowych lekarzy” w stopniową wymianę najbardziej ułomnych, newralgicznych części ludzkiego ciała. Wyposażony w mnóstwo sztucznych elementów człowiek podlegał będzie odtąd nowym prawom, prawom bioniki. Już dziś wielu naukowców uważa śmierć za coś, przed czym można uchronić przyszłe pokolenia. Trudno sobie nawet wyobrazić, jakie mogłoby mieć to konsekwencje dla kultury, której fundamentem była i wciąż pozostaje świadomość ludzkiej skończoności. Nowa wersja ludzkiego ciała wymagać będzie oczywiście zmiany statusu samego lekarza, który odtąd będzie przede wszystkim robotykiem-inżynierem. Być może w najbliższych latach narodzi się *homo medicus 2.0*.

Warto dodać, że dominująca rola nowej technologii w życiu codziennym generować może tzw. technolęki, czyli nastrój przerażenia związany ze stopniową cyborgizacją – praktykami odczłowieczania gatunku ludzkiego. Jak podkreślają Renata Tańczuk, Rafał Nahirny i Marta Brzezińska-Pajak: „Obawy dotyczą jednak nie tylko tego, że biomimetyczne roboty wyposażone w sztuczną inteligencję zawładną światem, trwogą napawają również nowe technologie, które mogłyby zakwestionować światopogląd antropocentryczny, przekonanie o naszej wyjątkowości”²³. W perspektywie bioetyki kulturowej coraz częściej podnoszony jest głos sprzeciwu wobec pospiesznej, podporządkowanej wyłącznie celom pragmatyczno-utilitytarnym, mechanizacji człowieka. Doskonale problem ten ujmuje Yves Michaud:

Przeszczepy, chirurgiczne korekty płci, ingerencje w rozrodczość, poprawianie wyników przez stosowanie dopingu, perspektywy modyfikacji i klonowania, zabiegi „biotechnologiczne” – wszystko to zapowiada pojawienie się człowieka mutanta, syna własnych wyborów i technik, a towarzyszy temu dwuznaczność polegająca na tym, że nie

²³ R. Tańczuk, R. Nahirny, M. Brzezińska-Pajak, *Technologie, lęki i imaginaria społeczne*, „Kultura Współczesna” 2(101)/2018, s. 11. Kulturowym obliczom lęku przed najnowszymi technologiami poświęcony jest cały numer „Kultury Współczesnej” 2(101)/2018.

wiadomo, czy chodzi o człowieka niehumanizującego przez dehumanizację, czy o nadczłowieka przekraczającego człowieczeństwo, by ponieść je dalej i wyżej, by je wypełnić [wyróżnienie – MS]²⁴.

Każdy postęp rodzi nowe problemy, wymaga zatem zestrojenia z kulturą, w której zachodzi, i której, co równie ważne, zawdzięcza swój byt. Społeczna akceptacja nowych technologii nie polega wyłącznie na rozpoznaniu nowych możliwości i obietnic, jakie ze sobą przynoszą, ale i na wskazaniu ich słabych punktów i potencjalnych zagrożeń.

Ciało człowieka XXI wieku w sposób nieuchronny się automatyzuje. Przedłużanie żywotności wyeksploatowanych nadmiernie części poprzez ich technologiczną obróbkę pozwala mówić o powrocie do pokartezańskiej, mechanistycznej koncepcji ciała. Lekarz-inżynier już nie tyle bada, ile dokonuje przeglądu, odczytując zaawansowane wykresy i skany badań. Tomograf jest maszyną pożądaną także przez samych chorych; jego panoptyczne, niemal boskie spojrzenie wykluczyć ma potencjalne niedostatki badającego. Umieszczanie implantów wewnątrz ludzkiego mózgu staje się coraz powszechniejszą praktyką, znajdującą zastosowanie głównie w obszarze neurologii. Choroba Parkinsona jest klasycznym przykładem triumfu techniki nad neurodegeneracją. Wszczepienie stymulatora radykalnie poprawia komfort życia pacjentów z tym schorzeniem, znacząco redukując drżenia kończyn. Elektrostymulacja leczy jednak skutecznie objawy, nie zaś samą chorobę. Wysyłanie wysokiej częstotliwości fal do dysfunkcyjnych części mózgu zmniejsza lub zwiększa ich aktywność. Biofizyka znajduje coraz szersze zastosowanie; dzięki opartym na niej metodom można dziś walczyć z otyłością (redukując uczucie głodu), jękiem, depresją czy niepoddającą się leczeniu farmakologicznemu nerwicą natręctw. W kolejce do lekarzy ustawiają się kolejni pacjenci, którzy za coś naturalnego uznają wymianę stawu biodrowego czy kolanowego. Gabinety specjalistów tłumnie szturmują chorzy oczekujący na implanty i elektrostymulatory. Można się spodziewać, że w niedługim czasie z łóżek wstaną sparaliżowani. Spełnia się wielki sen o potędze nauki, że zdwojoną siłą powraca odwieczny fantazmat nieśmiertelności. Przewidywana oferta zabiegów medycznych połowy XXI wieku ma być jego zapowiedzią²⁵. Ludziom może więc dziś towarzyszyć zupełnie inny lęk – czy na pewno zdążą doczekać czasów nowego wspaniałego świata.

Większość podnoszonych dziś przez bioetyków zastrzeżeń dotyczy problemów tożsamościowych – daremnej próby określenia limitu zewnętrznych ingerencji w ciało i psychikę człowieka. Zrastanie się człowieka z maszyną i sztucznym tworzywem generuje szereg lęków i obaw znanych dotąd niemal wyłącznie z produkcji science fiction. Pojawia się pytanie: czy wymiana większości biologicznych „podzespołów” na ich niebiologiczny, doskonalszy materiał wiąże się z ryzykiem

²⁴ Y. Michaud, *Wizualizacje. Ciało i sztuki wizualne*, [w:] *Historia ciała*, t. 3, red. J.J. Courtine, tłum. K. Belaid, T. Stróżyński, Słowo/obraz, terytoria, Gdańsk 2014, s. 400.

²⁵ W.B. Schwartz, *Life without Disease. The Pursuit of Medical Utopia*, University of California Press, Berkeley–Los Angeles–London 1998.

zmiany lub utraty tożsamości? Powraca natrętnie podstawowe zagadnienie antropologii ciała: jestem ciałem czy mam ciało? W zależności od przyjętej odpowiedzi zmienia się społeczna ocena trwającego już procesu robotyzacji człowieka. Poziom identyfikacji z własnym ciałem wydaje się tym silniejszy, im człowiek jest młodszy i sprawniejszy. Starość i przewlekła choroba sprawiają nierzadko, że na własne ciało patrzy się jak na obce, z dystansem i przejmującym poczuciem niechęci. Posthumaniści postrzegają ludzkie ciało w wersji 1.0 jako wadliwą, zużytą protezę, którą – w imię dalszej ekspansji gatunku ludzkiego – należy porzucić. Człowiek, by mógł iść dalej, musi wyzwolić się z własnej materialności. Przyjęcie wersji 2.0 staje się tyleż triumfem współczesnej nauki, co jej wielkim wyzwaniem. Realnym problemem pozostaje wyznaczenie granic technologicznego udoskonalania gatunku ludzkiego lub – postulowane przez rzesze technoutuzjastów – całkowite ich zniesienie. Wydaje się zatem, że to właśnie w obszarze nauk medycznych dojdzie do pierwszego starcia dwóch ideologii. Konserwatyści i technosceptycy próbują przebić się z, wydawałoby się, oczywistą tezą o biologicznej naturze człowieka, o jego naturalnej ułomności i skończoności. Jeszcze inni próbują upomnieć się o wartości duchowe w życiu człowieka, o dostrzeżenie potrzeb transcendentnych. Wydaje się, że pokonywanie ograniczeń biologii nie jest i nie powinno być jedynym czy dominującym celem działań gatunku ludzkiego. Być może jednak poczyniona uwaga wyrasta z nieaktualnego, obciążonego dawną niemocą medycyny światopoglądu.

ZAKOŃCZENIE

Postęp współczesnych nauk biomedycznych, odczarowujący tak wiele tajemnic i mitów, nie musi ostatecznie oznaczać całkowitego zwycięstwa biotechnologii nad kulturą. Człowiek, niezależnie od dokonujących się od kilku dekad spektakularnych rewolucji biomedycznych, wciąż pozostaje otwartym na aktywność kulturotwórczą podmiotem. Pozostają pytania, na które pomimo kolejnych odkryć naukowych próżno oczekiwać odpowiedzi. Rolą kultury nie musi być jednak uzupełnianie niedostatków medycyny, korygowanie „błędów” natury czy też uśmierzanie lęków nie dość dobrze neutralizowanych przez benzodiazepiny. Idea humanizowania medycyny, zwłaszcza dzisiaj, jest palącą potrzebą przywrócenia jej naturalnego miejsca i powołania.

Jak można przypuszczać, spór między (bio)konserwatystami a transhumanistami będzie w najbliższych latach przybierał na sile. Ocena medycznego progressu nie jest z pewnością jednoznaczna. Rozwój biotechnologii wiąże się bowiem z licznymi lękami i obawami związanymi przede wszystkim z ryzykiem dehumanizacji; jednak skala korzyści i obietnic, jakie dziś powszechnie widzi się w potędze medycyny, zdaje się neutralizować jej ewentualne słabości. Im bardziej społeczeństwo się laicyzuje, tym niespieszniej mu do zaświatów. Ta nieco sarkastycznie brzmiąca teza przesądza o pełnej legitymizacji działań technokratów. Współcześni specjaliści od zdrowia i choroby wyposażeni są w broń, jakiej na pewno nie mieli ich poprzednicy. Choćby z tego powodu trudno dziś mówić o ponadczasowych zasadach deontologii lekarskiej. Leczenie człowieka dokonywać się będzie wkrótce w zupełnie nowych warunkach.

Nieodległa przyszłość jawi się jako era implantów. Specjaliści od robotyki, bioinżynierii, genetyki i bioniki wyznaczać będą nowe szlaki, którymi – jak łatwo przewidzieć – ochoczo powędrują tłumy. Ograniczenia ciała i umysłu, nawet jeśli stanowią konstytutywną właściwość gatunku ludzkiego, zostaną wkrótce zakwestionowane w imię powszechnego dobrostanu. Trudno będzie przebić się z apologią ułomności w imię ocalenia tego wszystkiego, co dotąd stanowiło o istocie człowieczeństwa. Kultura – budowana z poczucia kryzysu ciała, ze świadomości ludzkiej skończoności i ułomności – odwrócić się może ostatecznie od tych emocji i wartości, które dotąd traktowano jako jej naturalny fundament.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, Julian, Harry Duda. *U progu medycyny jutra*. Radom: Oficyna Wydawnicza „Ston”, 1991.
- Broyard, Anatole. *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*. Tłum. Agnieszka Nowakowska. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne, 2010.
- Ceronetti, Guido. *Milczenie ciała. Materiały do studiów medycznych*. Tłum. Maryna Ochab. Gdańsk: Słowo/obraz, terytoria, 2004.
- Frank, Arthur. *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1995.
- Fukuyama, Francis. *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Tłum. Bartłomiej Pietrzyk. Kraków: Wydawnictwo „Znak”, 2008.
- Hayles, N. Katherine. *How We Became Posthuman. Virtual Bodies in Cybernetics, Literature and Informatics*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.
- Horney, Karen. *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Tłum. Helena Grzegołowska. Warszawa: PWN, 1976.
- Kurzweil, Ray. *Nadchodzi osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*. Tłum. Eliza Chodkowska, Anna Nowosielska. Warszawa: Kurhaus Publishing, 2018.
- Postman, Neil. *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*. Tłum. Anna Tanalska-Dulęba. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1995.
- Schwartz, William. *Life without Disease. The Pursuit of Medical Utopia*. Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press, 1998.
- Snow, Charles P. *Dwie kultury*. Tłum. Tadeusz Baszniak. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka, 1999.
- Szczeklik, Andrzej. *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”, 2006.
- Tańczuk, Renata, Rafał Nahirny, Marta Brzezińska-Pająk. „Technologie, lęki i imaginaria społeczne”. *Kultura Współczesna* 101, 2 (2018).
- Turner, Bryan. *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London: Routledge, 1992.

Data wpłynięcia: 1 września 2019 r. Data zatwierdzenia do druku: 23 października 2019 r.

NARRATIVES OF ILLNESS AND THE DAWN OF MODERN MEDICINE

The aim of this article is to take a multifaceted approach to an illness as a biocultural phenomenon. Putting emphasis on the enormous potential that lies in narratives of one's physical and mental condition may lead to breaking the monopoly of natural sciences in this respect. Subjective perceptions of deterioration, defects and human fragility are combined with practices leading to the textualisation of illness and building new meanings around it. In humanistic medicine, the suffering person is placed at the centre of therapeutic activities. The article offers also some reflection on the current biotechnological revolution – a great project to improve the present version of humans in an attempt to move our species to another level.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba, narracje chorobowe, tekstualizacja choroby, medycyna humanistyczna, człowiek 2.0

KEY WORDS: illness, narratives of illness, textualisation of illness, humanistic medicine, human 2.0

