

MONIKA ŁADOŃ

„PACJENT BADA LEKARZA”

MONIKA ŁADOŃ

Literaturoznawczyni, nauczycielka akademicka, adiunkt na Wydziale Humanistycznym Uniwersytetu Śląskiego. Autorka studiów o Antonim Słonimskim (2008), współredaktorka serii „Zamieranie” (*Zamieranie. Prozy*, 2012; *Zamieranie fikcji*, 2014; *Zamieranie gatunku*, 2015; *Zamieranie pisarzy*, 2018) oraz monografii wieloautorskiej *Fragmenty dyskursu maldyckiego* (2019). Ostatnio wydała książkę *Choroba jako literatura. Studia maldyckie* (2019).

Tytułowy cytat pochodzi z eseju amerykańskiego krytyka literackiego i pisarza Anatole’a Broyarda. Chorujący na raka prostaty mężczyzna poświęcił fragmenty swych pisanych pod koniec życia esejów na sportretowanie zajmujących się nim lekarzy. Niezwykłe sugestywne i niepozbawione ironii uwagi poczynione przy tej okazji przez Broyarda stanowią – jak się wydaje – ważną część wielu narracji o chorobie. Choroba, stając się faktem wraz z otrzymanym rozpoznaniem, zyskuje twarz lekarza, „jego oblicze zrasta się z diagnozą”¹, a lekarz jest pierwszym przewodnikiem pacjenta po nowym, nieznanym dotychczas terytorium. Spotkania chorego Broyarda z lekarzami i subiektywny opis wzajemnych interakcji nie są wszakże wolne od typowych dla pacjentów napięć i oczekiwań, z tego powodu lektura esejów amerykańskiego pisarza pozwala zobaczyć przebieg tej „situacji esencjalnej”² z jednej strony z perspektywy każdego chorego – zagubionego, debiutującego w swej roli, a z drugiej – co wyróżnia Broyarda – z perspektywy kogoś odznaczającego się niezwykle krytycznym umysłem, przeprowadzającego głęboką, miejscami bolesną, wiwisekcję postaw lekarzy.

Warto zaznaczyć, że odwrócenie zależności – pacjent bada lekarza, a nie lekarz pacjenta – jest czymś

1 A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, wybór i oprac. A. Broyard, wstęp O. Sacks, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 53.

2 Andrzej Szczeklik pisał: „W każdym zawodzie istnieją sytuacje esencjalne, które odsłaniają jego istotę. W medycynie jest to spotkanie dwóch ludzi. Chorego z lekarzem” (A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, wstęp C. Miłosz, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2009, s. 12).

więcej niż tylko sugestywnym i retorycznym popisem chorującego pisarza. Trudno zaprzeczyć, że to doświadczenia pacjentów stanowią podstawę powszechnych w ostatnich latach patografii³, jednak właśnie pozycja lekarza w ich obrębie domaga się namysłu i przewartościowania⁴. Co bowiem przesądza o samotności chorego? Dlaczego lekarz pozostaje na marginesie jego narracji albo staje się jej negatywnym bohaterem? Czy dlatego, że jego głos nie jest równie dobitny co pacjenta? A może dlatego, że nie walczy o bycie wysłuchanym lub nie potrafi wyjść poza swój zawodowy żargon? Alienacja chorego rzadko jest przecież świadomym wyborem, częściej – smutną rezygnacją z możliwości porozumienia. Analizując w niniejszym tekście wymowne uwagi Broyarda dotyczące napotkanych w czasie choroby medyków, zwrócę uwagę na możliwości, jakie dla tego wątku otwiera medycyna narracyjna Rity Charon⁵. Amerykańska badaczka pyta bowiem, co dzieje się w trakcie spotkania pacjenta i lekarza lub inaczej: co wynika ze zderzenia dwóch, często kolidujących ze sobą, głosów⁶. Charon jest przy tym przekonana o możliwości prawdziwego kontaktu między tymi dwoma podmiotami, bo – mimo że reprezentują odrębne światy – spotykają się w intersubiektywnym spojrzeniu na ten sam obiekt, którym jest oczywiście choroba, a więc ciało chorego. „Choroba obnaża”, powiada Charon, mając na myśli prywatną narrację pacjenta, konieczną do wyartykułowania w każdym leczeniu. O ile jednak ciało mówiące przez symptomy zostaje zwykle rozpoznane przez lekarza jako właściwy obiekt spotkania, o tyle osobowość pacjenta – równie ważny element – pozostaje milcząca, tak jakby w tym wypadku różnice dzielące interlokutorów były zbyt gębokie. Naprzeciw chorego staje wszakże zdrowy; cierpiący wystawia się na spojrzenie technika, redukującego jego istotę do chorego organu, podczas gdy pacjent spodziewa się raczej spojrzenia integrującego, ocalającego jego podmiotowość⁷.

3 O patografiach zob. na przykład: A.H. Hawkins, *Pathography. Patient narrative of illness*, „Western Journal of Medicine” 171/1999; A.W. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, The University of Chicago Press, Chicago 1995; A.H. Hawkins, *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*, Purdue University Press, West Lafayette 1999; M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011; E. Zierkiewicz, *Patografia jako zjawisko kulturowe i jako narzędzie nadawania znaczeń chorobie przez współczesnych pacjentów*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja” 1/2012; E. Zierkiewicz, *Prasa jako medium edukacyjne. Kulturowe reprezentacje raka piersi w czasopiśmie kobiecym*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2013; I. Boruszkowska, *Defekty. Literackie auto/pato/grafie – szkice*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2016; M. Okupnik, *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*, Universitas, Kraków 2018.

4 Relacja lekarz – pacjent doczekała się wnikliwych opisów w ramach socjologii medycyny, nauk o komunikacji czy psychologii. Zob. na przykład: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem (empatia, troska, intymność, autonomia, prawo)*, red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, Wydawnictwo „Astrum”, Wrocław 2000; B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2002; *Relacje lekarz – pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*, red. B. Płonka-Syroka, Wydawnictwo DiG, Wrocław 2005; R.W. Szulc, *O etyczny wymiar relacji lekarz – pacjent*, Wydawnictwo Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Poznań 2011; M. Makara-Studzinska, *Komunikacja z pacjentem*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012; W. Eichelberger, I.A. Stanisławska, *Być lekarzem, być pacjentem: rozmowy o psychologii relacji*, Czarna Owca, Warszawa 2013; *Porozumienie z pacjentem: relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2014; M. Nowina Konopka, *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ, Kraków 2016; B. Antoszevska, *Ku człowiekowi: doświadczenie relacji z pacjentem w narracjach lekarzy: wybrane zagadnienia pedagogiki leczniczej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2018.

5 R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford–New York 2006.

6 Zob. R. Charon, *The novelization of the body, or, how medicine and stories need one another*, „Narrative” 1(9)/2011, s. 35.

7 Tamże, s. 36–37.

Warunkiem pełni spotkania lekarza z pacjentem jest nie tylko narracja tego ostatniego, ale i intuicja medyka oraz umiejętność wyobrażenia sobie przez niego sytuacji chorego. Rzecz oczywiście nie w prostym przeniesieniu objawów na siebie, ale w uważnym słuchaniu, które z dramatycznej mowy chorego wyłowiłoby zarówno fizyczność schorzenia, jak i emocjonalną wartość traumatycznego doświadczenia. Charon, powołując się na własne rozmowy z pacjentami, wyraźnie zaznacza, że biologiczne ramy wywiadu lekarskiego – jakkolwiek konieczne – nie są wystarczające. Wsłuchanie się w mowę ciała pacjenta, wyczulenie na somatyczność, której rosnące znaczenie Charon dostrzega nie tylko w medycynie, ale również w naukach społecznych, łączy się z uzmysłowieniem sobie własnej cielesności, ważnej w procesie opisywania „medycznych przypadków”. Amerykańska uczona wzmacnia rangę lekarskiej narracji, materialnego efektu rozmowy z pacjentem, ponieważ zapis pozwala jej skorygować ewentualne błędy, wypełnić luki, w ogóle zobaczyć doświadczenie choroby poza ograniczającymi ramami praktyki medycznej. To swoista „korekta spojrzenia”, wyjście poza to, co wyuczone i bezpieczne, w przestrzeń współdzieloną z pacjentem. Odwołując się do historii jednej ze swych pacjentek, Charon przyznaje: „Każda z nas reprezentowała chorobę na swój własny sposób i dzieląc się naszymi poglądami na jej temat – ona życiowym, ja klinicznym – dostrzegłyśmy lukę paralaksy”⁸. Interesujące jest łączenie przez Charon dyskursów: czysto medyczny opis procesów komórkowych staje się paralełą dla interpretacji relacji między Maggie i Charlotte, bohaterkami *Złotej czary* Henry’ego Jamesa⁹. Ta, zdawałoby się, karkołomna konfrontacja języków badawczych ma dowieść, jak poważne mogą być konsekwencje spotkania pacjenta z lekarzem. Charon dostrzega tu łańcuch zmian, kolejno „stanu zdrowia pacjenta, doświadczenia klinicznego lekarza, prywatnych światów obojga”¹⁰, oraz już ponadjednostkowe korekty społecznego obrazu medycyny czy oceny działania systemu opieki zdrowotnej.

„Życie nigdy nie jest takie samo po intensywnym zaangażowaniu się w narrację usłyszane i otrzymane od pacjentów”¹¹, przekonuje Rita Charon. Nie wiem, czy wśród czytelników Broyarda znaleźli się lekarze i czy przejrzeni się w esejach im poświęconych; jeśli nie – chyba warto, by odbyli tę lekcję i uzmysłowili sobie, jak wiele w kształtowaniu się relacji z pacjentem i przebiegu leczenia zależy od ich postawy. „Prawdziwie ludzki kontakt”, o którym pisze Charon, jest możliwy, ale nie gwarantuje go jedynie otwartość pacjenta, ponieważ z perspektywy chorego szczerłość okazuje się tylko naturalną reakcją na podmiotowe potraktowanie go przez medyka¹². Sprawdźmy zatem, czego oczekuje i poszukuje tak wyrafinowany pacjent jak Anatole Broyard.

8 Tamże, s. 41.

9 Błona komórkowa u Charon jest intersubiektywnym obrazem zdarzeń, dziejących się „na błonach” między ludźmi, w tym wypadku między pacjentem a lekarzem. Badaczka wykorzystuje ją jako metaforę relacji łączących postaci powieści Jamesa i traktuje jako sposób na wyjaśnienie miejsc wcześniej zaciemnionych. Tamże, s. 41–43.

10 Tamże, s. 45.

11 Tamże, s. 46.

12 Tamże, s. 36–38. Zob. także M. Skrzypek, *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym*, [w:] *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Wydawnictwo KUL, Lublin 2013.

Zacznijmy od tego, że niewielkie doświadczenie w dotychczasowych kontaktach z lekarzami Broyard rekompensuje krytycznym podejściem – chce lekarza polecanego, a przede wszystkim takiego, który przejdzie maksymalistyczne „analizy semiotyczne”. Broyard w czasie choroby nie może przecież zrezygnować ze swego największego atutu – krytycznego umysłu, który nakazuje mu poddać ocenie różne elementy: od wystroju gabinetu, przez ubiór, po język lekarza. Od początku jego poszukiwania i podejście są jednak naznaczone przesadami, a oczekiwania – nie do spełnienia, czego, co ciekawe, pacjent wcale nie ukrywa, sądzi bowiem, że choroba usprawiedliwia jego niedorzeczne zachowanie, niesprawiedliwe oceny czy uleganie stereotypom. Najsurowiej zrecenzowany zostaje pierwszy urolog:

Ten lekarz nie spodobał mi się od samego początku. Nieszkodliwy z wyglądu, nie sprawiał wrażenia, że ma w sobie dość siły czy woli, by pokonać coś tak potężnego i demonicznego jak choroba. Bezbarwny, niekonkretny, ugrzeczniiony, a przecież nie bawiliśmy się w uprzejmości. Zaczęłam się obawiać, że byłby miły nawet dla mojego raka. Wyglądał jak sprzedawca, który nie może zaoferować niczego poza grzecznościami. Nie spodobał mi się jego sposób mówienia, raził ostrożny i oszczędny język kogoś, komu tylko przypisano rolę lekarza. Nie dostrzegłem w nim nawet cienia tragizmu, iskry szaleństwa, gotowości do walki z losem¹³.

Broyard szuka partnera w walce z chorobą, kogoś, kto – podobnie jak on – dotrze do esencji osobowości i jednocześnie pozwoli się porwać szaleństwu schorzenia. Postawa amerykańskiego pisarza daleka jest bowiem od racjonalności; traktuje on swojego raka jako rozgrzeszenie z zachowań nielogicznych, podpowiadanych przez intuicję, sytuujących się właściwie blisko obłądu. Pisarz argumentuje: „Jestem przekonany, że moje irracjonalne predylekcje dotyczące medycyny odzwierciedlają inteligencję nieświadomości, a więc im ulegam. Potrzebuję przesądów. One mnie uratują¹⁴”. Podstawowe oczekiwanie Broyarda dotyczy dwóch uzdolnień lekarza: specjalista ma być utalentowanym lekarzem i metafizykiem. Chociaż pisarz powtarza: „Nie miałem powodu, by wątpić w jego [urologa – przyp. MŁ] kompetencje¹⁵”, to nie przekonanie o umiejętnościach i wiedzy jest dla niego pierwszorzędne. Broyard chce być traktowany podmiotowo i indywidualnie, wymaga holistycznego spojrzenia, nie szuka zatem w lekarzu sprawnego technika, ale kogoś, kto lecząc ciało, nie zapomni o duszy. Czy to naprawdę „szaleństwo pacjenta”? Chory, stojący przed perspektywą starcia z rakiem¹⁶, potrzebuje mobilizacji, czy zatem oczekiwanie, by lekarz miał w sobie podobną gotowość do

¹³ A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 51–52.

¹⁴ Tamże, s. 55.

¹⁵ Tamże, s. 54.

¹⁶ Metaforyka oparta na języku wojskowym jest ważną częścią patografii, zwłaszcza ich odmiany dotyczącej chorób nowotworowych, czyli kancerografii. Pojęcie wprowadziła Małgorzata Okupnik, zob. M. Okupnik, *Człowiek wobec cierpienia. Przyczynek do antropologii choroby*, [w:] *Kultura współczesna a wychowanie człowieka*, red. D. Kubinowski, Verba, Lublin 2006; też, *W niewoli ciała...*, dz. cyt., s. 215–219. O metaforyce wojskowej zob. na przykład: S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1999, s. 68–75; P. Szenajch, *Trudne umieranie. Narracyjne przedstawienia choroby i śmierci a doświadczenie osób terminalnie chorych*, Sławistyczny Ośrodek Wydawniczy Instytutu Sławistyki PAN, Warszawa 2015, s. 227–291.

walki, jest nonsensowne? Przypomnijmy tezę Broyarda o utożsamieniu diagnozy z twarzą lekarza, który ją obwieszcza: „W zasadzie nie wiemy, że jesteśmy chorzy, dopóki nie oznajmi nam tego lekarz”¹⁷. Jego postawa, ton głosu, język, wskazówki, zalecenia – wszystko decyduje o nastawieniu pacjenta. Mimo że Broyard pacjent wie, jak irracjonalnie się zachowuje, jaki jest stopień jego uprzedzeń, akceptuje w sobie tę niedorzeczność, wierzy bowiem, że za pytaniem chorego: „Czy ten [lekarz – przyp. MŁ] będzie dobry?” kryje się – jak rewers – inne, ważniejsze: „Czy jest ze mną źle?”¹⁸.

Im poważniejsza diagnoza, tym oczekiwania wobec lekarza są większe, chociaż – dla równowagi – pisarz zdaje sobie sprawę z ich utopijności. Powiada zatem: „naiwnie wyobrażę sobie ideał”¹⁹. Ten ideał ma konkretne imię i nazwisko, zanim jednak je zdradzę, rozpiszę ów nierealny projekt Broyarda. Wspominałam już, że pisarz ani na chwilę nie wychodzi ze swej zawodowej roli – tak jak nie przestaje być czytelnikiem i interpretatorem świata, tak nie może oprzeć się pokusie, by wymarzony lekarz miał choćby ułamek podobnych kompetencji: „szukam takiego lekarza, który będzie uważnym czytelnikiem mojej choroby i dobrym krytykiem medycyny”²⁰. Decydująca jest tutaj rola czytelnika, pojmowana – jak sądzę – wieloaspektowo. Broyardem kieruje potrzeba znalezienia w lekarzu osoby kompetentnej intelektualnie i charyzmatycznej. Odważne poglądy pisarza w obliczu choroby, jego harda i wyzywająca postawa dopominają się o współuczestnika z podobną wrażliwością, chociaż zestawienie zawodu lekarskiego z wrażliwością niepokoi pisarza, widzi w nim bowiem oksymoron. Uwieść Broyarda można w jeden sposób – lekarz musi wykazać, że nie tylko potrafi wczytać się w chorobę, ale i w osobowość²¹. Na tym jednak pisarz nie poprzestaje, wymaga dodatkowo, by literackie obycie lekarza równało go z Antonim Czechowem, Williamem Carlosem Williamsem, Walkerem Percym czy Franciszkiem Rabelais’em. Wymienieni lekarze-poeci wydają się Broyardowi uosobieniem niedoścignionych wzorów łączenia kompetencji medycznych i literackich. Są – w jego mniemaniu – więksi niż technicy, bo układają „diagnostyczną poezję”²². Broyardowi właściwie nie zależy na tym, by lekarz zapoznał się z jego własną twórczością (choć nie miałby nic przeciwko temu), dostrzega jednak, że choroba i umieranie – przedmiot zainteresowania i pacjenta, i lekarza – „są swego rodzaju poezją”²³, obaj zatem muszą to

17 A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 53.

18 Tamże, s. 52.

19 Tamże, s. 49.

20 Tamże, s. 56.

21 „Żeby poradzić sobie z moim ciałem, będzie musiał poznać mój charakter. Wejrzeć w moją duszę. Nie wystarczy jedynie zajrzeć w odbył. To tylnie wejście do mojej osobowości” (tamże, s. 56).

22 Podczas lektury esejów Broyarda na te podwójne kompetencje zwrócił uwagę Jerzy Pilch, jednak jego stanowisko było zupełnie inne: „Autor *Trzech sióstr* był całkiem przyzwoitym medykiem – pisarzem nieskończenie większym. Otóż nie jest dobrze, gdy doktor jest w jakiejś dziedzinie nieskończenie sprawniejszy niż w leczeniu. Wymienionych przez autora lekarzy-pisarzy [...] wolę czytać, niż wyobrażać sobie, że mnie leczą” (J. Pilch, *Drugi dziennik 21 czerwca 2012 – 20 czerwca 2013*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2014, s. 183). Na temat łączenia profesji lekarza i pisarza zob. na przykład A. Wołodźko-Butkiewicz, *Profesja lekarza w życiu i twórczości Michaiła Bułhakowa*, [w:] *Literatura piękna i medycyna*, red. M. Ganczar, P. Wilczek, Homini, Kraków 2015.

23 A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 57.

dostrzec i wyciągnąć z tego wnioski. Chory teoretycznie ma łatwiej, bo w „każdym pacjencie żyje niespełniony poeta”, sugeruje Broyard. Lekarz z kolei musi nadrobić braki w swej literackiej edukacji, by konfrontacja języków nie wprawiała go w konsternację. Słyszac diagnozę: „Ma pan raka prostaty z przerzutami, prawdopodobnie do węzłów chłonnych, a może też do kości ogonowej”, Broyard chce wszakże odpowiedzieć frazami z Baudelaire’a i Szekspira: „Uprawiałem moją histerię z radością i strachem” czy „Być może uznam w przyszłości za stosowne, aby usposobienie okazać dziwaczne”²⁴. W swych maksymalistycznych fantazjach nie zawaha się przywołać postaci rzymskiego poety: „Chcę, żeby [lekarz – przyp. MŁ] był moim Wergiliuszem, żeby mnie prowadził przez czyściec lub piekło, był moim przewodnikiem”²⁵.

Pisarz używa swej profesji jak oręża w walce o uwagę lekarza, pragnie bowiem być kimś więcej niż tylko statystycznym przypadkiem w kartotece. Rodzi to jednak pewnego rodzaju trudność: próbując zainteresować medyka, musi przestać być chorym (co niemożliwe) i zaciekawić go osobowością: „chciałbym, żeby [lekarz – przyp. MŁ] zbadał mnie, żeby poddał oględzinom i mojego ducha, i moją prostatę. Bez tego rozpoznania jestem jedynie chorobą”²⁶. Broyard w gruncie rzeczy upomina się o to samo, o czym pisała Rita Charon – o „duchowy portret swego pacjenta”. Pisarz nawiązuje tutaj do działań psychoanalityków, dowartościowujących osobowość, przeżycia duchowe, charakter jako czynniki aktywnie kształtujące chorobę. Zdecydowanie przekracza także typowo medyczne ustalenia i obowiązujący żargon: „Ponieważ technologia odziera mnie z intymności chorowania, odbiera mi chorobę i oddaje ją nauce, chciałbym, żeby mój lekarz jakoś mi ją przywrócił”²⁷. „Proszę jedynie o wyrastający poza naukę namysł nad człowiekiem”²⁸ – dodaje. Pierwszy badający Broyarda urolog zapracował na negatywną ocenę, bo nie spełniał tych oczekiwań – mimo że był „przepocziwy”, to jednak przeprowadzał badanie ze skrepowaniem, wyrażał się pretensjonalnie, a dodatkowo – wyglądał bez wdzięku²⁹. Co jednak najważniejsze – nie wykonał wobec pacjenta żadnego gestu, który dowiódłby podmiotowego traktowania. Tymczasem właściwy gest – sugeruje pisarz – jest banalny: spojrzenie w oczy, z wyrazem

24 Tamże, s. 58.

25 Tamże.

26 Tamże, s. 62.

27 Tamże, s. 64.

28 Tamże, s. 65.

29 Tamże, s. 53–54. O stopniu niesprawiedliwości ocen Broyarda może świadczyć fragment dotyczący języka lekarza: „Powiedział, że chce się zapoznać z architekturą mojego pęcherza” (tamże, s. 54). Właśnie owa architektura wydała się pisarzowi pretensjonalna, tymczasem w tym samym tomie esejów przekonywał – polemizując z Susan Sontag: „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. [...] Chyba tylko metaforycznie można też wyrazić konfuzję człowieka, który znalazł się w niebezpieczeństwie, jego paniczny strach zmieszany z upojeniem” (tamże, s. 33). Warto zauważyć, że dowartościowanie metafory zbliża Broyarda do Charon, która nawiązując do badań takich uczonych, jak Cynthia Ozick, James Boyd White oraz George Lakoff i Mark Johnson, podkreślała, że metafora organizuje nie tylko literaturę, lecz także wszelkie akty myślenia i życia. Według Charon myślenie naukowe i poetyckie są w tym samym stopniu metaforyczne, ponieważ „metafora to sposób na podróże ludzkiego mózgu”. Zarazem metafora wpływa – obok między innymi gatunku, narratora czy aluzji – na „ważne czytanie” (*close reading*), w trakcie którego zwraca się uwagę na ukształtowanie tekstu i jego „pracę” oraz oddziaływanie na czytelników. Zob. R. Charon, *Narrative Medicine...*, dz. cyt., s. 116–119.

i skupieniem, które pacjent dostrzega. W opozycji do spotkań ze swym urologiem Broyard opisuje sytuację, jaka przydarzyła mu się na oddziale ratunkowym. Trafiając w ręce obcego i przypadkowego medyka, liczyć się musiał z większym chłodem, tymczasem: po założeniu cewnika „przyszedł lekarz dyżurny. Powiedział, że zna moje nazwisko z gazety, do której pisuję, i że jest mu miło poznać mnie osobiście”³⁰. Dla Broyarda to coś więcej niż zwyczajne skrócenie dystansu, to właśnie oczekiwana chwila, gdy zza oblicza chorego przebija tożsamość pisarza. Z tego powodu projekt Broyarda, nazwany przez niego w jednym miejscu „romansem z lekarzem”³¹, opiera się na leksyce wzmacniającej bliskość i znoszącej anonimowość: wniknąć w chorobę, poddać ją namysłowi, związać się z pacjentem; namysł, uważność, kontakt, dostępność. Chociaż pisarz zaznacza, że nie jest to projekt sentymentalny, nie opiera się bowiem na miłości czy wspólnocie w cierpieniu, jedynie na wzajemnym zaciekawieniu³², to wyznaje: „Stanowimy *un couple malade*”³³.

Ten związek, „małżeństwo lekarza z pacjentem”, to także swoista walka o przewagę, wzajemne lustrowanie się i diagnozowanie. Pozycja lekarza tylko pozornie jest lepsza, Broyard bowiem w finale swego eseju widzi medyka jako postać tragiczną: „lekarz zostaje pozostawiony sam sobie: cierpiący w osamotnieniu, patologicznie odseparowany od pacjenta, dręczony poczuciem niespełnienia. Staje się maszyną, otacza go pustka”³⁴. Przyczyną tego stanu jest rzecz jasna niemota lekarza, jego nienaturalne milczenie, które – jak wiemy – odradza Rita Charon. Broyard pisarz w nowym szpitalnym otoczeniu widzi inspiracje zawodowe, wszędzie dostrzega czające się historie, które tylko czekają na opowiedzenie i przeczytanie, dlatego nie akceptuje milczenia swych lekarzy, chociaż rozumie, jak trudne w ich wypadku jest szukanie własnego, indywidualnego języka:

30 A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 73. Podobne opisy podmiotowego traktowania i skrócenia dystansu między pacjentem a lekarzem pojawiają się w wielu patografiach. Znamienne są zwłaszcza w przypadku schorzeń, które w znacznym stopniu odzierają z intymności i upokarzają pacjenta. Tak zapamiętała swoje badanie Eve Ensler, amerykańska pisarka i działaczka feministyczna: „Najprzystojniejszy lekarz świata zjawia się w gabinecie, żeby zbadać mój tyłek. No tak: cóż innego mógłby badać? Jestem oczywiście w ciężkim szoku. Leżę na stole, ze spodniami opuszczonymi do kostek, i myślę, że to właśnie ta chwila. Tak wygląda koniec: najpiękniejszy mężczyzna na świecie wie, że mam jakiś koszmarny guz w okolicy, odbytnicy albo macicy, i wie, że musi go zbadać. Zdażyłam już umrzeć z powodu upokorzenia i przerażenia, które zlały się teraz w jedno i przekształciły w mieszankę potu i mdłości. Leżę zwinęta w kłębek na stole, mając nadzieję, że jeśli się nie poruszę, lekarz mnie nie zobaczy. Że zniknę. Jednocześnie pragnę z całego serca, żeby mnie zauważył i potraktował po ludzku. W tej samej chwili doktor Przystojniak, który stał wcześniej na poziomie moich pleców i nagiego tyłka, okrąża stół, podchodzi do mnie, po czym patrzy mi w oczy i mówi: – Zanim zacznemy, chcę, żeby pani wiedziała, jak bardzo panią podziwiam za wszystko, co pani zrobiła dla kobiet, wszystko, co pani napisała, i wszystko, czego pani dokonała, żeby naprawić świat. To, że mogę się panią zajmować, to ogromny zaszczyt, i postaram się robić to najlepiej, jak potrafię. [...] Ta krótka chwila sprawia, że wszystko, co następuje w kolejnych dniach, staje się nieco bardziej znośne. [...] Lekarze nie chcą wierzyć, że tak niewiele potrzeba, żeby dać pacjentowi poczucie godności. Wystarczy wypowiedzieć jedno zdanie. Wystarczy okrążyć stół” (E. Ensler, *W trzewiach świata. Wspomnienia*, tłum. M. Zawadzka, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2015, s. 33–34).

31 A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 49.

32 Tamże, s. 60–61.

33 Tamże, s. 69. Na podobnym fundamencie – bliskości i empatii – opiera się podejście Marzanny Magdoń, rozpisane przez nią w poetycko-filozoficznej książce *Współodczuwanie w medycynie* (M. Magdoń, *Współodczuwanie w medycynie*, Universitas, Kraków 2002).

34 A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 71. Czy zatem nie należałoby pytania, które zadałam na początku tekstu, przeformułować w następujący sposób: „Co bowiem przesądza o samotności lekarza?”

U sedna medycyny leży paradoks, lekarz bowiem, podobnie jak pisarz, musi mówić własnym głosem, którego brzmienie, rytm, dykcja i melodia wyrażają jego człowieczeństwo i który stanowi zadośćuczynienie, bo maszyneria medyczna jest niema. Gdy lekarz stawia trudną diagnozę, kieruje się nie tylko wiedzą medyczną, lecz idzie także za głosem wewnętrznym. Diagnoza powstaje w natchnieniu – tak samo jak sztuka. Lekarz, chcąc nie chcąc, jest opowiadaczem i niezależnie od diagnozy może zmienić nasze życie w dobrą albo słabą powieść³⁵.

Spotkanie lekarza z pacjentem ostatecznie zatem rozgrywa się nie tyle w gabinecie czy sali szpitalnej, ile w rozmowie, opowieści. To próba uzgodnienia spojrzeń dwóch osób na to samo mówiące ciało, którą Charon opisywała za pomocą zjawiska paralaksy. Pozostawiając jako znak swej choroby doskonałą patografię, Broyard jest przekonany, że to nie pacjentów należy namawiać do otwartości, tylko lekarzy. Postulaty amerykańskiego krytyka znów współbrzmia z тезami medycyny narracyjnej, wykraczającej poza przestrzeń ściśle medyczną. I Broyard, i Charon podobnie widzą sytuację lekarza: „Otwierając przed chorym serce, niewiele może stracić, wygrać zaś może wszystko. Jeśli to uczyni, wykorzysta szansę, którą mają nieliczni: będzie z nim dzielił zdumienie, grozę i uniesienie związane z byciem na krawędzi, pomiędzy tym, co biologiczne, a tym, co nadprzyrodzone”³⁶. Charon dodałaby, że owa szansa kryje się w wykorzystaniu możliwości „narratywizacji ciała”.

Sądząc zatem, że Broyard oddałby się w fachowe ręce Rity Charon i zapisałyby jej nazwisko obok swego lekarskiego ideału, czyli Olivera Sacksa³⁷. W jej osobie i w ramach medycyny narracyjnej znalazłyby kompetencje kliniczki i empatię metafizyczki, dla której onkologia sytuuje się blisko ontologii³⁸. Przekonująca jest bowiem nie tylko sama „narratywizacja ciała”³⁹, ważna dla Broyarda pisarza, lecz także sposób, w jaki Charon traktuje przestrzeń ciał swych pacjentów. W tym zakresie Broyard pacjent spotkałby się z niezwyklej atencją – Charon postrzega bowiem ciało chorego jako jego pierwszy dom, a wejście w jego progi (z oftalmoskopem i wziernikiem) to dla niej przywilej, a nie inwazja czy sposobność do naruszenia granic. Fundamentalne przekonanie Charon, że „mieszkamy w ciele”,

³⁵ Tamże, s. 69.

³⁶ Tamże, s. 74.

³⁷ „Najwybitniejszym poetą współczesnej medycyny jest bezsprzecznie Oliver Sacks. [...] Uważam go za lekarza obdarzonego geniuszem wnikliwości, który zdołał wejrzeć w psychikę pacjenta i pokazać, jak człowiek radzi sobie z chorobą, jak żyje z nią, a czasem wręcz p o p r z e z [wyróżnienie autora] nią buduje swoje życie”; „Mój idealny lekarz przypominałby Olivera Sacksa. [...] spróbowałby odnaleźć jakieś dobre strony mojego położenia. Bo doktor Sacks umie sprawić, by dolegliwości przemówiły na naszą korzyść. Dojrzałby ducha opiekuńczego mojej choroby. Własnego ducha złączyłby z moim” (tamże, s. 34, 58–59). Z pewnością Broyard doceniłby fakt, że wstęp do tomu jego esejów napisał właśnie Sacks i zaznaczył, że „najbardziej wyjątkowy wydał mi się esej *Pacjent bada lekarza*” (O. Sacks, *Słowo wstępne*, [w:] A. Broyard, *Upojony chorobą...*, dz. cyt., s. 10).

³⁸ Wykorzystuję tutaj niezwykle trafne zdanie autora innej patografii, Christophera Hitchensa. Zob. Ch. Hitchens, *Śmiertelność*, tłum. R. Madejski, Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice 2013, s. 110.

³⁹ Rita Charon wzmacnia znaczenie ciała, przekonując, że jest ono współautorem opowieści o życiu, a choroba staje się szczególną okazją do tego, by usłyszeć jego głos. Komunikacja z ciałem może obfitować w przeszkody, zwłaszcza przez wrażenie, że ciało mówi „obcym językiem”. Jednak ciało w perspektywie medycyny narracyjnej poddaje się translacji, ujawnia swe znaczenia, pozwala się zinterpretować i „w pewien sposób uczynić przezroczystym”. Zob. R. Charon, *Narrative Medicine...*, dz. cyt., s. 87–88.

wyznacza początek relacji pacjent – lekarz: w ciałach interlokutorów znajdują się środki zarówno do opowiedzenia historii, jak i jej wysłuchania⁴⁰. Badaczka przekonuje, że to, co słyszy od swoich pacjentów, zmienia ją, a usłyszane narracje uwarżliwiają na kolejne opowieści. Z tego wynika właśnie potrzeba czytania literatury przez lekarzy – historie Iwana Iljicza czy króla Leara zostają aktywowane w pamięci i wrażliwości lekarza w chwili, gdy przypomina je inna opowieść pacjenta⁴¹. Jedno z najważniejszych i najdokuczliwszych dla pacjenta napięć, czyli zderzenie własnej niewiedzy z nomenklaturą medyczną, może zostać zminimalizowane, gdy poczuciu obcości chorego w świecie nowego języka wyjdzie naprzeciw „uważne słuchanie” (*attentive listening*), o które wielokrotnie apeluje Charon⁴². Z kolei wsłuchanie się w mowę pacjenta, inną i nieprofesjonalną, wiąże się z honorowaniem jej na równi z klinicznym obrazem choroby i chorującego, jaki tworzy lekarz, posługując się metodami i terminologią typowymi dla swojej profesji⁴³. Zarówno Broyard, jak i Charon walczą z ograniczeniami komunikacji między pacjentem a lekarzem, widzą bowiem chorowanie i leczenie jako aktywność, proces, w trakcie którego uczestnicy przechodzą przemianę. Podstawowe potrzeby pacjenta – według Broyarda – to bycie wysłuchanym i odkrycie w lekarzu swobodnego sekretarza, który zrozumie to, co się rozgrywa w ciele i duszy chorego. Wymarzonego lekarza powinno wobec tego cechować angażujące i empatyczne podejście do pacjenta oraz aktywne poszukiwanie własnego głosu. Ważną tezę eseju Broyarda i medycyny narracyjnej Charon jest bowiem przeświadczenie, że lekarz – podobnie jak pacjent – jest/ma być opowiadaczem. Głos medyka jest szczególnie ważny z racji tego, że aparatura medyczna jest niema albo przemawia zaszyfrowanym kodem czy wartościami liczbowymi. To właśnie z tego powodu lekarz, tak jak pisarz, powinien doskonalić swój głos – jest on bowiem równoprawnym dostarczycielem maladycznych narracji.

Andrzej Szczeklik dodaje jeszcze jeden ważny argument dotyczący możliwości przekroczenia granicy między byciem lekarzem a byciem pacjentem:

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 opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza⁴⁴.

40 R. Charon, *The novelization of the body...*, dz. cyt., s. 47.

41 Tamże, s. 46.

42 R. Charon, *Narrative Medicine...*, dz. cyt., s. 186–192.

43 Michał Skrzypek, uwzględniając optykę medycyny narracyjnej, postulował zmianę „typowego wywiadu klinicznego”. Zwracał ponadto uwagę, że wartość podejścia narracyjnego tkwi we wzmocnieniu perspektywy osoby chorej i jej opowieści oraz w wyczuleniu lekarza na „umiejętność empatycznego słuchania” (M. Skrzypek, *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny*, dz. cyt., s. 73–75, 83).

44 A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, dz. cyt., s. 12. O łączeniu dwóch punktów widzenia – chorego i pacjenta – zob. O. Sacks, *Stanąć na nogi*, tłum. E. Mikina, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2011.

Trudno oczywiście oprzeć się wrażeniu, że postulaty artykułowane przez Broyarda wobec lekarzy są utopijne. Jednak nawet jeśli stanowią projekt niemożliwy – co łatwo udowodnić, łącząc eseje pisarza z aktualnym kontekstem społecznym i politycznym, w którym dochodzi do spotkań pacjentów z lekarzami – to wyznaczają horyzont oczekiwań. Konfrontacja patografii Broyarda z tezami medycyny narracyjnej i ich wzajemna bliskość dowodzą, że to, co wydawało się literackim konceptem, rozpisany z retoryczną swadą, a nawet przesadą, zyskało silną podbudowę naukową w koncepcji medycyny narracyjnej, również w Polsce cieszącej się coraz mocniejszym instytucjonalnym wsparciem⁴⁵.

BIBLIOGRAFIA

- Antoszevska, Beata. *Ku człowiekowi: doświadczenie relacji z pacjentem w narracjach lekarzy: wybrane zagadnienia pedagogiki leczniczej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2018.
- Boruszkowska, Iwona. *Defekty. Literackie auto/pato/grafie – szkice*. Kraków: Wydawnictwo UJ, 2016.
- Broyard, Anatole. *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*. Wybór i oprac. Alexandra Broyard. Tłum. Agnieszka Nowakowska. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne, 2010.
- Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Chojnacka-Kuraś, Marta, red., *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*. Warszawa: Wydawnictwa UW, 2019.
- Frank, Arthur W. *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press, 1995.
- Hawkins, Anne H. *Reconstructing Illness. Studies in Pathography*. West Lafayette: Purdue University Press, 1999.
- Nowina Konopka, Maria. *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ, 2016.
- Okupnik, Małgorzata. *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*. Kraków: Universitas, 2018.
- Płonka-Syroka, Bożena, red., *Relacje lekarz – pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*. Wrocław: Wydawnictwo DiG, 2005.
- Skrzypek, Michał. „Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym”. W: *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. Michał Skrzypek. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2013.
- Sontag, Susan. *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. Tłum. Jarosław Anders. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1999.
- Szczeklik, Andrzej. *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Wstęp Czesław Miłosz. Kraków: Wydawnictwo „Znak”, 2009.

⁴⁵ Medycyna narracyjna od kilku lat jest w Polsce tematem dyskusji akademickiej w obrębie medycyny, socjologii medycyny oraz literaturoznawstwa i językoznawstwa. Z inicjatywy Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej odbyły się dwie konferencje naukowe (w roku 2018 i 2019) dotyczące tej problematyki, zatytułowane „Medycyna narracyjna. Wartość opowieści o doświadczeniu choroby w praktyce klinicznej, badaniach i edukacji”. Zob. <https://komunikacjamedyczna.pl/ii-ogolnopolska-konf-naukowa-medycyna-narracyjna/> (30 września 2019). Pokłosiem pierwszej z nich jest książka *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwa UW, Warszawa 2019.

Tobiasz-Adamczyk, Beata. *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo UJ, 2002.

Data wpłynięcia: 2 września 2019 r. Data zatwierdzenia do druku: 23 października 2019 r.

"THE PATIENT EXAMINES THE DOCTOR"

This article discusses the patient-doctor relationship in terms of Rita Charon's concept of narrative medicine. The discussion is based on an interpretation of *Intoxicated by My Illness and Other Writings on Life and Death*, a collection of essays written by American writer and literary critic Anatole Broyard after he was diagnosed with prostate cancer. Writing about the ordeals of life and death, the author devoted a lot of attention to his meetings with doctors. Particularly in the essay *The Patient Examines the Doctor*, he points to a certain power struggle that takes place between the person who is ill and their physician. While physicians are generally believed to be in a privileged position, Broyard argues that they are also subjected to a similar, often equally painful, diagnosis process. His reflections on an ideal doctor (embodied by Oliver Sacks) turn out not to be completely utopian. Confronted with Rita Charon's theses on narrative medicine, they seem to gain scientific confirmation.

SŁOWA KLUCZOWE: medycyna narracyjna, pacjent, lekarz, Rita Charon, Anatole Broyard

KEY WORDS: narrative medicine, patient, doctor, Rita Charon, Anatole Broyard