

Adrianna Alksnin
(Uniwersytet Jagielloński)

PAMIĘTNIK SZALEŃSTWA I NASTROJÓW – DOŚWIADCZENIE
CHOROBY PSYCHICZNEJ, AUTOBIOGRAFIA, LITERATURA

Niniejszy artykuł przedstawia próbę scharakteryzowania zjawiska obecnego w polu produkcji literackiej mniej więcej od początku lat dziewięćdziesiątych, jakim jest rosnąca liczba publikacji o charakterze wspomnieniowym dotyczących choroby psychicznej. Teksty, które mam na myśli, najprościej można określić jako *literackie (auto)studium przypadku* czy też, posługując się innym terminem – jako *patografie*, czyli tę część prozy konfesyjno-wspomnieniowej, której tematem jest przebieg choroby psychicznej/zaburzenia/uzależnienia: analiza jego przyczyn, konsekwencji, przebiegu leczenia i najczęściej szczęśliwe zakończenie, jakim jest ostateczne pokonanie choroby lub przynajmniej taka obietnica¹. Moja uwaga skupi się na wariancie, który stanowią świadectwa autorek, gdyż jeśli zgodzić się z Katarzyną Szmigiero, kobiece narracje o chorobie psychicznej można rozpatrywać jako odrębny gatunek², oraz na wskazaniu historyczno-psychologicznego rodowodu takiej praktyki pisarskiej. Uzupełnieniem tych rozważań będzie analiza wspomnień Kay Redfield Jamison *Niespokojny umysł. Pamiętnik szaleństwa i nastrojów*.

Według bibliografii opracowanej przez MSLBD³, obejmującej wspomnienia i autobiografie osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnieniami lub społecznie dysfunkcyjnych, z blisko 120 pozycji zaledwie 25 zostało opublikowanych przed rokiem 1988 (dane dotyczą jedynie wydawnictw anglojęzycznych). Na gruncie literatury polskiej tendencje te zaczynają się dopiero nieśmiało pojawiać i autorzy zdecydowanie wolą posługiwać się bardziej „anonimową” formą

¹ Temat ten podejmują m.in.: A.H. Hawkins, *Reconstructing Illness. Studies in Pathography* (1999); A. Frank, *Illness and Autobiographical Work: Dialogue as Narrative Destabilization*, „Qualitative Sociology” 2000, vol. 23, no. 1; A. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics* (1995); G.T. Couser, *Recovering Bodies: Illness, Disability, and Life Writing* (1997); K. Szmigiero, „*To Be That Self which One Truly Is*”. *Search for Identity in Women’s Madness Narratives* (2013).

² K. Szmigiero, „*To Be That Self which One Truly Is*”. *Search for Identity in Women’s Madness Narratives*, Piotrków Trybunalski 2013.

³ Midwest Symposium for Leadership in Behavioral Disorders – amerykańska organizacja założona w 1982 r., której celem jest organizowanie corocznych konferencji oraz programu pomocy dla nauczycieli, psychologów, pedagogów oraz terapeutów pracujących z dziećmi i młodzieżą dysfunkcyjną. Bibliografia: http://www.msldb.org/discussion_booklist_memoirs_autobio.htm (dostęp 31.08.2013).

powieści kryptoautobiograficznej czy autofikcjonalnej, jednak zainteresowanie tego rodzaju tekstami wyraźnie wzrasta⁴.

Studia przypadku czy też patografie są jednak składową o wiele szerszego zjawiska w polu produkcji literackiej, które doczekało się już swojej etykiety – chodzi mianowicie o *misery lit* (znanej też jako *mis lit*, *misery memoirs*, *mis mems* czy *misery porn*), autobiograficzne teksty, których autorzy zwierniają się czytelnikom z tytułowego cierpienia związanego z przeżytą traumą; częstym motywem jest fizyczne, psychiczne i seksualne znęcanie się opiekunów nad dziećmi, choć oczywiście spektrum możliwych „traum” jest szerokie – choroba psychiczna, a dokładniej: pobyt w szpitalu psychiatrycznym jest jedną z nich. Wyodrębnienie pozycji, które spełniają kryteria (auto)studium przypadku, wbrew pozorom, nie jest zadaniem łatwym, gdyż równie licznie reprezentowane są w tym nurcie twórczości kobiet powieści kryptoautobiograficzne, które posługują się quasi-fikcyjnym bohaterem, co pozwala na zdystansowanie się od prywatnych przeżyć, ale i na ochronę tożsamości przed opinią publiczną. Tego rodzaju pisarstwo ma oczywiście aspekt terapeutyczny.

Narracje autobiograficzne o chorobie (w tym o chorobie psychicznej) zyskały zainteresowanie nie tylko humanistyki, ale i medycyny. Mam tu na myśli nurt medycyny narracyjnej, powstałej w odpowiedzi na rozpowszechnienie biologiczno-fizjologicznego modelu medycyny, która interesując się dysfunkcjami poszczególnych organów lub poszukiwaniem bakterii czy wirusa odpowiedzialnego za daną dolegliwość, spycha na drugi plan podmiotowość pacjenta i jego subiektywne doświadczenie choroby⁵. W ramach medycznych narracji można wyróżnić dwa modele opowiadania o chorobie: *disease narratives* – prowadzone przez lekarza lub innego specjalistę, oparte na standardach wiedzy biomedycznej oraz *illness narratives*, których autorem jest sam pacjent⁶. Tego rodzaju „teksty” mają wartość zarówno dla lekarza, umożliwiając mu skuteczniejsze diagnozowanie i rozbudzenie empatii w stosunku do cierpienia, z którym zmagają się chorzy, jak i dla pacjenta, zwłaszcza w przypadku choroby przewlekłej, która wytrąca jednostkę z „powszechnych” ram społecznej partycypacji. Dzięki wpisaniu wydarzenia, jakim była choroba, w osobistą biografię możliwe staje się nadanie jej sensu oraz zrozumienie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów tego doświadczenia: „Ten wymiar aktywności narracyjnej ważny jest szczególnie w przypadku tych chorób, które interpretowane są w kategoriach

⁴ Na gruncie polskim można zaobserwować podobną tendencję – choćby tylko wydawnictwo Zysk i S-ka w ramach serii wydawniczej *Kameleon* wydało kilka klasycznych powieści podejmujących temat choroby psychicznej (Plath 1995, 2004; Kaysen 1996; Greenberg 1994; Frame 2000). Spośród polskich autorek najbliższej wspomnianego nurtu znalazła się Kaja Malanowska z tekstem *Drobne szaleństwa dnia codziennego* (2010).

⁵ Zob. M. Skrzypek, *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny*, w: *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Lublin 2013.

⁶ Warto przytoczyć tu socjologiczne rozróżnienie choroby: „Mówiąc o braku zdrowia (*nonhealth*), ma się na myśli trzy wymiary, które określone jako *disease* (choroba w sensie biologicznym, czyli zmiana patologiczna organizmu, osobą kompetentną do określenia tego stanu jest lekarz), *illness* (choroba w sensie samopoczucia danego człowieka, stan odczuwany subiektywnie, poczucie dyskomfortu) oraz *sickness* (choroba jako pojęcie socjologiczne, człowiek na tle grupy, stan odbierany przez innych bez względu na to, czy występuje u niego choroba w sensie biologicznym lub psychologicznym)”. B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, w: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Warszawa 2009, s. 67.

«zakłócenia biograficznego». Tu upatrywać można m.in. uzasadnienia terapeutycznych walorów *illness narratives*, które mają polegać na wzmocnieniu psychospołecznych procesów adaptacji do choroby⁷.

HISTERIA JAKO MODEL NARRACJI?

Choć wzrost liczby publikacji wspomnieniowo-konfesyjnych kobiet cierpiących na różnorakie zaburzenia przypada na drugą połowę XX w. (z nasileniem po roku 1990), to ich rodowód sięga stu lat wcześniej – wieku XIX. Jeżeli uznać tezę o intymistycznym rodowodzie pisarstwa kobiet za prawdziwą⁸, źródłem tej literatury należy szukać w dziennikach pisywanych przez młode dziewczęta zarówno w celu ćwiczenia stylu, jak i w ramach technik wychowawczych (w dzienniku miał dokonywać się „rachunek sumienia” młodej panny)⁹. Można więc śmiało założyć, iż w części przypadków praktyka ta nie została zarzucona i stała się podwaliną późniejszej twórczości. Przejdźmy jednak do konkretnych przykładów.

Elaine Showalter w pracy poświęconej „kobiecej chorobie”¹⁰ wskazuje na rok 1870 jako na datę przełomową w procesie przemian dotyczących traktowania pacjentów zakładów psychiatrycznych; zmiana ta miałaby według badaczki stanowić następstwo rozczarowania „pierwszą rewolucją psychiatryczną”, która nie przyniosła oczekiwanych efektów. Reforma szpitalnictwa polegająca między innymi na poświęceniu baczniejszej uwagi pacjentkom, zadbaniu o ich warunki bytowe oraz zorganizowaniu odpowiedniej terapii zajęciowej okazała się niemożliwa do zrealizowania w dużych zakładach, które w znacznej mierze były przepełnione; pozytywne efekty udawało się osiągnąć jedynie w małych, kameralnych placówkach, których utrzymanie wiązało się z wysokimi kosztami. Dawne metody „lecnicze” zasadzające się na izolacji, zimnych kąpielach, zapinaniu w kaftan bezpieczeństwa i tzw. terapii odpoczynkiem, w trakcie której chora była poddawana masażom, karmiona i pozbawiana wszelkich kontaktów ze światem zewnętrznym, powoli powracały do łask. Wywołało to sprzeciw w środowiskach protofeministycznych, zwłaszcza wśród tych kobiet, które miały tę wątpliwą przyjemność zostać poddanymi takiej terapii. Dlatego publikacje wspomnień byłych pacjentek zakładów dla nerwowo chorych zaczęły pojawiać się na rynku wydawniczym jako znak sprzeciwu wobec ubezwłasnowolnienia. Można tu wymienić teksty Georgiany Weldon *How I Escaped the Mad-Doctors*

⁷ M. Skrzypek, *Medycyna narracyjna...*, s. 79–80.

⁸ Zob. E. Kraskowska, *Kilka uwag na temat powieści kobiecej*, w: *Ciało i tekst. Feminizm w literaturoznawstwie – antologia szkiców*, red. A. Nasiłowska, Warszawa 2009 (oraz inne teksty z tego tomu); *Krytyka feministyczna: siostra teorii i historii literatury*, red. G. Borkowska, L. Sikorska, Warszawa 2000.

⁹ Zob. Ph. Lejeune, *Dziewczęce „ja”*. (*O dziennikach panien z XIX wieku*), „Teksty Drugie” 2003, nr 2–3, s. 192–211.

¹⁰ E. Showalter, *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830–1980*, New York 1985.

(1878), Rosiny Bulwer-Lytton *A Blighted Life* (1880) czy opowiadania Louisy Lowe *Bastilles of England* oraz *The Lunacy Laws at Work* (1883)¹¹.

Obok wskazanych tekstów Showalter wymienia także opublikowaną anonimowo *Autobiografię neurasteniczki* autorstwa dr Margaret Cleaves (ok. 1880), amerykańskiej lekarki zajmującej się zagadnieniem neuroz (Cleaves sama cierpiała z powodu tego schorzenia), oraz bestseller Sarah Grand *Niebiańskie bliźnięta* (1893), traktujący o anorektyczce i „terapii”, do której podjęcia zostaje zmuszona, aby powrócić do zdrowia. Podobne wątki podejmuje, nieco później, autobiograficzny tekst autorstwa Rachel Grant-Smith *Experience of an Asylum Patient* (1922). Na podstawie tych publikacji można wyciągnąć wniosek, że mimo upływu czasu warunki w zakładach niewiele się zmieniły, o czym zaświadcza tekst Antonii White *Beyond the Glass* (1954), odnoszący się do hospitalizacji autorki w 1922 r.¹²

Obok publikacji o jawnie wspomnieniowym charakterze równie licznie reprezentowane były powieści zawierające wyraźny rys autobiograficzny, jak choćby *Żółta tapeta* (1892) Charlotte Perkins Gilman, w której autorka opisuje proces popadania w obłęd w wyniku tzw. terapii odpoczynkiem, zaordynowanej bohaterce przez męża-psychiatrę. Gilman sama przeszła załamanie nerwowe, na które zalecono jej wspomnianą kurację ze stanowczym zastrzeżeniem, iż powinna zaprzestać wszelkiego pisania i czytania. Paradoksalnie, dzięki niezastosowaniu się do zaleceń lekarza i napisaniu *Żółtej tapety* Gilman udało się powrócić do zdrowia.

Inne teksty wymienione przez Showalter to *Spinner's Lake* (1941) autorstwa Maude Harrison oraz nieco późniejsze *The Ha-Ha* (1961) Jennifer Dawson, *Twarze w wodzie* (1963) Janet Frame i *Szklany klosz* (1963) Sylvii Plath¹³. W tych ostatnich rolę protagonistki przejmie już zupełnie nowa bohaterka, która choć wciąż będzie stanowić figurę buntowniczką, całkowicie bezradną i samotną w swoim proteście przeciwko społecznemu konwenansowi, nie będzie już odgrywać na scenie swego ciała histerycznego teatru, lecz pogrzeże się w schizofrenicznym rozszczepieniu: „[...] schizofreniczka stała się centralną figurą kulturową XX wieku, podobnie jak była nią histeryczka dla wieku XIX. Modernistyczne ruchy literackie zawłaszczyły schizofreniczkę jako symbol językowego, religijnego oraz seksualnego załamania i rebelii”¹⁴.

Autobiograficzne narracje podejmujące temat choroby psychicznej stanowią specyficzny rodzaj świadectwa szaleństwa, które udało się przezwyciężyć, a co za tym idzie – opisać. Co więcej, na marginesie autobiograficzności autorkom udaje się przemycić fragmenty, na podstawie których można postawić diagnozę dotyczącą sytuacji kobiet (niekoniecznie szalonych) w obrębie danej kultury i społeczeństwa. Pierwszych studiów przypadku należy poszukiwać w obszarze zainteresowań historii autobiografii, a szerzej – intymistyki. Warunkiem powstania tego typu tekstów było ukonstytuowanie się psychiatrii jako dziedziny medycyny oraz specjalistycznej prasy przeznaczonej dla praktykujących

¹¹ Tamże, s. 126.

¹² Tamże, s. 203.

¹³ Obszerną bibliografię kobiecych tekstów autobiograficznych podejmujących wątek choroby psychicznej podaje Katarzyna Szmigiero: K. Szmigiero, „*To Be That Self which One Truly Is*”...

¹⁴ E. Showalter, *The Female Malady...*, s. 203–205.

psychiatrów, co nastąpiło w okolicach roku 1809, choć pierwsze publikacje zawdzięczamy już epoce Oświecenia¹⁵. W wydawnictwach tych publikowano między innymi opisy co bardziej interesujących przypadków, diagnoz i zastosowanych metod leczenia. Dla przykładu: Cesare Lombroso w przedmowie z 1876 r. do dzieła *Geniusz i obłąkanie* wspomina o diariuszach wydawanych przez włoskie zakłady dla obłąkanych, które oprócz studiów przypadku zawierały też twórczość poetycką i literacką pacjentów oraz próby autonarracji dotyczących przebiegu choroby¹⁶. Prawdziwym bestsellerem okazały się jednak dopiero *Studia nad histerią* autorstwa Freuda i Breuera, obejmujące pięć studiów przypadku histeryczek występujących pod pseudonimami: Anna O., Emma von N., Miss Lucy R., Katharina C. oraz Elizabeth von R. W tekstach tych wciąż obecny był narrator-lekarz (*disease narrative*), pacjentka nie miała możliwości bezpośredniego dojścia do głosu. Na bezpośrednie świadectwa (*illness narratives*) należało jeszcze poczekać. Dlatego (auto)studia przypadku stanowią istotne zjawisko z perspektywy myśli feministycznej: w tekstach tych były pacjentki stają się pełnoprawnymi autorkami, których słowa nie są wymuszone, wyselekcjonowane, przekształcone, a następnie zacytowane przez lekarza-narratora, lecz pochodzą wprost od nich, choć czasem pod względem artystycznym pozostawiają wiele do życzenia.

Histeria jako zjawisko odnosi się do czegoś więcej niż tylko cielesne symptomy i dysfunkcje poznawczo-komunikacyjne. Co więcej, histerię można traktować jako metaforę kobiecego wariantu szaleństwa, bez szczegółowego różnicowania poszczególnych jednostek diagnostycznych, co w pewnym sensie będzie się odnosiło do historycznej funkcji „diagnozy-worka”, jaką pełniła histeria¹⁷. Interesujące jest, że w gruncie rzeczy terapia psychoanalityczna zasadzała się na narracji, dzięki której zrozumienie symptomów i umieszczenie ich w prywatnej historii pacjenta mogło przynieść ulgę. W pewnym sensie terapia psychoanalityczna jest więc terapią poprzez literaturę, co nie uszło uwadze Michała Pawła Markowskiego:

Pierre Janet określił w 1894 roku histerię jako *maladie par représentation*, co wydaje się kluczowe zarówno dla powstania psychoanalizy, jak i dla mojego argumentu. Jeśli jest „choroba [wywoływana] przez przedstawienia”, to chodzi w niej o to, że cielesne zachowania histeryka, doskonale opisane przez stulecia obserwacji, sfotografowane przez Charcota, są symptomami psychicznego nieporządku, dla którego chory nie znajduje żadnej symbolicznej ekspresji poza mową własnego ciała¹⁸.

¹⁵ Narodziny psychiatrii jako dziedziny poznania naukowego wiąże się z postacią Johanna Christopha Reila, niemieckiego klinicyisty i badacza mózgu, założyciela periodyku „Magazin für psychische Heilkunde”, który po raz pierwszy wprowadził termin „psychiatria” w 1809 r.

¹⁶ C. Lombroso, *Geniusz i obłąkanie*, przeł. A.A. Zych, Warszawa 1987.

¹⁷ Oczywiście, mam absolutną świadomość, iż postawa wobec kultury, której metaforą jest histeria, ma również męskich reprezentantów – niezwykle przenikliwe studium historii autorstwa Michała Pawła Markowskiego poświęcone jest przecież korespondencji Zygmunta Krasieńskiego (M.P. Markowski, *Krasieński: na scenie historii*, w: tegoż, *Życie na miarę literatury*, Kraków 2009); w podobnym duchu Gabriela Matuszek interpretuje twórczość Stanisława Przybyszewskiego (G. Matuszek, *Stanisław Przybyszewski – pisarz nowoczesny. Eseje i proza – próba monografii*, Kraków 2008) – jednakże dla zachowania spójności wywodu pomijam ten wariant.

¹⁸ M.P. Markowski, *Krasieński...*, s. 151.

Można w tym miejscu wskazać analogię pomiędzy *talking cure*, „terapią mówieniem”, jaką ordynował swoim pacjentkom Freud, a *writing cure*, „terapią pisaniem”¹⁹: różnica polegałaby na wyborze medium – mowy lub pisma. W obu wypadkach istotą kuracji jest (auto)narracja, umieszczenie historii swego życia, traum, symptomów, fantazji w ramach sfabularyzowanej opowieści jest zabiegiem literackim. Dzięki narracji owa symboliczna ekspresja, której brakowało, zostaje odnaleziona, co sprzyja odzyskaniu równowagi przez podmiot. Jeżeli jednak pamiętać o roli, jaką według Freuda miała w nerwicach odgrywać fantazja, owa lecznicza narracja bardzo szybko może osunąć się w rejon fikcji, a jeśli jej bohaterem pacjent uczyni samego siebie, co zresztą nie bywa rzadkie – autofikcji.

Histeria jest istotnym kontekstem nie tylko dla badań nad tekstami o charakterze autobiograficznym, ale i nad przemianami intymności: granicą pomiędzy tym, co prywatne (i co powinno zostać przemilczane), a tym, co publiczne – opowiedziane głośno, wyraźnie i bez ogródek. Jak zauważa Justin Vicari w pracy *Mad Muses and the Early Surrealists*:

Histeria precyzyjnie punktuje moment wkroczenia do sfery publicznej tego, co osobiste, ale niemożliwe do zweryfikowania; świadectwa jednostki, które znaczy nie dlatego, że udało się jednoznacznie określić jego adekwatność względem faktów, ale dlatego, że w ogóle istnieje i jego dramatyzm przykuwa uwagę z tą osobliwą intensywnością. Histeria otwiera dla jednostki dostęp do nieweryfikowalnego dyskursu, który zanim został ponownie ujarzmiony dzięki psychoanalizie, stanowił, by tak rzec, groźbę w rodzaju prometejskiego ognia „skradzionego bogom”²⁰.

Według Vicariego to właśnie wkroczenie tego, co intymne, do dyskursu publicznego, które dokonało się dzięki fascynacji opowieściami histeryczek, jest odpowiedzialne za specyficzny ekshibicjonizm współczesnej kultury: „nadprodukcję intymnych wyznań” i kompulsywną wręcz chęć publicznego „obnażania się” w mediach społecznościowych czy telewizyjnych programach typu *talk-show*. Jak słusznie zauważył Michał Paweł Markowski, na tym właśnie zasadza się teatralność histerii – wyznanie wymaga uznania, a spektakl potrzebuje widza:

Podkreślam moją tezę: histeria to – by tak rzec – choroba komunikacyjna, choć nie dlatego, że towarzyszą jej mocne wymioty. Teatru histerii nie rozstawia się na pustym placu, gdy nie ma szans na obecność widzów. [...] Histeryk jest histerykiem dla kogoś i z powodu kogoś, nie dla siebie samego, i dlatego pisanie jest nieustannym inscenizowaniem siebie samego dla innych, w poczuciu braku ich prawdziwej obecności²¹.

Tak jak w XIX w. cielesne symptomy zastępowały histeryczkom brakujące słowa, tak współcześnie cielesne symptomy zostają zastąpione nadmiarem słów, z których żadne nie wydaje się adekwatnie oddawać doświadczenia autorek. Problem polega na tym, że słowa nie zawsze wystarczają. Słowa to za mało. Jak teatr nie istnieje bez widza, tak powieść domaga się czytelnika: gabinet psychoanalityka staje się miejscem publicznym, a nieświadomość przestrzenią, do której wstęp dla obcych nie jest wzbroniony. Wręcz przeciwnie, im więcej gapiów, tym lepiej.

¹⁹ Zob. D.P. Herndl, *The Writing Cure: Charlotte Perkins Gilman, Anna O., and „Hysterical” Writing*, „NWSA Journal” 1988, no. 1, vol. 1, s. 52–74.

²⁰ J. Vicari, *Mad Muses and the Early Surrealists*, McFarland 2011, s. 9.

²¹ M.P. Markowski, *Kraśniński...*, s. 148.

NIESPOKOJNY UMYŚL

Spośród licznych świadectw choroby psychicznej wspomnienia Kay Redfield Jamison zdecydowanie się wyróżniają, co wynika z faktu, iż Jamison jest praktykującą klinicystką, a także wykłada na Uniwersytecie Johna Hopkinsa w Baltimore. Stanowią one wartościowy materiał kliniczny nie tylko dla przyszłych absolwentów psychologii i psychiatrii, ale także dla tzw. zwykłego czytelnika. Co więcej, *Niespokojny umysł. Pamiętnik szaleństwa i nastrojów* (1996) nie jest pierwszą próbą zmierzenia się z doświadczeniami psychozy maniakalno-depresyjnej, na którą cierpi Kay. Jest ona bowiem autorką podręcznika dla studentów medycyny (do dziś uznawanego za pozycję obowiązkową) *Manic-Depressive Illness* (1990; 2007), książki omawiającej problem samobójstwa *Noc szybko nadchodzi: zrozumieć samobójstwo, by mu zapobiec* (1999; wyd. pol. 2004) oraz studium poświęconego związkom psychozy afektywnej z twórczością artystyczną *Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament* (1993).

Nabranie dystansu do osobistych doświadczeń związanych z chorobą na płaszczyźnie narracji jest w tym wypadku wymuszone pozycją zawodową i związaną z tym koniecznością obiektywności spojrzenia na to, co prywatne, oraz częściowego odcięcia się od emocjonalnych komponentów związanych ze wspomnieniami:

Konieczność uzyskania dystansu do własnych uczuć i do przeszłości spowodowana obowiązkiem pisania w bardziej przemyślany i podręcznikowy sposób była intelektualnie odświeżająca i zmusiła mnie do uporządkowania myśli i do spojrzenia z większej perspektywy na chaos, który przeżyłam (s. 146).

O ile w pracach akademickich dystans ten musi być dość znaczny, o tyle to właśnie wspomniany pamiętnik „szaleństwa i nastrojów” staje się tekstem, w którym Jamison może sobie pozwolić na zmniejszenie dystansu, choć nie udaje jej się ukryć ambiwalentnych uczuć towarzyszących publicznemu odsłonięciu prawdy o chorobie, na którą cierpi i którą pomaga przezwyciężyć swoim pacjentom:

Przeraza mnie myśl, że gdy zacznę mówić zbyt otwarcie o tak prywatnych aspektach mojego życia, powrócę do nich pewnego dnia, by stwierdzić, że stały się one pozbawione znaczenia i uczuć. Przeraza mnie myśl, że gdy zacznę mówić zbyt otwarcie i zbyt często, moje doświadczenia staną się odległe, niedostępne i nieosiągalne, a moje przeżycia będą wtedy należeć raczej do kogoś innego, a nie do mnie (s. 175).

Lękowi przed utratą tożsamości w wyniku obnażenia się przed czytelnikiem towarzyszy tu pragnienie zachowania intymnych odczuć związanych z doświadczaniem psychozy. Jamison podkreśla bowiem wielokrotnie, iż choć psychoza maniakalno-depresyjna jest powodem licznych cierpień, to nie jest pozbawiona pewnego uroku; otwiera na doznania niedostępne w stanie, który można określić mianem zdrowia. Doświadczenie graniczne, jakim jest psychoza, otwiera zupełnie nowe horyzonty pojmowania i zmusza dotkniętą nią jednostkę do przewartościowania społecznie aprobowanych form partycypacji w przestrzeni publicznej, przemyślenia sposobów nawiązywania i podtrzymywania relacji międzyludzkich, a nawet najdrobniejszych przeżyć dnia codziennego:

Często zadaję sobie pytanie, czy gdybym mogła wybrać, zdecydowałabym się na moją chorobę. [...] To dziwne, ale myślę, że prawdopodobnie zdecydowałabym się chorować na psychozę maniakalno-depresyjną. [...] Dlaczego zatem chciałabym mieć cokolwiek wspólnego z tą chorobą? Ponieważ szczerze wierzę, że dzięki niej przeżywałam więcej i głębiej; miałam więcej doświadczeń i były one bardziej intensywne; kochałam mocniej i byłam mocniej kochana; śmiałam się częściej, ponieważ częściej płakałam; bardziej doceniałam wiosnę, ponieważ przeżyłam więcej zim; byłam bliska śmierci, „tak jak swoich codziennych strojów”, i wyraźniej niż inne osoby dostrzegałam jej potęgę – i to potęgę życia; dostrzegałam w ludziach to, co najwspanialsze, i to, co najstraszniejsze, i powoli uczyłam się doceniać takie wartości, jak opieka nad innymi, lojalność i umiejętność dostrzegania ukrytych treści (s. 188).

Emocjonalne bogactwo odnalezione w doświadczeniu stanu uznawanego za patologiczny świadczy na korzyść tezy o egzystencjalnym charakterze szaleństwa. Psychoza maniakalno-depresyjna może w mniemaniu Kay zniszczyć życie, ale i stać się źródłem niepowtarzalnych przeżyć, które mogą stanowić impuls do twórczości artystycznej – w dużej mierze zależne jest to od wsparcia udzielonego przez otoczenie choremu oraz pewnej „samowiedzy szaleństwa”: świadomości stanu, w którym człowiek się znajduje, oraz umiejętności translacji tych doświadczeń na obiektywny, zrozumiały dla ogółu język. To właśnie odnalezienie symbolicznej sygnatury dla doświadczeń granicznych, próba „wyrażenia niewyraźnego” stanowi w ramach tego modelu źródło twórczości artystycznej. Stawką jest więc stworzenie tekstualnej przestrzeni doświadczenia²², w której staje się ono retroaktywnie zrozumiałe i możliwe do zaakceptowania bez względu na to, czy tekst odnosi się do określonych przeżyć w sposób bezpośredni (jawny autobiografizm), czy też nie (fikcja literacka).

Oczywiście fakt, iż Jamison jest praktykującą klinicystką, nie pozostaje bez wpływu na jej stosunek do własnej choroby; choć długo nie potrafiła przyznać się przed sobą, iż gwałtowne zmiany nastrojów, które jej towarzyszą, odpowiadają obrazowi klinicznemu psychozy maniakalno-depresyjnej, to po rozpoczęciu terapii powiązanej z leczeniem farmakologicznym przy pomocy węglanu litu udało jej się odnaleźć zarówno w praktyce klinicznej, jak i w działalności naukowej zajęcie nadające sens nie tylko jej egzystencji, ale i wspierające tych, których dotknęło piętno tej samej choroby:

Niekiedy trudne było pogodzenie dyscypliny naukowej uprawianej przeze mnie dziedziny z bardzo absorbującą rzeczywistością moich doświadczeń emocjonalnych. Jednakże mimo to myślę, że dzięki połączeniu nasilonych uczuć z obiektywnym spojrzeniem klinicznej medycyny udało mi się uzyskać wolność, która pozwoliła mi przeżyć życie w sposób taki, jak tego pragnęłam, i uzyskać doświadczenie konieczne, bym sama mogła próbować dążyć do zmian w publicznym postrzeganiu chorób psychicznych i sposobów ich leczenia (s. 11).

Jej przypadek stanowi doskonały przykład na to, iż dzięki osiągnięciom współczesnej medycyny, psychologii i psychofarmakologii choroba psychiczna nie musi już być tożsama z wyrokiem i choć różni się zasadniczo od, dajmy na to, nadczynności tarczycy, to może być równie skutecznie leczona. Różnica polega jednak nie tylko na etiologii i fenomenologii obu zaburzeń, lecz także na ich społecznej recepcji. O ile osoba cierpiąca na choroby tarczycy nie jest

²² Odwołuję się tu do koncepcji poetyki doświadczenia Ryszarda Nycza. Zob. R. Nycz, *Poetyka doświadczenia. Teoria – nowoczesność – literatura*, Warszawa 2012.

narażona na społeczny ostracyzm, a także nie jest zmuszona do ukrywania swoich dolegliwości, o tyle zwierzenie, iż cierpi się na psychozę maniakalno-depresyjną, najprawdopodobniej wzbudzi lęk i niechęć tudzież agresję. To właśnie przeciwko temu paradoksowi napisana została książka Jamison; stara się z jednej strony oddemonizować chorobę psychiczną przez ukazanie jej pozytywnych aspektów, z drugiej zaś – zaprotestować przeciwko poczuciu wstydu, które często towarzyszy osobom „zetykietowanym” przez diagnozy:

Jestem zmęczona ukrywaniem się, znużona niewłaściwie wykorzystywaną i tamowaną energią, mam dość hipokryzji i zachowywania się w taki sposób, jak bym miała coś do ukrycia. Jest się tym, kim się jest, a nieuczciwość związana z ukrywaniem się za stopniem naukowym, tytułem lub jakimkolwiek zwyczajem i zbiorem słów jest właśnie nieuczciwością. Być może niekiedy konieczną, ale nieuczciwością. Nadal mam wątpliwości co do decyzji uczynienia z mej choroby sprawy publicznej, ale jedną z korzyści chorowania na psychozę maniakalno-depresyjną przez ponad trzydzieści lat jest fakt, że bardzo niewiele rzeczy wydaje się nieosiągalnie trudnych. [...] Wydaje mi się, że w sposób nieunikniony czerpię pocieszenie z pytania postawionego kiedyś przez Roberta Lowella: „Dlaczego nie mówić o tym, co się wydarzyło?” (s. 11).

Choć Jamison w wielu miejscach podkreśla genetyczny i biologiczny czynnik, który jest w dużym stopniu odpowiedzialny za powstawanie choroby dwubiegunowej, to w trakcie lektury *Niespokojnego umysłu* nie można oprzeć się wrażeniu, iż w przypadku Kay choroba w znacznej mierze została spowodowana przez czynniki kulturowe i role, jakie wyznaczono jej w środowisku, w którym dorastała – chodzi tu o środowisko wojskowych (co nie pozostaje bez znaczenia wobec faktu, iż Kay przysłała na świat w rok po zakończeniu drugiej wojny światowej). Otoczenie to można określić właśnie jako dwubiegunowe; z jednej strony atmosfera panująca w domu rodzinnym sprzyjała intelektualnemu i artystycznemu rozwojowi Kay, zachęcano ją do wyrabiania w sobie poczucia samodzielności i indywidualizmu, pisania poezji oraz aktywności społecznej, z drugiej zaś strony otoczenie to wymuszało na niej podporządkowanie się tradycji oraz posłuszeństwo wobec sfery ustalonych konwenansów stosunków społecznych:

Zarówno matka, jak i ojciec usilnie zachęcali mnie do pisania poezji i tekstów do szkolnych przedstawiń, a także do nauk ścisłych i medycyny. [...] Nigdy nie próbowali zniechęcić mnie do bycia lekarzem, pomimo że była to epoka, w której uważano, iż kobieta może zostać jedynie pielęgniarką (s. 20–22).

W środowisku tym cechy aprobowane przez rodziców Kay uznawano za cechy niestosowne dla kobiety i dążono do podporządkowania jej jako biernego, ale pięknego obiektu. Biorąc pod uwagę realia kulturowe, w jakich dorastała Kay, nie sposób oprzeć się wrażeniu, że już sama atmosfera sprzyjała rozwinięciu się tego rodzaju zaburzeń, przynajmniej jeśli mieć na uwadze ich warstwę symboliczną. Urodzona w 1946 r., w pełnoletność wchodziła w połowie lat sześćdziesiątych, które nie bez przyczyny uznawane są za moment przełomowy w historii kultury Zachodu. Jest to okres rewolt studenckich, rewolucji seksualnej czy rosnącej popularności narkotycznych eksperymentów poszerzających świadomość, ale i okres kryzysu tradycyjnych, konserwatywnych wartości, jakie kultywowano w środowisku, w którym wychowywała się Kay. Wprawdzie Jamison nie uczestniczyła aktywnie w formowaniu się amerykańskiej kontrkultury, ale jej dążenie do indywidualizmu i opór wobec podporządkowania się

sztynnej hierarchii społecznej ze względu na płeć czyni ją jedną z przedstawicielek feministycznego buntu. Moment odmowy „dygania” podczas oficjalnych uroczystości wojskowych staje się momentem symbolicznego odrzucenia kultury patriarchalnej:

Jednakże wśród tej wspianiałej atmosfery stopniowo budziła się we mnie świadomość tego, co oznacza bycie uczuciową i nieco kapryśną dziewczyną w niezwykle tradycyjnym świecie wojskowych. Niezależność, temperament oraz dziewczęcość raczej nie pasowały do tego dziwnego świata. [...] Jednym ze sposobów narzucania dziewczynom tego szczególnie irytującego porządku było uczenie ich starego i śmiesznego zwyczaju dygania. Trudno wyobrazić sobie, by ktokolwiek przy zdrowych zmysłach oceniał dyganie jako czynność dającą się zaakceptować. [...] Coś we mnie całkowicie się wzburzyło. Zbyt wiele razy musiałam oglądać dziewczynki, od których oczekiwano posłuszeństwa, ale jeszcze bardziej irytujące było to, że zbyt często widywałam takie, które same poddawały się temu z ochotą. Odmówiłam (s. 27–28).

Konserwatyzm środowiska, w którym dorastała Kay, ma istotne znaczenie na jeszcze jednej płaszczyźnie. O ile bowiem w środowisku o bardziej liberalnym nastawieniu tego rodzaju gest mógłby zostać odebrany jako wyraz rozkapryśnienia, o tyle w środowisku silnie patriarchalnym i zhierarchizowanym gest ten może być poczytany za symptom choroby umysłowej. Nie na darmo interpretacje fenomenu dziewiętnastowiecznej hysterii czy schizofrenii lat pięćdziesiątych, dokonywane z perspektywy feministycznej, z jednej strony upatrują w zjawisku choroby psychicznej przejaw oporu wobec podporządkowania przez zmaskulinizowaną kulturę, z drugiej zaś dają wyraz represyjności tejże kultury – psychiatria byłaby tu sposobem na okiełznanie postaw buntowniczych. Co prawda nie można mówić o „psychiatryzacji” zachowań Kay przez rodzinę, jednak epizody manii w latach późniejszych i jej zachowanie w tych okresach to jawne przeciwieństwo modelu „dobrej kobiecości”, aprobowanej przez środowisko, w którym wyrosła:

Rozbieżności pomiędzy tym, kim rzeczywiście się jest, i między ukształtowanym przez wychowanie sposobem postępowania wobec innych ludzi a tym, co się dzieje podczas tych okropnych ponurych manii lub epizodów mieszanych, są ogromne i zaburzają funkcjonowanie ponad wszelką miarę. Myślę, że dzieje się tak szczególnie w przypadku, gdy ktoś, tak jak ja, jest kobietą wychowaną w wysoce konserwatywnym i tradycyjnym świecie. Moje zachowanie w okresie manii było bardzo dalekie od pełnego gracji i łagodności sposobu bycia mojej matki i jeszcze dalsze od spokojnych czasów kotylionów, tafty, jedwabiu i eleganckich rękawiczek sięgających łokci oraz perłowych guzików, gdy największe zmartwienie polegało na tym, aby przed niedzielną kolacją w klubie oficerskim upewnić się, czy wzory na rajstopach układają się równo (s. 109).

Choć Jamison pozostaje w konflikcie z wartościami reprodukowanymi w domu rodzinnym, nigdy nie musiała stawać z nimi do otwartej walki. Jak już wspomniałam, zachęcano ją do intelektualnego rozwoju i realizowania naukowych ambicji, traktując przejawy młodzieńczego buntu jako przejawy młodzieńczego buntu właśnie. Piętno, jakie na tożsamości Kay wyciska choroba, jest jednak nieusuwalne – chwilami sama Jamison rozpatruje te momenty jako wczesne symptomy choroby, która w pełni ujawni się dopiero w dorosłym życiu, zupełnie jakby wszystkie jej zachowania odbierane jako w jakiś sposób „niewłaściwe” były właśnie przejawami choroby, nie zaś przekory charakteru. Z tej dialektyki trudno jej znaleźć wyjście i jest to jedno z ważniejszych pytań, jakie zostają postawione w *Niespokojnym umyśle*: ile z tego, kim jesteśmy, należy do „nas”,

a ile do „choroby” oraz czy pozbywając się objawów chorobowych, pozbywamy się części „siebie”?

Przekonanie wpojone Kay, iż nawet gwałtowne nastroje są czymś, nad czym można i należy panować, z jednej strony oddalało moment konfrontacji z chorobą, z drugiej zaś po zaakceptowaniu diagnozy zmobilizowało ją do przeciwstawienia się tym nastrojom. Zaakceptowanie tego, co Kay niegdyś uważała za cechy charakteru i element tożsamości, jako symptomów choroby, które należy zwalczyć, nie przychodzi jej łatwo. Tym, co zdaje się ratować ją w najtrudniejszych chwilach, jest poczucie humoru, nawet jeśli uruchomione retrospektywnie:

[...] tak więc w 1971 roku rozpoczęłam studia psychologiczne. Już w ich wczesnej fazie postanowiłam zrobić coś ze swoimi zmieniającymi się nastrojami. W końcu sprowadziło się to do wyboru pomiędzy pójściem do psychiatry a kupnem konia. Ponieważ niemal wszyscy, których znałam, chodzili do psychiatry, a ja byłam absolutnie przekonana o tym, że powinnam sama radzić sobie z problemami, naturalnie kupiłam konia (s. 52).

Wspomnienia Jamison stanowią dość wyjątkowy przykład literackiego (auto)-studium przypadku właśnie dzięki perspektywie, którą otwiera praktyka kliniczna autorki. *Niespokojny umysł* w sposób harmonijny łączy element subiektywny z nieco bardziej obiektywnym oglądem lekarza. Nie brakuje w nim wspomnień osobistych, czasami przykrych, czy skupienia się na emocjonalnych szczegółach, lecz są one umieszczane w szerszej perspektywie. Kay jako narratorka zdaje sobie sprawę, iż jej los i choroba nie są wyjątkowe: jest jedną z wielu do niej podobnych, również cierpiących, lecz zarazem jedną z nielicznych, którym udało się uzyskać równowagę i prowadzić bogate, szczęśliwe życie. Dlatego *Niespokojny umysł* jest tekstem, w którym autorka usiłuje nie tyle odprawiać egzorcyzmy na demonach zamieszkujących jej niespokojny umysł, ile stara się zawalczyć o zrozumienie dla choroby, która bywa nierozumiana zarówno przez terapeutów, jak i przez społeczeństwo.

*A MEMOIR OF MOODS AND MADNESS – EXPERIENCE OF MENTAL ILLNESS,
AUTOBIOGRAPHY, LITERATURE*

Summary

The article is an attempt to characterize and define a possible generic framework for the literary phenomenon of female autobiographies and memoirs of hospitalization in a psychiatric hospital or experience of mental illness that are of interest both to the humanities (the theory of autobiography, anthropology of literature, somatopoetics, etc.) as well as the areas related to medicine (narrative medicine or sociology of medicine). To the historical analysis of the phenomenon and an attempt to reconstruct this kind of discourse from the narrative of hysterics produced in the psychoanalysts' offices, the author added the case study, which is a memoir *Unquiet Mind* by Kay Redfield Jamison, a clinician suffering from manic depression.

Trans. Izabela Ślusarek