

NIE-LUDZKIE WYZWANIE WIRUSA.

UWAGI NA MARGINESIE NIEFIKCYJONALNEJ LITERATURY PANDEMICZNEJ

Monika Żółkoś

Uniwersytet Gdański

ORCID: 0000-0002-1644-973X

Niedługo po wybuchu pandemii choroba COVID-19 zdominowała społeczną wyobraźnię, a tym samym przestrzeń narracyjną, tworzoną nie tylko przez opinie wirusologów, biologów czy specjalistów od zdrowia publicznego, lecz także głosy pisarzy, filozofów, artystów. Można mówić wręcz o narracyjnym wzmożeniu, które przy całej wielości perspektyw miało jeden wspólny trzon – było próbą uporządkowania doświadczenia dotyczącego nas w skali lokalnej i globalnej. Umieszczanie zdarzeń w porządku opowieści miało uczynić zrozumiałym to, co niepojęte i wymykające się poznaniu; zracjonalizować sekwencję wypadków, które wydawały się dystopijne, a zarazem boleśnie rzeczywiste. O potrzebie usytuowania pandemii w kontekście nazwanych i wielokrotnie analizowanych zdarzeń społeczno-politycznych pisał już podczas pierwszego lockdownu Iwan Krastew, przy czym główne kierunki tych dyskursywnych zawłaszczeń postrzegał jako chybione. W swojej książce *Nadeszło jutro. Jak pandemia zmienia Europę* wskazywał trzy główne pola odniesień: kryzys uchodźczy 2015 roku (z uwagi na doświadczenie zamykania granic), wojnę z terroryzmem (opisywanie wirusa w kategoriach militarnych) oraz globalne załamanie finansowe wywołane upadkiem banku Lehman Brothers (ze względu na ekonomiczne konsekwencje pandemii). Bułgarski intelektualista odrzucał nie samą strategię mówienia o tym, co nieznanne poprzez analogię ze zdarzeniami już rozpoznany- mi, ale powierzchowność owych porównań, wskazując na uderzające według niego podobieństwo pandemii do innego skomplikowanego w swej istocie kryzysu: katastrofy klimatycznej, która stawia nas przed problemem międzypokoleniowej odpowiedzialności¹.

¹ I. Krastew, *Nadeszło jutro. Jak pandemia zmienia Europę*, przeł. M. Sutowski (Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej, 2020) [ebook: mobi, s. 25 z 71].

Można w tym podejściu widzieć opisane przez Arkadiusza Żychlińskiego charakterystyczne zacięcie narracyjne naszego gatunku, dążącego do zamiany doświadczenia w opowieść², trudno jednak przeoczyć pęknięcie między swoistą nadprodukcją znaczeń a pozaludzkim wymiarem pandemii, która zdaje się oporna wobec takich zawłaszczeń. Sama natura wirusa nie poddaje się prostej translacji na to, co znane i zrozumiałe, ale sytuuje w poprzek porządkujących pojęć, rzuca wyzwanie prostej kategoryzacji. W dyskursie publicznym SARS-CoV-2 najczęściej ulegał antropomorfizacji; opisywano go jako wrogą istotę, obdarzoną świadomością, a nawet destruktywnym dla człowieka planem działania. Jako groźnego, bezlitosnego przeciwnika, napadającego na ludzkość znienacka, poddając próbie społeczeństwo, rodzinę i jednostkę. Trudno nie zauważyć, że COVID-19 uruchomił narracje manichejskie, które – odwołując się do różnych wariantów walki światła z ciemnością – przelamują świat na dwie zantagonizowane części. W tej historii dobro pod postacią solidarności, poświęcenia i bezinteresowności zderzało się z niewidocznym przeciwnikiem, którego potęgę ucieleśniał wykładniczy wzrost zakażeń.

W literackim reportażu *Breathhtaking. Inside the NHS in a Time of Pandemic* Rachel Clarks, lekarka zbierająca świadectwa pierwszych miesięcy pandemii, zwraca uwagę, że manichejski krąg wyobrażeń rozmija się z perspektywą podsuwaną przez wirusologię. Wirus w swojej istocie nie jest „wrogiem”, „ostateczną próbą” czy „karą”, nie poddaje się antropomorfizacji i nie obrasta w symboliczne sensy inaczej niż tylko w wyobraźniowym zawłaszczeniu – jako fantazmat, a nie biologiczny fakt.

Trudno nam się oprzeć, by nie myśleć o ludzkim życiu w kategorii zmagania, czasem nawet moralnej bitwy, w której naszymi przeciwnikami są różne makro- i mikroorganizmy – zauważa Clarks – w tym powieściowym zacięciu koronawirus powszechnie przedstawiany bywa jako złośliwy agent, bezlitosny wróg – przebiegły, chytry i podstępny. A przecież wirus, tak jak każdy inny organizm, jest na to idealnie obojętny. Nie „dba” o nikogo i o nic. Po prostu robi to, co leży w jego naturze. Jego dwie podstawowe aktywności – przetrwanie i reprodukcja – nie mają w sobie nic wzniosłego ani demonicznego. Z perspektywy głównego bohatera tej historii pandemia nie ma fabuły, motywu, żadnej narracyjnej struktury. Nowy koronawirus jest wyłącznie strzępkim białka i materiału genetycznego, automatycznie replikującym się w swojej drodze przez świat³.

Przypisywanie wirusowi SARS-CoV-2 znaczeń kreujących go na samoświadomą, intencjonalnie działającą istotę niekoniecznie jest wyrazem naiwności poznawczej czy ignorancji w obszarze nauk o życiu. Bywa bowiem sposobem osławiania obcości pandemicznego doświadczenia, którego trzon stanowi zderzenie z formą absolutnie nie-ludzką. Andrzej Marzec ujmuje rzecz jeszcze dobitniej:

Zatwardziałym humanistom zdecydowanie łatwiej jest snuć teorie spiskowe i utrzymywać, że za pandemią COVID-19 stoi człowiek pracujący w tajnym laboratorium, ludzie jedzący mięso lub nieudolne rządy niż wirus, który na drodze własnych mutacji osiągnął spektakularny i globalny sukces⁴.

² Zob. A. Żychliński, *Laboratorium antropofikcji. Dociekania filologiczne* (Warszawa: Wydawnictwo IBL PAN, 2014).

³ R. Clarks, *Breathhtaking. Inside the NHS in a Time of Pandemic* (London: Little Brown, 2021), s. 42 [jeśli nie zaznaczono inaczej, wszystkie tłumaczenia pochodzą od autorki artykułu – M.Ż.].

⁴ A. Marzec, *Antropocień. Filozofia i estetyka po końcu świata* (Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2021), s. 226.

To znaczące, że podstawowe napięcie w teoriach formujących się dookoła kryzysu pandemicznego rozpięte jest między dwoma pojęciowymi biegunami – „ludzkim” i „zwierzęcym”. Ujmowanie pandemii w strukturę opowieści wyrasta z potrzeby nałożenia nań siatki pojęciowej, która pozwoli oswoić pozaludzki wymiar zdarzenia. Natura wirusa rzuca bowiem wyzwanie nie tylko w obszarze zdrowia publicznego, ale i w wymiarze konceptualnym, skoro przyszło nam mierzyć się z niewyobrażalnie małą formą, która uaktywnia się dopiero w komórce innego organizmu. Może dlatego, jak zauważa Rachel Clarks, najczęściej opisujemy wirusa językiem negacji. Charakteryzujemy go poprzez brak, przedstawiamy za pomocą cech, których nie posiada⁵. Niezdolny do samodzielnego istnienia wirus zdaje się idealnym wcieleniem obcości, którą można postrzegać jako przeciwieństwo tego, co znane, zrozumiałe, dające się uchwycić w klarownych kategoriach. Jest więcej niż „nie-ludzki” – jest nieorganiczny, zawieszony między bytem a śmiercią, wykluczony z porządku życia. Interesuje mnie, jak w fikcyjnej literaturze poświęconej pandemii ludzka empiria sytuuje się wobec porządku „poza-ludzkiego”, wiążącego się z aktywnością wirusa SARS-CoV-2; jakie rodzą się z tej sytuacji interakcje, napięcia, narracyjne przetworzenia. Ich kluczową postacią jest poszukiwanie języka w horyzoncie doświadczenia choroby, a więc z perspektywy przemian dyskursu maldydzkiego, którego istotnym, a wręcz centralnym obszarem w odniesieniu do COVID-19 jest zmieniająca się mitologia oddechu.

Jedną ze strategii porządkowania kryzysu COVID-19 było ujmowanie wydarzeń w ramę czasu linearnego. Chronologiczny układ wypadków przywoływał klasyczne elementy narracji epidemicznej, znanej z *Dziennika roku zarazy* Daniela Defoe, *Dżumy* Alberta Camusa czy *Palę Paryż* Bruno Jasińskiego – złowieszcze znaki, pierwsze przypadki, gwałtowne przyrastanie liczby chorych aż do stanu, w którym dawny porządek rzeczy rozpada się i przeobraża w świat podporządkowany nowym regułom. Chronologiczna prezentacja zdarzeń pozornie może wydawać się najbardziej oczywista i bezproblemowa, w rzeczywistości jednak zmierza do punktu kulminacyjnego – swoistego aktu przekroczenia, unieważniającego rzeczywistość sprzed pandemii. Posłużenie się układem chronologicznym w literaturze fikcyjnej opisującej kryzys pandemiczny jest tyleż formą porządkowania doświadczenia, co sposobem „literaturyzowania życia”, rodzącego nieodparte wrażenie, że oto zamieszkaliśmy w środku opowieści. Po taką formę sięgnął Tomasz Michniewicz, autor pracy *Chwilowa anomalia. O chorobach współistniejących naszego świata*⁶. Struktura książki opiera się na przeplataniu wywiadów ze specjalistami – budującymi społeczne, polityczne i medyczne konteksty pandemii – z sekwencyjnym przedstawieniem zdarzeń 2020 roku. Sposób opowiadania przez dziennikarza o kolejnych miesiącach kryzysu nacechowany jest dystansem, pozwalającym stanąć z dala od zbiorowych emocji i popatrzeć w chłodny, zrationalizowany sposób na afektywne pobudzenie czasu pandemii. Wykorzystuje chronologiczną narrację, aby uporządkować to, co chaotyczne, trudne do uchwycenia, niewiadome, a przede wszystkim – wciąż otwarte i pozbawione zamykającej kody. Swoje opisy polskiego społeczeństwa w kleszczach pandemii Tomasz Michniewicz doprowadza do sierpnia 2020 roku. Ten miesiąc przedstawia jako czas funkcjonowania dwóch niespójnych emocji: ulgi z powodu wyciszenia zakaźnej choroby i pełnego napięcia wyczekiwania na kolejną odsłonę kryzysu.

Tryb czasowego sekwencjonowania zdarzeń przyjęty został w dwóch innych książkach, które co prawda pokazują pandemię w odmiennym kontekście kulturowym i społecznym, ale

⁵ Clarks, *op. cit.*, s. 41.

⁶ T. Michniewicz, *Chwilowa anomalia. O chorobach współistniejących naszego świata* (Kraków: Wydawnictwo Otwarte, 2020).

posiadają zblizoną perspektywę. *Niewidzialny front. Zapiski lekarza z pierwszej linii walki z koronawirusem, strachem i paniką* Tomasza Rezydenta oraz *Breathtaking. Inside the NHS in a Time of Pandemic* Rachel Clarke napisane zostały z punktu widzenia personelu medycznego. Tomasz Rezydent przedstawia rzeczywistość polskiego szpitala covidowego, Rachel Clarke, specjalistka medycyny paliatywnej, opisuje funkcjonowanie angielskiego hospicjum w czasie pierwszego lockdownu. Perspektywa zarysowana w świadectwie lekarskim pozwala zajrzeć za kotarę szpitalnego życia, zobaczyć narastający kryzys epidemiczny od środka instytucji medycznej. Daje wgląd w to, co niewidoczne. Chronologia przyjęta przez oboje autorów pomaga przetworzyć zdarzenie w opowieść, zamieniając skomplikowany spłot wypadków w sekwencyjny układ. Jednocześnie obie książki, przy całej ich odmienności, prowokują by postawić pytanie o medycynę narracyjną jako formę komunikowania i upodmiotawiania doświadczenia maladycznego, o skomplikowany spłot języka i choroby. W artykule *Opiekuńcza utopia* Przemysław Czapliński przedstawił podstawowe założenia medycyny narracyjnej, osadzając ją w historycznym i społecznym kontekście opieki lekarskiej jako instytucji. Budowanie maladycznej przestrzeni komunikacyjnej okazuje się w tym ujęciu reakcją na wtłoczenie chorego w ramy hierarchicznego systemu, gdzie zamieniony zostaje w przypadek medyczny, przedmiot badania, diagnozy i opisu. Krytyczny dystans do tej praktyki zaczyna się rodzić w drugiej połowie XX wieku. Czapliński zauważa, że momentem zwrotnym okazały się książki Ervinga Goffmana i Michela Foucaulta, którzy analizowali mechanizmy funkcjonowania instytucji społecznych, a także rozwój ruchu antypsychiatrii. Demaskująca refleksja nie doprowadziła jednak do radykalnych przemian w obszarze zinstytucjonalizowanej medycyny. Paradoks zjawiska polega na tym, że przyrost wiedzy w różnych obszarach nauk o zdrowiu w ciągu ostatnich dekad, służący polepszeniu kondycji chorego i niosący nowe szanse na jego wyzdrowienie, jednocześnie przyczynił się do pogłębienia rozdzwiewu między pacjentem a lekarzem, któremu wiedza i procedury dają władzę nad stającym przed nim człowiekiem. Przyczyniają się do jeszcze większego zhierarchizowania relacji, bywają narzędziem zrywania komunikacji albo legitymizowania jej odmowy. Medycyna narracyjna jest jednak czymś więcej niż formą oporu wobec niemożności zabrania głosu rozumianego jako ekspresja podmiotowości chorego. Związek narracyjności z medycyną kładzie nacisk na język chorego – jego komunikowanie się nie jest tylko mówieniem ze środka choroby. Jak zauważa Przemysław Czapliński,

medycyna narracyjna rodzi się z dobrych i złych doświadczeń medycyny. Ich owocnym rezultatem stało się założenie, że aktywność narracyjna pacjenta jest czynnikiem pomocnym w procesie leczenia. Istota medycyny narracyjnej polega jednak nie na tym, by pacjent się wygadał, lecz na tym, by całą medycynę ukształtować jako środowisko multinarracyjne, w którym osobne opowieści będą łączyć się i wspierać. Zamiast układu konsekwentnego – najpierw opowiada pacjent, potem doktor – należy stworzyć system nakładających się na siebie i wzajemnie wzmacniających kręgów narracyjnych⁷.

Gdyby rozpatrywać książkę *Niewidzialny front...* Tomasza Rezydenta w kategoriach literatury dokumentu osobistego, to według systematyki zaproponowanej przez Małgorzatę Czermińską należałoby ją przyporządkować do kategorii świadectwa⁸. Perspektywa lekarza ukierunkowana jest na pracę szpitala w warunkach pandemii, a bohaterowie tej opowieści zostali osadzeni w rolach rozdanych przez instytucję – medycy, personel administracyjny,

⁷ P. Czapliński, „Opiekuńcza utopia”, *Teksty Drugie*, nr 1 (2021), s.12.

⁸ Zob. M. Czermińska, *Autobiograficzny trójkąt. Świadectwo, wyznanie i wyzwanie* (Kraków: Universitas, 2000).

pacjenci. Dobitnym przykładem jest nazwisko lekarza, redukujące jego tożsamość do szpitalnych powinności (choć jednocześnie chroni personalia). Podobnie jak w *Chwilowej anomalii* historia zamyka się razem z końcem pierwszej fali COVID-19 i mimo że w końcowych partiach autor zapowiada jesienną odśłonę pandemii, to wyrazista koda zdradza potrzebę segmentacji i uporządkowania doświadczenia. Sprzyja temu układ dziennika, w którym mikrocząstki covidowej historii wyznaczone są przez rytm kolejnych dni. Główną intencją pisarską tego pandemicznego świadectwa jest odsłonięcie tytułowego „niewidzialnego”, wgląd w realia pracy lekarzy mierzących się z wyzwaniem epidemii i nieznannej formy patogenu. Jest to obraz ciężkiej, pełnej poświęceń aktywności, zderzającej się z absurdami systemu, jak nakładanie kwarantanny według arbitralnie ustanowionych kryteriów czy obsesyjne tropienie koronawirusa u chorych cierpiących na inne, nie mniej poważne dolegliwości. Oś napięcia w książce Tomasza Rezydenta przebiega między porządkiem instytucji a realiami pracy medyków, między bezwzględnością systemu a ludzką perspektywą, ukierunkowaną na to, co jednostkowe i niepowtarzalne. Znaczące jednak, że ten ogląd zarezerwowany został dla przedstawicieli personelu medycznego, przede wszystkim autora *Niewidzialnego frontu*. . . . Nadrzędną optykę stanowi perspektywa lekarska; zarażeni koronawirusem stanowią kolekcję przypadków, których medycy co prawda cierpliwie wysłuchują, ale ramę dla wypowiedzi pacjentów stanowią procedury. Tożsamość chorego sprowadzona zostaje do kluczowych z medycznego punktu widzenia informacji, takich jak obciążenia zdrowotne czy wiek. W ten sposób książka, która została pomyślana jako antysystemowa i demaskująca absurdy instytucji, w rzeczywistości potwierdza podstawową zasadę jej funkcjonowania – pacjent staje się bazą danych, złożoną z wyników badań i opisu symptomów. Kapitałnym przykładem takiego postępowania są lakoniczne zapiski dotyczące śmierci pacjentów, które zamykają się w jednozdaniowej informacji o zgonie, wieku i chorobach towarzyszących:

wtorek 2 czerwca

Umiera siedemdziesięciosześcioletnia pacjentka zarażona koronawirusem,
z licznymi chorobami współistniejącymi, pensjonariuszka DPS-u.

środa 3 czerwca

Umiera dziewięćdziesięcioczworoletnia pacjentka zarażona koronawirusem,
z licznymi chorobami współistniejącymi, leżąca, z odleżynami przy przyjęciu.

(...)

czwartek 4 czerwca

Umierają siedemdziesięciojedno- i siedemdziesięciodwulatka zarażone
koronawirusem, obie bardzo obciążone, z procesami nowotworowymi⁹.

Można oczywiście założyć, że oszczędność sformułowań miała w intencji autora oddać charakterystyczną cechę epidemii jako kryzysu, wymykającego się spod kontroli i przekraczającego możliwości systemu opieki zdrowotnej, czego konsekwencją jest nie tylko coraz większa liczba zmarłych, ale też ich anonimowość. W książce *Niewidzialny front*. . . fragmenty mówiące o ofiarach pandemii przeplatają się z o wiele bardziej rozbudowanymi partiami poświęconymi pracy lekarzy, która pokazana została z ich perspektywy, co skłania czytelnika do sympatyzowania z tą grupą bohaterów. Odbiór *Niewidzialnego frontu*. . . wydaje się pęknięty, naznaczony ambiwalencją: niefikcyjna narracja utworu skłania jednocześnie do empatycznego wejrzenia i pozbawionego emocji wyobcowania. Opis codziennych zmagani personelu medycznego jest zaproszeniem do lektury opartej na bliskości; język statystyk medycznych,

⁹ T. Rezydent, *Niewidzialny front. Zapiski lekarza z pierwszej linii walki z koronawirusem, strachem i pandemią* (Poznań: Rebis, 2020) [e-book: mobi, s. 172-174 z 210].

przedstawiający pacjentów, wzmacnia postawę obojętności i dystansu. Tym samym książka Tomasza Rezydenta rozmija się z podstawowym postulatem medycyny narracyjnej, jakim jest – zgodnie z rozpoznaniem Czaplńskiego – zwielokrotnienie przestrzeni komunikacyjnej.

Na pierwszy rzut oka Rachel Clarks stosuje tę samą strategię, co autor *Niewidzialnego frontu...* W *Breathtaking...* pierwsze miesiące pandemii ukazane są oczyma lekarki, podobna jest też koda opowieści – książka doprowadzona zostaje do okresu wyciszenia pierwszej fali pandemii, która jest zarazem końcem, jak i nowym otwarciem, związanym z wyczekiwaniem na kolejne uderzenie choroby. A jednak w *Breathtaking...*, inaczej niż w utworze Rezydenta, przefiltrowanie doświadczeń pandemicznych przez punkt widzenia personelu medycznego nie prowadzi do scentralizowania optyki, do wytworzenia jednolitej narracji. Książka Rachel Clarks utkana jest z wielu historii – z głosów lekarzy, wirusologów, pacjentów oraz ich bliskich. Mimo że lekarka nie stroni od prywatnych wspomnień, ukazując różne aspekty swojego życia rodzinnego, rezerwuje dla siebie raczej rolę towarzyszkę opowieści. Warto w tym kontekście odnotować rozpoznanie Przemysława Czaplńskiego, który proponuje, aby zbliżenie medycyny i humanistyki widzieć pod postacią narracyjnych kręgów. Ich trzonem jest wzajemna komunikacja chorego i lekarza, rozszerzająca się na inne, włączone w to doświadczenie osoby:

medycyną autonomiczną rządzi geometria linii prostej, która łącząc dwa punkty (pacjent – lekarz) wyznacza najważniejszą oś; pacjent uzyskuje pomoc ze strony lekarza niejako za cenę wyizolowania ze społeczeństwa. Medycyna narracyjna usiłuje zmienić tę geometrię w układ wielookręgowy. Celem nie jest więc wprowadzenie nowej praktyki leczenia obok wielu innych, lecz przekształcenie medycyny jako systemu opieki¹⁰.

Autorka *Breathtaking...* zbiera historie osób terminalnie chorych i lekarzy, pozwalając, aby ich głosy przenikały się nawzajem, stając się dla siebie rodzajem echa, rezonatorem cudzych doświadczeń i wspomnień. Konsekwentnie używa przy tym mowy niezależnej, co pozwala wydobyć autonomiczność poszczególnych wypowiedzi i podkreślić ich podmiotowy charakter. Nie jest to tylko komunikacja na linii chory – lekarz; równie istotne są opowieści rodzin pacjentów, a także krewnych personelu medycznego. Książka Rachel Clarks to bardziej mozaika perspektyw niż narracyjny monolit.

Kontrastowe zestawienie *Niewidzialnego frontu...* Tomasza Rezydenta z *Breathtaking...* Rachel Clarks niesie bez wątpienia ryzyko uproszczenia, jeśli nie dostrzeżemy odmiennego kontekstu społecznego. Trudno przeoczyć, że realia polskiej i angielskiej opieki medycznej są znacząco odmienne, co przekłada się na finansowanie szpitali oraz ich organizację. Można wręcz założyć, że obraz zerwanej komunikacji, wyłaniający się z *Niewidzialnego frontu...*, jest odzwierciedleniem mocno niedoskonałego sposobu funkcjonowania instytucji. A jednak *Breathtaking...* wcale nie jest pochwałą sprawnego systemu zdrowia publicznego; główny antagonizm rodzi się tutaj między podejmującymi arbitralne decyzje politykami a osobami, które z różnych pozycji doświadczają najdotkliwiej pandemicznego kryzysu. Rachel Clarks opisuje pandemię COVID-19 jako rodzaj społecznego poligonu, gdzie intensyfikują się maskowane dotąd przejawy niesprawiedliwości i marginalizacji. W sytuacji stanu wyjątkowego specyfika hospicjum oraz wyjątkowe potrzeby przebywających tu pacjentów są ignorowane przez system, rządony logiką zysków i strat. Pokazując kryzys covidowy z perspektywy osób najbardziej bezbronych, potrzebujących ponadstandardowej opieki, autorka manifestacyjnie wręcz różnicuje doświadczenie pandemiczne, dopomina się o jego indywidualizację. Obnaża

¹⁰ Czaplński, *op. cit.*, s. 14.

iluzję wzniosłych haseł, formułowanych podczas pierwszej fali zakażeń, które miały przekonywać o egalitarnym charakterze wydarzenia. Jedno z najczęściej rozbrzmiewających wówczas stwierdzeń – „wszyscy płyniemy na tej samej łodzi” – było raczej przejawem solidarnościowej fantazji niż wiarygodnym stwierdzeniem faktu. Jak słusznie zauważył Tomasz S. Markiewka w pracy poświęconej kryzysowi klimatycznemu,

koronawirus pokazał (...), że to w najlepszym razie półprawda. Tak, wszyscy odczuliśmy skutki COVID-19, bo wszyscy musieliśmy podporządkować się państwowym rozporządzeniom, ale to nie znaczy, że konsekwencje pandemii były dla każdego takie same. (...) Gdy jedni zastanawiali się, czy stać ich na opiekę zdrowotną, inni martwili się, jak dotrzeć do swoich jachtów, żeby po drodze nie zarazić się od tłumu¹¹.

Zestawienie *Niewidzialnego frontu...* z *Breathtaking...* ujawnia jeszcze jedną, zastanawiającą różnicę: w przeciwieństwie do zapisków Tomasza Rezydenta świadectwo angielskiej lekarski naznaczone jest świadomością kreowania znaczeń osławiających to doświadczenie, lokujących obcą formę istnienia w antropomorfizującym porządku semantycznym. Autorka nazywa mechanizmy tworzenia pandemicznych narracji, których podstawowym zadaniem jest łagodzenie pozaludzkiego wymiaru zdarzenia. Clarks buduje swoją opowieść na dwóch poziomach: mówi o rozwoju i przebiegu pandemii, a jednocześnie o okolicznościach tworzenia wielogłosowego świadectwa, o potrzebie conceptualnego „oswojenia” wirusa. Dobrym przykładem wpisywania pandemicznego doświadczenia w istniejącą już strukturę znaczeniową jest odwołanie się do kulturowych interpretacji oddechu. Ślad tej conceptualizacji można odnaleźć już w tytule książki: „*breathtaking*” rozumiany dosłownie jako „zapierający dech w piersiach” odsyła do szokującego charakteru zdarzeń, które spowodowały uruchomienie trybu alarmowego. A jednocześnie – niech nie umknie nam dosłowne znaczenie tego słowa – niemożność zacerpięcia powietrza. Bo *Breathtaking...* to nie tylko przejmujące świadectwo zmagania z kryzysem zdrowia publicznego, ale też opowieść o tym, jak wirus SARS-CoV-2 tworzy nowy rozdział kulturowej historii oddechu.

Gdyby za klasycznym esejem Susan Sontag mówić o mitologii pewnych chorób¹², to bez wątpienia wirus SARS-CoV-2 odsyłałby do obrazów związanych z oddychaniem, a więc funkcji fizjologicznej tradycyjnie łączonej z duszą, tchnieniem, metafizyką. Postrzeganie COVID-19 jako choroby oddechu rozwinęło się ze szczególną intensywnością w pierwszym roku trwania pandemii, kiedy większość zakażeń spowodowana była pierwotną formą wirusa oraz – od września 2020 – wariantem Alpha (który wykryto na Wyspach Brytyjskich); wywoływały stan zapalny dolnych dróg oddechowych, nierzadko skutkując zwłóknieniem płuc. Media coraz częściej pokazywały ludzi z maską tlenową na twarzy, a w najpoważniejszym przebiegu choroby – podłączonych do respiratora. Graniczna sytuacja niemożności zacerpięcia oddechu uruchomiła lęki zakorzenione w kulturowych znaczeniach tej funkcji życiowej, w mitologiach chorób dotyczących układu oddechowego. Ich charakterystyczną cechą jest powracające odwoływanie się do metafizyki, jakby oddech był przejawem duchowego aspektu ludzkiej egzystencji i jako taki wyłamywał się z somatycznego porządku. Respiracyjny aspekt ludzkiej fizjologii nie ogranicza się do materialnego wymiaru istnienia. Warto odwołać się w tym miejscu do pracy Edgara Williama, w której w historycznym przekroju ukazane zo-

¹¹ T. S. Markiewka, *Zmienić świat raz jeszcze. Jak wygrać walkę o klimat* (Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2021), s. 50-51.

¹² Zob. S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, przeł. Jarosław Anders (Warszawa: PIW, 1999).

stały kulturowe znaczenia oddechu. *Breathing: An Inspired History* przedstawia zmieniające się koncepcje na temat respiracji; dominują w nich obrazy wiążące ją z duszą:

Mimo, że starożytni rozumieli potrzebę oddychania, nie potrafili wyjaśnić, jak odbywa się ten proces. Koncept powietrza i wymiany gazowej był nieznany, podobnie jak anatomia i fizjologia płuc. (...) [Z tego powodu] postrzegali oddychanie jako proces duchowy, związany z siłą napędową życia¹³.

W kręgu znaczeń religijnych oddech był interpretowany jako cząstka boska, tchnięta w człowieka w akcie powołania do życia. Stąd myślenie o funkcji oddechowej jako tym elemencie, który jest zarazem organiczny i pozamaterialny, kruchy i trwały, śmiertelny i przekraczający granice jednostkowego istnienia. Przejmująco pisze o oddechu Marek Bieńczyk w *Kontenerze*, książce stworzonej po śmierci jego matki. Eseiści podkreśla, że to właśnie w sytuacjach granicznych oddech przestaje być niezauważalny, transparentny:

Trudno sobie materię oddechu, jego gęstą obecność wyobrazić. Kiedy oddech, zazwyczaj cichy, przekracza granicę dźwięku i, przed chwilą jeszcze głuchy, zaczyna nagle dzwonić, chrapać, rżęzić, łatwiej tę jego cielesność dostrzec czy dosłyszeć: coś jakby skraplało się w powietrzu. Ale czasem widzę czyjs oddech jak długie białe pasmo, taśmę, która mnie przewija i porywa ze sobą – jeśli tylko uda się na nią wdrapać. Wówczas zdaje się, że oddychamy czyimś oddechem; matka leży, głośno, z pewnym trudem oddycha i wsiamam na ten oddech jak do pojazdu; gdzieś mnie prowadzi, unosi i poza nim przez chwilę nie ma już innego świata¹⁴.

Pokłosiem metafizycznej wykładni oddechu jest opisana przez Susan Sontag mitologia gruźlicy, którą postrzegano jako schorzenie tożsamościowe. Amerykańska filozofka odnotowuje silnie zakorzenione w XIX wieku przeświadczenie, że jest to choroba ludzi wrażliwych i uduchowionych, niosąca ze sobą doświadczenie odcieleśnienia, uwolnienia od fizjologii (co zresztą stoi w jawnej sprzeczności z jej rzeczywistym przebiegiem):

Gruźlica jest chorobą czasu: przyspiesza życie, czyni je bardziej wyrazistym, uduchowionym. (...) Przez ponad sto lat gruźlica była ulubionym sposobem nadawania śmierci znaczenia – chorobą budującą i wyrafinowaną. (...) Choroba płuc jest w sensie metaforycznym chorobą duszy¹⁵.

Czytane dzisiaj opisy gruźliczej śmierci zamieszczone w książce Susan Sontag, zaczerpnięte między innymi z twórczości Charlesa Dickensa i Aleksandra Dumasa, stanowią uderzający kontrast z opisami duszących się ofiar pandemii COVID-19. Niemożność zaczerpnięcia oddechu jest w książce Rachel Clarks radykalnym doświadczeniem fizjologicznym, które w przeciwieństwie do wyobrażeń dotyczących gruźlicy nie tylko nie odcieleśnia, ale wręcz redukuje pacjentów do ciała. Cała aktywność chorego sprowadzona zostaje do walki o zaczerpnięcie kolejnego oddechu. Wszystko inne znika wobec skrajnej redukcji istnienia, pozostaje tylko to, co fundamentalne: oddech jako definicja życia. Clarks pisze, że intubacja stała się „emblematiczną procedurą” czasu pandemii¹⁶. W tych wyobrażeniach chory człowiek jest skrajnie bezbronny i pozbawiony sprawczości. Jego oddech przestaje być w pełni ludzki, trwa tylko dzięki aparaturze medycznej:

¹³ E. Williams, *Breathing: An Inspired History* (London: Reaktion Books, 2021), s. 11.

¹⁴ M. Bieńczyk, *Kontener* (Warszawa: Wielka Litera, 2018), s. 27.

¹⁵ Sontag, *op. cit.*, s. 17, 19, 21.

¹⁶ Clarks, *op. cit.*, s. 64.

Cztery zamaskowane postaci krzątają się wokół jego łóżka w półcieniu. Są ubrane w plastikowe kombinezony ochronne, z twarzami przysłoniętymi plastikową przyłbicą. Zazwyczaj na oddziale intensywnej opieki medycznej to pacjent zostaje zdehumanizowany. Ponakłuwany i zamotany w płątaninie kabli i rurek, żyjący tylko dzięki ustawionym przy łóżku maszynom, które brzęczą i warkoczą, zasysają i wdmuchują; jego ciało przypomina monstrum Frankensteina¹⁷.

Skojarzenie autorki nie jest przypadkowe. Potwór w powieści Mary Shelley dusił swoje ofiary. Pozbawiając je oddechu, odbierał to, co w powszechnych wyobrażeniach jest symbolem życia. Nietrudno dopatrzeć się w tym rozwiązaniu fabularnym echa żywych na przełomie XVIII i XIX wieku dyskusji o tym, gdzie tkwi nieredukowalny wymiar procesów życiowych, jaką naturę ma impuls, warunkujący biologiczne istnienie¹⁸. Kryzys wyobrażeń związanych z duchową wykładnią oddechu zarysowany został już w *Czarodziejskiej górze* Tomasza Manna. Wbrew przekonaniu Susan Sontag, która czyta tę powieść jako literacką realizację mitologii gruźlicy, można tu odnaleźć obrazy załamywania się koncepcji łączącej oddech z duchowością. W jednej z kluczowych scen utworu pokazana zostaje reakcja Hansa Castorpa na rentgenowski obraz jego zmienionych przez gruźlicę płuc: jest to doświadczenie ciała prześwietlonego, a jednocześnie sprowadzonego do czystej materii i ograbionego z wymiaru spirytualnego. Przenikana przez aparaturę cielesność jawi się jako dogłębnie zbadana, uzewnętrzniona, a równocześnie całkowicie pozbawiona tajemnicy. Język radiacji unieważnia metafizykę. Williams zauważa, że do kryzysu tradycyjnych wyobrażeń na temat duchowej wykładni oddechu niewątpliwie przyczyniła się też epidemia polio. Choroba ta w najpoważniejszym przebiegu uniemożliwiała samodzielne oddychanie. Aby utrzymać pacjenta przy życiu, umieszczano go w maszynie resuscytacyjnej określanej jako „żelazne płuco”, która przejmowała funkcję oddechową. Wizerunki unieruchomionych w aparaturze dzieci odnaleźć można w powieści Philipa Rotha *Nemesis*, która porusza się kręgu zupełnie innych wyobrażeń niż opisana przez Sontag mitologia gruźlicy. Oddech zostaje „docieleśniony”, zyskuje wymiar fizjologiczny, tworzy się na styku „ludzkiego” i „pozaludzkiego”, między ciałem a aparaturą. Pandemia COVID-19 wyostrzyła te obrazy. Razem z nią, jak zauważa Williams, „proces oddychania ponownie zyskał kulturową wagę”¹⁹. Wyobraźnię zbiorową zaczęły poruszać sceny o posthumanistycznym wydźwięku: podłączony do maszyny człowiek staje się częścią fuzji, w której przenika się mechaniczne i organiczne.

Książkę Rachel Clarks można czytać jako próbę nowej konceptualizacji oddechu, jego szczególnej demitologizacji, powrotu do fizycznego wymiaru tej niezbędnej do życia funkcji. Opisy starań personelu o oddech pacjentów pozbawione są religijnych konotacji. Wypowiedziane zostały w języku manifestacyjnie wręcz nieheroicznym, bo heroizm – jak zauważa autorka – jest formą depersonalizacji²⁰. Znaczące, że w wielu miejscach tej książki oddech jako fundamentalna funkcja życiowa traci swoją transparenację. Nie wydaje się przezroczysty, niezauważalny, ale stanowi centrum zmagania lekarzy i pacjentów. W tym procesie rodzi się nowe znaczenie oddechu: nie jest już przejawem duchowego wymiaru egzystencji, ale czytelną figurą uwikłania w to, co ponadindywidualne i pozaludzkie.

¹⁷ *Ibidem*, s. 64-65.

¹⁸ O wpływie filozofii natury na proces twórczy Mary Shelley pisze w posłowniu do swojego tłumaczenia Frankensteina Maciej Płaza. Zob. M. Płaza, *Galwaniczna alchemia i niebyt utracony*, w: M. Shelley, *Frankenstein, czyli współczesny Prometeusz*, przeł. M. Płaza (Czerwonak: Vesper, 2013).

¹⁹ Williams, *op. cit.*, s. 8.

²⁰ Clarks, *op. cit.*, s. 145.

BIBLIOGRAFIA:

- Bieńczyk Marek. 2018. Kontener. Warszawa: Wielka Litera.
- Clarks Rachel. 2021. *Breathtaking. Inside the NHS in a Time of Pandemic*. London: Little Brown.
- Czapliński Przemysław. 2021. „Opiekuńcza utopia”. *Teksty Drugie* 1: 7-18.
- Czermińska Małgorzata. 2000. *Autobiograficzny trójkąt. Świadectwo, wyznanie i wyzwanie*. Kraków: Universitas.
- Krastew Iwan. 2020. *Nadeszło jutro. Jak pandemia zmienia Europę*. Sutowski Michał, tłum. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej. [ebook]
- Markiewka Tomasz S. 2021. *Zmienić świat raz jeszcze. Jak wygrać walkę o klimat*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Marzec Andrzej. 2021. *Antropocień. Filozofia i estetyka po końcu świata*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michniewicz Tomasz. 2020. *Chwilowa anomalia. O chorobach współistniejących naszego świata*. Kraków: Wydawnictwo Otwarte.
- Rezydent Tomasz. 2020. *Niewidzialny front. Zapiski lekarza z pierwszej linii walki z koronawirusem, strachem i pandemią*. Poznań: Rebis. [ebook]
- Sontag Susan. 1999. *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. Jarosław Anders, tłum. Warszawa: PIW.
- Williams Edgar. 2021. *Breathing: An Inspired History*. London: Reaktion Books.
- Żychliński Arkadiusz. 2014. *Laboratorium antropofikcji. Dociekania filologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo IBL PAN.

A NON-HUMAN CHALLENGE OF THE VIRUS. SIDE NOTES ON NON-FICTIONAL PANDEMIC LITERATURE

SUMMARY:

The aim of this article is to present artistic strategies of mediation between non-human nature of SARS-CoV-2 and non-fictional literature, whose authors use narrative structures to express experience of struggling with virus as alienated form of existence. Author of the article describes books written by practicing doctors - Rachel Clarks (*Breathtaking. Inside the NHS in a time of pandemic*) and Tomasz Rezydent (*Invisible Front. Doctor's Notes from the First Line of Battle with Coronavirus, Fear and Pandemic*) using perspective of narrative medicine, which problematizes the ways of communicating illness and suffering. One of the crucial thesis of article considers coronavirus pandemic as important factor in cultural history of breathing, which is transforming from spiritual to post-human interpretation of phenomenon of breath.

KEYWORDS:

Virus, Pandemic, Narrative medicine, Non-fictional literature, Cultural History of Breathing