

KATARZYNA SZMIGIERO

UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH  
FILIA W PIOTRKOWIE TRYBUNALSKIM

## **Narracje o szaleństwie a płęć Różnice między męskim i kobiecym sposobem konstruowania autopatografii w literaturze anglojęzycznej**

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat można zaobserwować w krajach anglojęzycznych znaczny wzrost zainteresowania szeroko rozumianą literaturą biograficzną. Stworzono nawet specjalny termin odnoszący się do tego typu pozycji: *life writing*. Mirosława Buchholtz sugeruje, iż najlepszym polskim odpowiednikiem tego terminu, będącego angielską kalką greckiego *bios* (życie) i *grapho* (pisać), jest „literatura dokumentu osobistego” (Buchholtz, 2011: 21). *Life writing* to nie tylko autobiografie, na co mogłaby wskazywać nazwa, ale także dzienniki, wspomnienia, wyznania, świadectwa, pamiętniki, relacje z podróży, listy czy nawet autobiograficzne eseje. Niektórzy krytycy rozumieją ten termin jeszcze swobodniej, włączając węg także gatunki fikcyjne, jak na przykład biomitografię (autobiografię zawierającą elementy mitologii i historii, termin stworzony przez afroamerkańską pisarkę Audre Lorde) czy powieści typu *roman á clef* i *bildungsroman* (Henke, 2000: xiii). *Life writing* to więc zarówno teksty, które w naturalny sposób powstają w trakcie czyjegoś życia, są skierowane do konkretnego odbiorcy (na przykład listy do matki) i mają wymiar osobisty, jak i teksty *stricte* literackie, od razu pisane z myślą o druku i anonimowym czytelniku.

Sidonie Smith i Julia Watson (2001) wyróżniają i definiują aż pięćdziesiąt dwie odmiany samej autobiografii, wśród nich gatunek zwany autopato-

grafią (od greckiego *pathos* oznaczającego, między innymi, ból i cierpienie). Inni badacze określają ten gatunek po prostu narracją o chorobie (*illness narrative*). Powstanie narracji o chorobie jako podgatunku autobiografii jest ściśle związane z rozwojem współczesnej medycyny. Chociaż pozornie może wydawać się to sprzeczne, im bardziej wiarygodna stała się wiedza medyczna, a oferowane terapie skuteczne i bezpieczne, tym bardziej pogłębił się rozdźwięk między subiektywnym doświadczeniem choroby a jej naukowym opisem. Jak pisze Rita Charon, amerykańska literaturoznawczyni pracująca równocześnie jako lekarz pierwszego kontaktu, „praktyka medyczna i kształcenie przyszłych lekarzy” jest „bezosobowe, fragmentaryczne, chłodne, skupione na sobie i pozbawione wrażliwości społecznej” (Charon, 2006: 10). Skupiając się na dolegliwości i wynikach badań, lekarze często nie dostrzegają osoby, która na daną chorobę cierpi, nie widzą w pacjencie równorzędnego partnera, który ma prawo decydować czy, jak i kiedy chce być leczony. Biurokratyzacja i depersonalizacja opieki medycznej sprawiają, iż wielu pacjentów bardziej boi się hospitalizacji i terapii niż samej choroby. Napisanie historii swojej choroby jest próbą odzyskania własnego doświadczenia, uwolnienia go od zdehumanizowanego dyskursu medycznego i autorytatywnego, hermetycznego, naukowego języka, przywrócenia sobie człowieczeństwa i godności, z której nazbyt często odziera nas interwencja medyczna. Tak jak przedstawiciele ludów dotkniętych kolonializmem opisują odkrycie i podbój ‘Nowego Świata’ przez białego człowieka z własnej perspektywy, tak samo pacjenci pisząc patografię odbierają medycynie wyłączność na interpretację doświadczenia choroby.

Na przykład, opisując depresję, biomedyczna psychiatria skupia się na analizowaniu działania neuroprzekaźników i leków, które mają za zadanie uregulować ich pracę. Jednak dla osoby żyjącej z kliniczną depresją, serotonina czy dopamina to nic nieznaczące terminy. Oni mogliby powiedzieć, cytując Hamleta:

Otóż ostatnio, sam nie wiem czemu, straciłem całą radość życia, zarzuciłem nawet swoje codzienne ćwiczenia. Jestem w tak złym nastroju, że cała barwna sceneria globu wydaje mi się jałowa jak skalisty przylądek. Powietrze, ten cudowny baldachim nad nami [...] w moich oczach jest jedynie nagromadzeniem wstrętnych i niezdrowych wyziewów. A człowiek? Niby wiem, że to arcydzieło – szlachetność rozumu, nieograniczone zdolności, proporcja kształtu, płynność ruchów, w uczynkach równy aniołom, w pojmowaniu równy bogom: najwyższe z żyjących istnień, korona stworzenia! A jednak dla mnie to tylko kwintesencja marnego prochu. Nie cieszy mnie żaden człowiek – ani żaden mężczyzna, ani żadna kobieta (Shakespeare, 199: 75).

Leczący księcia współcześnie psychiatra zanotowałby jedynie w jego karcie choroby, iż „pacjent wykazuje negatywny afekt”, co w żaden sposób nie oddaje samopoczucia Hamleta. Język angielski odróżnia społeczne i medyczne aspekty choroby nazywając je innymi słowami. *Disease* to jednostka chorobowa, niezależna od czynników kulturowych czy historycznych i usunięciem lub złagodzeniem jej objawów zajmuje się medycyna. *Illness*,

z kolei, to społeczno-kulturowa reakcja na chorobę, cierpienie, niewygodę, złość, wstyd i wachlarz innych reakcji, które jej towarzyszą (Kleinman, 1988: 3–6). Doświadczenie choroby jest zawsze subiektywne i indywidualne, zależy od okoliczności życiowych, wieku, płci, klasy społecznej, światopoglądu. Choroba jako jednostka diagnostyczna jest stała i niezmienna.

Ponadto współczesna kultura niechętnie porusza tematykę związaną z cierpieniem, niepełnosprawnością i śmiercią (Kleinman, 1988: 28, 47). Programy telewizyjne i prasa kolorowa przekonują nas, iż możemy długo być atrakcyjni, sprawni i zdrowi, przedstawiając brzydotę i starość jako rezultat niehigienicznego trybu życia i braku aktywności fizycznej, a nawet nieodpowiedniej osobowości. Susan Sontag (1990) doskonale uchwyciła współczesny lęk przed chorobą, opisując konotacje związane z rakiem czy AIDS. Jednak przed wieloma chorobami nie można się ustrzec i obarczanie chorych odpowiedzialnością za swoje dolegliwości jest często niesprawiedliwe i okrutne. Wiele patografii porusza ten temat, przedstawiając utratę zdrowia, ból i śmierć jako naturalną kolej rzeczy.

Chorobom często towarzyszy wstyd i społeczne odrzucenie, jednak bez wątplenia do dolegliwości, które obejmuje największe tabu, można zaliczyć wszystkie choroby psychiczne. Żadne inne zaburzenia nie są przedmiotem tak wielkiego niezrozumienia, stereotypów, uprzedzeń, a nawet dyskryminacji (Thornicroft, 2007). Ponieważ przyjęło się, iż choroba psychiczna dyskredytuje wiarygodność osoby na nią cierpiącej, otwarte przyznanie się do diagnozy psychiatrycznej jest w narracji autobiograficznej problematyczne. Można też zauważyć znaczne różnice między narracjami o szaleństwie pisаныmi przez mężczyzn i kobiety. Płęć jako kategoria kulturowa wpływa na nie tylko na percepcję choroby, ale i na konstrukcję całej autobiografii chorobowej.

Po pierwsze, najbardziej oczywistym wnioskiem, który można wyciągnąć, porównując narracje o szaleństwie pisane przez mężczyzn i kobiety, jest występująca między nimi ogromna dysproporcja ilościowa. Kobiety znacznie częściej poruszają ten temat w swoich autobiografiach lub wręcz poświęcają chorobie całą książkę. Mężczyźni są dużo mniej skłonni pisać o swoich problemach psychicznych i jeśli nawet to robią, albo temat marginalizują, albo równoważą go innymi zagadnieniami, przedstawiając swoją osobę w pozytywnym świetle. Najlepszą ilustracją tej tendencji może być fakt, iż takie pozycje jak autobiograficzna powieść Sylvii Plath *Szklany klosz* (1963), *Anioł przy moim stole* (1984) Janet Frame, *Przerwana lekcja muzyki* (1993) Susanny Kaysen czy *Pokolenie P* (1995) Elizabeth Wurtzel są znane masowemu odbiorcy, także z głośnych i nagradzanych adaptacji filmowych. Trudno podać chociażby jeden przykład takiej autobiografii napisanej przez mężczyznę.

Rzecz jasna, można tę dysproporcję ilościową wytłumaczyć faktem, iż pewne choroby psychiczne, zwłaszcza depresję, osobowość typu

*borderline* czy zaburzenia odżywiania znacznie częściej diagnozuje się u kobiet. Skoro kobiety częściej chorują, brzmiałby ten argument, częściej o tym doświadczeniu piszą. Jednak już wytłumaczenie, dlaczego pewnego typu zaburzenia są medykaliżowane u kobiet, a kryminalizowane u mężczyzn, czemu kobiety częściej szukają pomocy u lekarza psychiatry, a mężczyźni unikają nazwania swoich problemów za pomocą dyskursu medycznego – na te pytania nie ma jednoznacznych i obiektywnych odpowiedzi, gdyż każda próba ich udzielenia łączy się z wyznawaną ideologią (Busfield, 1996; Prior, 1999). Należy pamiętać, iż normy zdrowia psychicznego i choroby są umowne i kulturowo zależne. Tradycyjne role płciowe narzucają na kobiety większą uległość, emocjonalność (na przykład zezwalają na jawne okazywanie smutku poprzez płacz) i zależność, co może czynić je bardziej podatnymi na zaburzenia afektywne. Dlatego analiza porównawcza narracji o szaleństwie pisanych przez obie płcie jest nie tylko problemem badawczym dla literaturoznawców, gdyż historycy psychiatrii, psychologowie, socjologowie i badacze *gender studies* również znajdują w niej wiele istotnych zagadnień. Również terapeuci, pracownicy socjalni, lekarze i studenci medycyny mogą wiele skorzystać z tego typu lektur oferujących „wgląd w bogactwo psychopatologii, tak jak jest ona bezpośrednio przeżywana a nie opisywana przez psychiatrów” (Oyebode, 2009: 25).

Autorki narracji o szaleństwie to z reguły osoby młode, dla których publikacja patografii często jest debiutem literackim. Z racji swojego wieku nie mają one żadnych spektakularnych osiągnięć czy wręcz jakiegokolwiek życia zawodowego czy prywatnego. Choroba uniemożliwia im ukończenie szkoły czy podjęcie pracy, nawiązanie głębszych przyjaźni, realizację jakichkolwiek planów. Dla kontrastu, najbardziej chyba znany tekst anglojęzycznego autora na temat własnego doświadczenia choroby psychicznej to esej Williama Styrona *Dotyk ciemności* (1990), wydany, gdy autor miał 65 lat i był uznanym i nagradzanym wielokrotnie pisarzem, znanym międzynarodowej publiczności z *Wyboru Zofii* (1979, adaptacja filmowa 1982). Styron nie musi nikogo przekonywać o wartości swojego talentu, osiągnięć czy nawet dochodów. Mimochodem wtrąca nazwiska wielkich tego świata, literackie nagrody, europejskie stolice i posiadłość letnią w Martha's Vineyard, gdzie po sąsiedzku wypoczywają rodziny prezydentów USA i hollywoodzcy aktorzy. W podobnym do Styrona wieku był słynny filozof angielski, John Stuart Mill, gdy ukazała się jego autobiografia. Przyznał się w niej do młodzieńczej depresji, jednak na tle niezwykle płodnego intelektualnie życia Milla jest to mało znaczący epizod, który można porównać do choroby młodzieńczego wieku, na którą dorastający w epoce romantycznej młody gentelman cierpiał, leżąc na szezlongu, wzdychając i czytając poezję. Nawet sam sposób opisu wskazuje na deprecjonowanie przez myśliciela dawnych doświadczeń:

Była jesień 1826 roku. Byłem w przyciszonym stanie ducha, na jaki każdy sporadycznie może być narażony, niewrażliwy na przyjemności czy radosne poruszenie, w takim nastroju, w którym to co zwykle wydawać się przyjemne staje się mdłe lub obojętne (Mill, 1876, cyt. za: Oyebode, 2009: 26).

Skoro każdy takiego stanu czasem doświadcza, nie ma tu mowy o poważnej chorobie. Mniej znani autorzy dziewiętnastowieczni, na przykład syn angielskiego premiera John Thomas Perceval, opisuje wprawdzie swój pobyt w szpitalu psychiatrycznym, jednak koncentruje się na swojej działalności społecznej i reformatorskiej. Okrutne traktowanie chorych i fatalne warunki, w jakich byli przetrzymywani, skłoniły go do poświęcenia się walce o poprawę ich losu i zmiany prawne. Podobnie jak Mill, Perceval dożył sędziwego wieku bez jakiegokolwiek nawrotu choroby. Wspomnienia Amerykanina, Clifforda Whittinghama Beersa (1908), to niemalże kopia napisanej kilkadziesiąt lat wcześniej książki Percevala. Beers doświadczył przemocy jako pacjent psychiatryczny i po opuszczeniu szpitala stał się reformatorem i aktywistą. Mimo że ewidentnie był chory, narracja nie skupia się na objawach choroby takich jak urojenia prześladowcze czy mania wielkości, lecz fatalnych warunkach szpitalnych i okrucieństwie personelu. Nawet współczesna pozycja *Dzień, w którym umilkły głosy. Moja walka ze schizofrenią* (2001) Kena Steele'a niewiele się różni od dwóch poprzednich pozycji. Steele ukazuje okropieństwo swojej choroby i jej konsekwencje, takie jak konflikty z prawem i bezdomność, jednak opowieść kończy się optymistycznym akcentem. Po latach udręki autor wreszcie otrzymuje leki, które usuwają objawy choroby i sprawiają, iż z żyjącego na ulicy włóczęgi staje się znanym w całym kraju działaczem na rzecz osób chorych psychicznie. Jego najważniejsze osiągnięcie to udana próba aktywizacji politycznej osób niepełnosprawnych, które zachęcił do brania udziału w wyborach. Dzięki temu politycy dostrzegli w nich potencjalnych wyborców i włączyli ich potrzeby do swoich programów. Mamy tu do czynienia z zupełnie innym umiejscowieniem choroby na tle reszty życia autorów. Perceval, Beers i Steele pomimo choroby osiągają sukces, stają się znanymi i szanowanymi obywatelami.

Mężczyźni piszący o szaleństwie często pochodzą z dobrze sytuowanych rodzin, są dobrze wykształceni i uprzywilejowani, nie tylko ze względu na płeć czy klasę społeczną, ale także i pochodzenie etniczne. Kobiety często, oprócz ograniczeń narzuconych rolami płciowymi, borykają się z wykluczeniem spowodowanym pochodzeniem społecznym czy etnicznym. Frame pochodzi z bardzo biednej, robotniczej rodziny, jako dziecko często jest brudna i źle ubrana, w dorosłym życiu cierpi biedę. Jej ambicje literackie traktowane są jako fanaberia lub wręcz objaw schizofrenii. Wurtzel pochodzi z rozbitej rodziny i jest Żydówką, podobnie jak Kaysen. W ich przypadku przyznanie się do problemów psychiatrycznych dodatkowo je marginalizuje i wyklucza. Rzecz jasna, choroba psychiczna jest tak samo bolesnym doświadczeniem dla człowieka bogatego i biednego, jednak

status ekonomiczny zwykle umożliwia jej szybsze i skuteczniejsze leczenie oraz nie sprowadza na chorego prawdopodobieństwa skrajnego ubóstwa, bezdomności i przemocy. „Smutno mi, Boże!” podczas rejsu o zachodzie słońca u wybrzeży Afryki brzmi mniej przekonująco niż w ustach bezrobotnej afroamerykańskiej matki w slumsach. Ponadto autobiografie Wurtzel czy Maryi Hornbacher (a także autobiograficzne powieści Frame) nie mają retrospektywnego charakteru, tak jak pozycje wyżej wymienionych pisarzy. Są pisane w trakcie choroby lub świeżo po jej ostatnim epizodzie, a nie, tak jak u Milla, Percevala czy Marka Vonneguta, wiele lat później, kiedy już z dużą pewnością można stwierdzić, iż choroba była tylko dawnym wydarzeniem.

Warto również zwrócić uwagę na aspekty formalne autobiografii chorobowych pisanych przez mężczyzn i kobiety. Różnica ta może mieć, rzecz jasna, charakter idiosynkratyczny i odnosić się do stylu danego autora czy autorki, jednak analizując większą liczbę pozycji, można zauważyć pewne prawidłowości. Mężczyźni zwykle tworzą teksty chronologiczne i uporządkowane, skupiające się na jednym, głównym wątku – linearnie opowiedzianej swojej historii. Często pomijają sprawy rodzinne i relacje interpersonalne. Na przykład Steele przyznaje, iż zarabiał na życie świadcząc usługi seksualne w gejowskich barach i był utrzymankiem bogatych mężczyzn. Nigdy jednak nie wspomina, czy był to wyłącznie najprostszy dostępny dla młodego, atrakcyjnego chłopaka z prowincji sposób na zdobycie jedzenia i dachu nad głową, gdyż schizofrenia nie pozwoliła mu utrzymać żadnej pracy, czy też, przy okazji, wyjeżdżając z domu do pełnego atrakcji i seksualnego wyzwolenia Nowego Jorku odkrył swoją orientację seksualną, której przedtem nie był świadomy. Kwestia ta nigdy nie zostaje przez niego wyjaśniona. Styron w ogóle nie wspomina o swoich relacjach rodzinnych. Narracje kobiet, dla kontrastu, są dużo bardziej epizodyczne i dygresyjne. Nawet jeśli opowieść rozwija się zgodnie z chronologią, często mamy do czynienia z anachronią, wybieganiem do przodu lub interpretacją zdarzeń ze współczesnej perspektywy, jak ma to miejsce u Frame. Ich opowieści przeplatają się z informacjami o losach przyjaciół i rodziny, są wielowątkowe i wielopłaszczyznowe. Niekiedy mamy też do czynienia z narracją polifoniczną, kiedy to autorki zapraszają przyjaciół lub członków rodziny to napisania fragmentu tekstu. Twórczość Hornbacher przypomina mozaikę, w której – obok narracji autobiograficznej – roi się od anegdot, teorii psychologicznych czy cytatów z artykułów naukowych. Kaysen, z kolei, zamieszcza fotografie dokumentacji medycznej, z którą nieustannie polemizuje, a Wurtzel teksty muzyki popularnej: Lou Reeda, Bruce’a Springsteena czy Boba Dylana. Kobiety częściej też odwołują się do języka poetyckiego, stosują paradoksy, rozbudowane metafory czy eksperymentują ze stroną graficzną tekstu. Bynajmniej nie obniża to ich wartości artystycznej i nie zniekształca opisu choroby – wprost przeciwnie, pomaga czytelnikom zrozumieć doświadczenia, które trudno opisać obiektywnym językiem.

Istotną różnicą między narracjami o szaleństwie pisanyymi przez kobiety i przez mężczyzn jest też sposób interpretacji choroby psychicznej. Mężczyźni w ogromnej większości przychylają się do biomedycznego modelu psychiatrii i traktują chorobę wyłącznie jako efekt wadliwego funkcjonowania mózgu, który należy zdiagnozować i naprawić. Są oni także zwolennikami leczenia farmakologicznego, równocześnie krytycznie odnosząc się do jakichkolwiek innych form terapii, na przykład arteterapii czy psychoterapii. Najdobitniej widać to w autobiograficznym esejem Styrona, który tłumaczy czytelnikom:

Szaleństwo jest wynikiem nieprzewidzianych procesów biochemicznych [...] powstaje wśród neuroprzekaźników w mózgu, najprawdopodobniej skutkiem ogólnoustrojowego stresu, który z nieznanych przyczyn powoduje spadek takich związków jak norepinefryna i serotonina, i wzrost poziomu kortyzolu (Styron, 2004: 46).

Nieważne, że ani Styron, ani większość jego czytelników, nie rozumie zupełnie nic z tych wyjaśnień. Ważne, że są one naukowe i trudne, więc powinny brzmieć przekonująco i obiektywnie. Pisarz podaje też kolejne, biologiczne, wytłumaczenie swojej depresji. Od lat stosował dużą dawkę leku nasennego, który może, jako skutek uboczny, wywoływać obniżenie nastroju (Styron, 2004: 48). Wspomina także o nadużywaniu alkoholu, jednak nie przedstawia swojej konsumpcji w charakterze uzależnienia, ale raczej stymulanta i atrybutu amerykańskiego pisarza. Alkohol był dla niego „magiczną przepustką do świata fantazji i euforii oraz spotęgowaniem wyobraźni” (Styron, 2004: 39). Nigdy nie tłumaczy, czemu nie mógł spać i większość życia był alkoholikiem, gdyż oznaczałoby to przyznanie się do słabości i wymagało przeanalizowania swoich lęków, obaw czy bolesnych wspomnień. Nic też dziwnego, iż Styron niechętnie wypowiada się o psychoterapii indywidualnej i grupowej, a także terapii sztuką, którą nazywa „zorganizowanym infantylizmem” (Styron, 2004: 74).

Według niektórych badaczy problemy, które u kobiet manifestują się objawami depresyjnymi, u mężczyzn przyjmują formę alkoholizmu (Busfield, 1996; Prior, 1999). Zauważają oni, iż w społecznościach, w których z różnych przyczyn, głównie religijnych, nie pija się alkoholu, liczba kobiet i mężczyzn cierpiących na tę chorobę jest porównywalna. W kulturze Zachodu alkoholizm mężczyzn jest kulturowo akceptowany i nie jest interpretowany jako choroba psychiczna, raczej widziany jest jako problem natury społecznej. Możliwe zatem, iż picie Styrona nie było wcale szukaniem artystycznych wizji, lecz maskowaniem głębiej leżących problemów medycznych. Jednak Styron, podobnie jak omawiany poniżej Steele, woli widzieć w depresji chorobę organiczną, taką jak cukrzyca. Wtedy nie ma ona nic wspólnego z jego osobowością, doświadczeniami życiowymi czy kulturą, w której żyje. Nie trzeba jej w żaden sposób tłumaczyć czy interpretować. Jest to, u zawodowego pisarza słynącego z kreślenia intymnych portretów psychologicznych swoich postaci, bardzo dziwna decyzja.

Podobnie Mark Vonnegut, syn słynnego pisarza *science-fiction* Kurta Vonneguta, w *Expresie do Raju. Moje wspomnienia z okresu szaleństwa* (1975) utrzymuje, iż biomedyczny model schizofrenii jest najprzydatniejszy, gdyż „[...] usuwa, zarówno u ciebie jak i u twoich bliskich, ból i frustrację. Nikt nie jest niczemu winny. Nie potrzeba psychologicznych wyczynów, by było lepiej” (Vonnegut, 2002: 298). Vonnegut utrzymywał, że do zdrowia wrócił dzięki swoistej terapii, łączącej przepisane przez lekarza leki psychotropowe z dużą ilością witamin, chociaż potem stwierdził, iż powrót do zdrowia był samoistny. Biorąc pod uwagę fakt, iż epizod psychotyczny, którego doświadczył mieszkając w srogich warunkach klimatycznych, na pustkowiu, w utopijnej hippisowskiej komunie, był najprawdopodobniej spowodowany skrajnym wysiłkiem fizycznym, niedożywieniem i nadużywaniem substancji psychoaktywnych; regularna dieta, odpoczynek i przede wszystkim detoks mógł rzeczywiście samoistnie usunąć niepożądane objawy. Vonnegut, który później ukończył studia medyczne i został pediatrą, nigdy potem nie doświadczył jakichkolwiek problemów ze zdrowiem psychicznym.

Niemalże identyczne wytłumaczenia można odszukać u Steele'a. Jego przerażające halucynacje słuchowe, głosy mówiące mu ciągle, iż jest złym człowiekiem, nic nie wartym nieudacznikiem, że nikomu na nim nie zależy, są dla niego po prostu nic nieznaczącym objawem choroby – tak jak w wysypce trudno doszukiwać się metafizycznych treści, tak i w treści urojeń nie ma żadnego odniesienia. Fakt, że był traktowanym okrutnie przez swoich rodziców, odrzucony i krytykowany, nie ma, według autora, żadnego związku z głosami, które mu towarzyszyły przez większość życia. Wprawdzie skrupulatnie odnotowuje wszystkie zaniedbania i błędy, których dopuścili się rodzice, zwłaszcza ignorowanie jego choroby i pozbycie się go z domu, gdy tylko osiągnął pełnoletność, by dalej nie zawstydzał ich swoim zachowaniem i nie prowokował plotek wśród sąsiadów, jednak nie łączy w żaden sposób treści swoich halucynacji z postawą rodziców. W jednym tylko miejscu zaznacza: „Gdyby moi rodzice wspierali mnie od samego początku, gdyby przy mnie trwali, kto wie, jaki bieg obrałaby moja choroba” (Steele, 2001: 89). Nie wątpi zatem, że niezależnie od swoich doświadczeń życiowych stałby się schizofrenikiem. Wszyscy z opisanych wyżej autorów powrót do zdrowia, w ich mniemaniu, zawdzięczają wyłącznie lekom i uważają, iż ich choroba ma charakter endogenny, a nie reaktywny.

Kobiety, które doświadczyły choroby psychicznej, zupełnie odmienne tłumaczą okoliczności jej powstania. Bynajmniej nie oznacza to, iż są one radykalnymi przeciwniczkami psychiatrii, farmakologii i terapii i widzą w psychiatrii tylko opresyjne etykietowanie jednostek odmiennych czy buntowniczych. Choroba nie jest tylko i wyłącznie konstruktem społecznym, istnieje naprawdę w całej swojej potworności. Jednak jej objawy nie są tylko i wyłącznie wytworem biologii; kultura, zwłaszcza społeczne oczekiwania

względem kobiet i tradycyjne role płciowe, są za nią w równiej mierze odpowiedzialne. Hornbacher (1998), która przez kilkanaście lat zmagająca się z anoreksją, bulimią i chorobą afektywno-dwubiegunową pisze w *Wyniszczonej. Pamiętnik anoreksji i bulimii*:

Podczas gdy osobowość cierpiącej na zaburzenia żywienia osoby odgrywa ogromną rolę – jesteśmy często ludźmi krańcowymi, lubimy rywalizację, jesteśmy niezmiernie krytyczni względem samych siebie, mamy ogromną determinację w dążeniu do celu, cierpimy na perfekcjonizm i mamy tendencję, by popadać z skrajności w skrajność – i podczas gdy rodziny chorych często również odgrywają istotną rolę w stworzeniu środowiska, w którym zaburzenia żywienia rozwijają się jak kwiatek w szklarni, uważam, że środowisko kulturowe pełni równie ważną, o ile nawet nie ważniejszą, rolę jako winne popularności tej choroby. Miałam dostęp do niezliczonej ilości sposobów samozagłady, wiele ujęć dla mojej ambicji, perfekcjonizmu i determinacji i ogólnej intensywności, milion sposobów, na które mogłam ustosunkować się wobec kultury, która była dla mnie problematyczna. Ale nie wybrałam żadnego z tych sposobów. Nie mogę przestać myśleć, że gdybym żyła w kulturze, w której 'szczupłość' nie jest traktowana jako swoisty stan łaski, mogłabym wybrać inne metody, by tą łaskę osiągnąć, być może takie, które by tak poważnie nie uszkodziły mojego ciała i tak radykalnie nie zniekształciły poczucia tego, kim jestem (Hornbacher, 1998: 6–7).

Pisarka zdaje sobie sprawę, iż uprzedmiotowienie kobiet i ocenianie ich wyłącznie za wygląd wpłynęły na to, że rozwinęła się w niej właśnie anoreksja i bulimia, na którą w przeważającej większości chorują nastolatki i młode kobiety. Kultura Zachodu od wieków ceniła ducha przy równoczesnej podejrzliwości względem ciała. Religijne obsesje widzące w ciele narzędzie pokuszenia zmieniły się w równie opresyjny współczesny kult szczupłej, gibkiej i wiecznie młodej sylwetki. Ciało jest i było przeciwnikiem, którego należy trzymać w ryzach: postem i umartwieniem w przeszłości lub dietą i ćwiczeniami *fitness* obecnie. Hornbacher nie chce nazwać swojej nienawiści do ciała psychozą – wprost przeciwnie, uważa, że jest to „manifestacja historii zachodniej kultury”, z jej utożsamianiem wszystkiego co dobre z abstrakcyjnym 'duchem', a złe z cielesnością (Hornbacher, 1998: 124). Pisarka zwraca uwagę, iż niemal we wszystkich językach ciało jest czymś, co się ma, a nie czym się jest, co dodatkowo może potęgować alienację wobec własnej fizyczności.

Również Plath analizuje powstanie swojej depresji w szerszym kontekście społeczno-kulturowym. W często cytowanym fragmencie porównującym stojące przed nią wybory życiowe do fig, pisze:

Życie moje ukazało mi się w postaci rozgałęzionego drzewa figowego [...]. Na każdej gałęzi wisiła dojrzała fioletowa figa, symbol jednej z czekających mnie w życiu szans. Reprezentowały męża, dom, dzieci, sławę poetki, wybitną karierę profesorską, karierę dziennikarską, Europę, Afrykę i Amerykę Południową, Konstantego, Sokratesa, Attylę i całe zastępy kochanków o dziwnych imionach i niezwykłych zawodach. Jedna z fig reprezentowała złoty medal olimpijski za wioślarstwo. Na drzewie było jeszcze wiele dojrzałych owoców, których symboliki nie zdołałam odszyfrować. Wyobrażałam sobie, że siedzę na tym drzewie i umieram z głodu, ponieważ nie mogę w żaden sposób zdecydować się na to, którą figę zerwać. Miałam ochotę na wszystkie, na absolutnie każdą

z tych fig z osobna, ale zerwanie jednej oznaczało automatycznie rezygnację z pozostałych, więc siedziałam, aż figi zaczęły się marszczyć, czernieć i jedna za drugą spadały na ziemię (Plath, 1989: 122–123).

Trudno się dziwić, iż wchodząca w życie w konserwatywnej Ameryce lat pięćdziesiątych inteligentna i ambitna młoda dziewczyna nie może czuć się pewnie w patriarchalnym środowisku, które narzuca na nią sztywne role płciowe. Może być albo żoną i matką, perfekcyjnie prowadzącą dom na przedmieściu, albo poświęcić się karierze naukowej i zrezygnować z życia prywatnego. Nie może zaspokoić swoich budzących się potrzeb seksualnych, bo oznacza to, że żaden przyzwoity mężczyzna nie zechce jej później za żonę (mimo iż sam pewnie miał niejedną przygodę przed ślubem z dziewczyną z niższej klasy społecznej). Jej depresja jest zrozumiałą reakcją na opresyjny świat, w którym przyszło jej funkcjonować.

Widać wyraźnie, iż pisarki w odmienny sposób rozumieją to, co nieoczywiste i nietypowe w autobiografii, to, co warto zapisać i przekazać czytelnikom. Rzecz jasna, jak napisał Jerome Bruner:

[...] każdy rodzaj epiki to dialektyka pomiędzy tym, czego oczekiwano a tym, co się wydarzyło. Aby powstała opowieść, musi wydarzyć się coś nieprzewidzianego. Opowieści są niezwykle wrażliwe na wszystko, co podaje w wątpliwość nasze rozumienie kanoniczności (Bruner, 2003: 15).

Każda choroba zaburza nasze plany i oczekiwania wobec tego, jak chcemy, żeby potoczyło się nam życie. Dla kobiet samo doświadczenie utraty zdrowia psychicznego (lub otrzymanie diagnozy, gdyż nie wszystkie pisarki utożsamiają się z biomedyczną psychiatrią i jej medykalizacją odmienności) jest wystarczającym powodem, by poświęcić temu tematowi książkę. Nie boją się one analizować rozczarowania, porażki, smutku czy nawet długoletniej hospitalizacji czy prób samobójczych. Dla mężczyzn choroba jest tylko i wyłącznie kolejną przeszkodą do pokonania, mało znaczącym epizodem lub nawet przyczynkiem do stania się reformatorem lub aktywistą. To ich osiągnięcia sprawiają, iż uważają swoje życie za wyjątkowe i warte upamiętnienia, nie choroba jako taka. Zupełnie różne jest tu rozumienie arystotelesowskiej perypetii, czyli nagłego i niespodziewanego zwrotu akcji. Ilustruje to doskonale wstęp do autobiografii Steele'a autorstwa psychiatry Stephena Marka Goldfingera: „Osobowość i osiągnięcia Kena Steele'a są nadzwyczajne, ale sądzę, iż wkrótce jego powrót do zdrowia stanie się mniej niezwykłym aspektem jego historii” (Steele, 2001: xi). Liczy się Ken reformator, Ken aktywista, Ken działacz społeczny i mówca zapraszany na sympozja i polityczne wiece. Można wręcz zaryzykować stwierdzenie, iż gdyby Ken nie wyzdrowiał, jego historia nie byłaby warta opowiedzenia.

W swoich autobiografiach mężczyźni jawią się jako osoby, które nigdy nie wątpią w swoją sprawczość i możliwość pokierowania swoim losem. Kobiety, dla kontrastu, przyznają, iż choroba była zdarzeniem, na które nie miały wpływu i które podważyło ich wiarę w swoje możliwości czy osiągnię-

cie zamierzonych uprzednio celów. Doskonale ilustruje to tytuł wspomnień Susanny Kaysen, nawiązujący do słynnego obrazu Johanessa Vermeera. W wielu językach znany jest on jako *Przerwana lekcja muzyki* i taki tytuł nosi polskie tłumaczenie książki. Tytuł dzieła w języku angielskim brzmi *Girl Interrupted at her Music*, czyli *Dziewczyna, której przerwano grę*, w dosłownym przekładzie „dziewczyna przerwana przy muzyce”. Kaysen zainspirowała się pierwszą częścią tytułu obrazu i zatytułowała książkę *Girl, Interrupted*, czyli dosłownie, „przerwana dziewczyna”, ponieważ hospitalizacja przerwała jej życie i bezpowrotnie zmieniła jego bieg. Ponadto, autorka dodała w tytule książki przecinek, którego brak w nazwie obrazu, dodatkowo wzmacniając wrażenie pauzy. To, czego doświadczyła w szpitalu, sprawiło, że jej wyobrażenia o świecie, celowości i sensowności życia, autonomii jednostki, uległy rewizji. Tak samo Frame wspomina swój pobyt na oddziale psychiatrycznym:

Te sześć tygodni, które spędziłam w szpitalu Seacliff, w świecie, który nie sądziłam nawet, że istnieje, wśród ludzi, których istnienie uważałam za niemożliwe, stało się dla mnie przyspieszonym kursem okropieństw szaleństwa i miejsca, gdzie mieszkają ci uznani za szalonych. Oddzieliły mnie one na zawsze od uprzednio akceptowanej rzeczywistości i zapewnień codziennego życia. Od pierwszych chwil, które spędziłam w szpitalu wiedziałam, że nie będę mogła nigdy wrócić do swojego dotychczasowego życia i zapomniać o tym, co widziałam (Frame, 2004: 193).

Mężczyźni są dużo mniej skłonni uznać, że są wydarzenia życiowe, na które po prostu nie ma się wpływu i które mogą uniemożliwić dalsze, pomyślne życie. Jest to zgodne z tradycją męskiej autobiografii, która przez wieki opisywała dokonania wielkich i wyjątkowych ludzi, rzecz jasna słowo „ludzie” było dla autorów i krytyków niemalże równoznaczne z osobami płci męskiej. Męska biografia to *res gestae*, wybitne osiągnięcia i czyny bohaterskie. Jeden z pierwszych teoretyków i historyków autobiografii jako gatunku literackiego, Georg Misch, na początku XX wieku twierdził, że cechy gatunkowe i równocześnie wyznaczniki powodzenia utworu zależą od

[...] związku pisarza z areną życia i dyskursu publicznego. Ludzie, których życie toczyło się w sferze publicznej, którzy brali udział w ważnych wydarzeniach historycznych, którzy okryli się sławą, chlubną lub niechlubną, są 'reprezentatywnym' i stosownym tematem dla autobiografii (Smith, Watson, 2001: 114).

Tego typu poglądy są głęboko zakorzenione zwłaszcza wśród pisarzy płci męskiej. Choroba jest rozczarowaniem i klęską, nie jest odpowiednim tematem do opowieści, o ile nie jest przedstawiony ostateczny triumf nad słabością w postaci powrotu do zdrowia i wybitne osiągnięcia w sferze publicznej, które mają potem miejsce. Kobiety, które doświadczyły choroby, zdają sobie sprawę, jak kruche jest zdrowie psychiczne i ludzkie plany i nawet jeśli uda im się chorobę przezwyciężyć, stale są świadome możliwości jej powrotu. „W zasadzie, wszyscy wiemy, że wiele wydarzeń jest przypadkowych, nieprzewidywalnych, niewytłumaczalnych i niepoznanych”, jak

pisze Charon (2006: 49). Nie jest to jednak motyw, który można spotkać w autobiografii pisanej z męskiego punktu widzenia. Kobiety raczej wybierają konfesyjny charakter, nawiązując do autobiografii pisanych w formie wyznań. Jednak ich przyznanie się do niepowodzenia nie jest zrównoważone motywem nawrócenia i poprawy, jak ma to zazwyczaj miejsce w klasycznych autobiografiach pisanych przez mężczyzn, na przykład *Wyznaniach* św. Augustyna.

Dodatkowo, sposób konstruowania autobiografii może być związany z tak zwaną 'tożsamością relacyjną' (*relational identity*), która charakteryzuje zarówno życie, jak i autobiografie kobiet (Miller, 2002: 2). Kobiety definiują swoją tożsamość przez związki z innymi ludźmi i opisują siebie jako istoty społeczne. Mężczyźni z kolei mają tendencję do skupiania się na własnej osobie w izolacji od innych, tak jakby ich doświadczenia, poglądy czy osiągnięcia były od innych osób niezależne. Często autobiografie tak zwanych 'wielkich ludzi' pisane są przez nich w oderwaniu od szerszych procesów politycznych, społecznych czy kulturowych, tak jakby to oni sami dokonali odkryć i przewrotów, bez udziału jakichkolwiek poprzedników czy pomocy współników. Dlatego też, opisując swój powrót do zdrowia mężczyźni widzą w nim głównie skutek trafnie dobranych leków, a kobiety równie dużą wagę przywiązują do psychoterapii i często opisują z dużą dokładnością przebieg sesji czy nawiązywanie przyjaźni z innymi pacjentami.

Mężczyźni i kobiety, tworząc opowieść o swoim życiu świadomie i celowo, albo na skutek zinternalizowanego skryptu kulturowego, zwykle powielają wzorce autobiografii, które powstały przed wiekami. Po pierwsze, choroba psychiczna jest, mimo wszystko, nadal dla wielu mężczyzn tematem wstydliwym. Skojarzenia związane z męskością, takie jak racjonalność, aktywność, niezależność, stabilność są równocześnie bezpośrednim przeciwieństwem pojęć kojarzonych z chorobą psychiczną. Dlatego też w kulturze Zachodu od czasów Oświecenia męskość i szaleństwo wydają się wzajemnie wykluczać. Analizując przedstawienia chorych psychicznie mężczyzn w literaturze i filmie, łatwo zauważyć, iż istnieją trzy podstawowe sposoby łączenia męskości z szaleństwem (Szmigiero 2008). Mamy zatem do czynienia albo z psychopatą (zaburzonym, ale silnym i sprytnym), geniuszem (chorym, ale wybitnie zdolnym) lub jednostką słabą i śmieszną, często o skłonnościach homoseksualnych, której męskość jest kwestionowana. Z przyczyn oczywistych mało kto chciałby przyznać się do bycia psychopatą czy zniewieściałym słabeuszem, dlatego większość pisarzy wybiera środkową opcję, równoważąc opowieść o chorobie imponującymi osiągnięciami. Istnieje bardzo niewiele medycznie poprawnych, realistycznych przedstawień chorych psychicznie mężczyzn. Także wśród kulturoznawców i literaturoznawców analiza szaleństwa jest albo neutralna pod względem płci, albo skupia się wyłącznie na kobietach.

Również, jak zauważa Estelle C. Jelinek, śledząc historię kobiecej autobiografii od czasów starożytnych po współczesność,

w przeciwieństwie do pewnego siebie, jednowymiarowego obrazu swojej osoby, który zazwyczaj przedstawiają mężczyźni, kobiety często ukazują wielowymiarowy i fragmentaryczny obraz własnej osoby, zabarwiony poczuciem nieadekwatności i wyobcowania, bycia outsiderem czy 'innym' (Jelinek, 1986: viii).

Smith i Watson zauważają, iż osoby piszące o własnym życiu, oprócz dokumentacji swojej historii, wypełniają również jakiś akt retoryczny, chcąc wpłynąć na czytelnika w zamierzony sposób: wyjaśnić swoje przekonania, utrzymać reputację, kwestionować relację innych osób, wyrównać rachunki (Smith, Watson, 2001: 10). Kobiety zwykle tłumaczą swoje wybory, tworząc apologię własnej osoby i próbując przekonać czytelnika do własnych racji. Jelinek zauważa, iż kobiety nie mają tendencji, by pisać o swoich dokonaniach w tonie heroicznym i publicznym, skupiając się raczej na sprawach prywatnych. Mężczyźni z kolei skupieni są na swojej reputacji i sferze publicznej aktywności.

Analiza narracji o szaleństwie ukazuje, iż sposób konstruowania swojej opowieści ma wiele wspólnego z kulturowymi rolami płciowymi i tradycją autobiografii jako gatunku literackiego, który rozwijał się inaczej w zależności od płci autora-narratora. Mężczyźni niechętnie piszą narracje o szaleństwie, tłumaczą chorobę zgodnie z modelem biomedycznym, wierzą w farmakologię i konstruują spójną, linearną opowieść, której punktem kulminacyjnym jest powrót do zdrowia, po którym zwykle następuje długie i zaangażowane w sprawy publiczne życie. Kobiety znacznie częściej poruszają temat związków między zdrowiem psychicznym a doświadczeniami życiowymi i kulturą, są zwolenniczkami łączenia farmakoterapii z psychoterapią i cechuje je epizodyczny i dygresyjny styl narracji.

## **Narrations on madness and sex. Differences between masculine and feminine ways of constructing autopatography in English language literature**

### **Summary**

Among the great variety of texts belonging to the life-writing category, patographies or illness narratives stand out as unique. The rising popularity of the genre can be explained by the humanisation of modern medicine and the unwillingness of contemporary culture to cope with suffering, ugliness and disability. Despite its private, or even confessional, nature patographies play important social roles: raise the readers' awareness, push for reforms in health care and recommend treatments seen by their writers as beneficial.

The aim of this article is to have a closer look at autobiographies written by English-speaking men and women who received a psychiatric diagnosis. Their accounts drastically differ depending on gender. Women construct their stories differently, defining exceptional or

outstanding events in a different way. They are more willing to admit to failures but also pay more attention to cultural and social aspects of mental disorders. Men tend to accept a bio-medical explanation of their illness and focus on their public activity after recovery.

**Keywords:** autobiography, gender, madness narrative, mental illness, patography.

**Słowa kluczowe:** autobiografia, płeć kulturowa, narracja o szaleństwie, choroba psychiczna, patografia.

## Bibliografia

- Beers C. (2011), *A Mind That Found Itself*, La Vergne.
- Bruner J. (2003), *Making Stories. Law, Literature, Life*, Cambridge.
- Buchholtz M. (2001), *Henry James i sztuka auto/biografii*, Toruń.
- Busfield J. (1996), *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*, Basingstoke.
- Charon R. (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oksford.
- Frame J. (2004), *Autobiography: To the Is-Land. An Angel at my Table. The Envoy from Mirror City*, Auckland.
- Henke S.A. (2000), *Shattered Subjects. Trauma and Testimony in Women's Life-Writing*, New York.
- Hornbacher M. (1999), *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*, London.
- Jelinek E. (1986), *The Tradition of Women's Autobiography: From Antiquity to the Present*, Boston.
- Kaysen S. (1993), *Girl, Interrupted*, Nowy Jork.
- Kleinman A. (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York.
- Miller N.K. (2002), *But Enough About Me. Why We Read Other People's Lives*, New York.
- Oyebode F. (2009), *Autobiographical narrative and psychiatry*, [w:] F. Oyebode (ed.), *Mindre- adings. Literature and Psychiatry*, RCPsych Publications, London, s. 25–41.
- Plath S. (1989), *Szklany klosz*, tłum. M. Michałowska, Warszawa.
- Prior P. (1999), *Gender and Mental Health*, Nowy Jork.
- Shakespeare W. (1990), *Hamlet*, tłum. S. Barańczak, Poznań.
- Smith S., Watson J. (2001), *Reading Autobiography. A Guide for Interpreting Life Narratives*, Minneapolis.
- Sontag S. (1990), *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, New York.
- Steele K.C. Berman A. (2001), *The Day the Voices Stopped. A Memoir of Madness and Hope*, New York.
- Styron W. (2004), *Darkness Visible*, London.
- Szmigiero K. (2008), *Masculinity and madness: cultural representations of mentally ill men*, [w:] E. Oleksy, A. Peto, B. Waaldijk (ed.), *Gender and Citizenship in a Multicultural Context*, Frankfurt am Mein, s. 245–260.
- Thornicroft G. (2007), *Shunned. Discrimination against People with Mental Illness*, Oksford.
- Vonnegut M. (2002), *The Eden Express. Memoir of Insanity*, New York.
- Wurtzel E. (1995), *Prozac Nation. Young and Depressed in America*, New York.

## Netografia

- Perceval J.T. (1838, 1840), *Narrative of the Experience of a Gentleman during a State of Mental Derangement to Explain the Causes and the Nature of Insanity, and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards Many Sufferers under that Calamity*  
[https://archive.org/stream/percevalsnarrati007726mbp/percevalsnarrati007726mbp\\_djvu.tx\[1\]](https://archive.org/stream/percevalsnarrati007726mbp/percevalsnarrati007726mbp_djvu.tx[1]) (stan z dnia 30 marca 2016).