



Monika Ładoń – dr hab., profesorka Uniwersytetu Śląskiego, polonistka, literaturoznawczyni. Zajmuje się doświadczeniami granicznymi – chorobą, starością i żałobą – w literaturze XX i XXI wieku. Tej tematyki dotyczą jej dwie książki autorskie: *Choroba jako literatura. Studia maladyczne* (Katowice 2019) i *Wyczerpane. Kobiety i choroby* (w druku). Współredagowała tomy zbiorowe poświęcone dyskursowi maladycznemu i żałobnemu: *Fragmenty dyskursu maladycznego* (Gdańsk 2019), *Fragmenty dyskursu żałobnego* (Gdańsk 2021) oraz *Being Ill: Idioms, Registers and Styles* (w druku).

Zasiada w radach: naukowej i redakcyjnej serii *ars medica ac humanitas* ukazującej się w wydawnictwie słowo/obraz terytoria. Autorka tekstów dotyczących kulturowych reprezentacji takich chorób jak: gruźlica, nowotwór, zawał, choroba Alzheimera, alkoholizm czy wrodzona łamliwość kości. W interpretacjach wykorzystuje inspiracje płynące z dyskursu maladycznego, medycyny narracyjnej, humanistyki medycznej, studiów o niepełnosprawności, somatopoetyki, krytyki feministycznej i badań nad pisarstwem autobiograficznym. Publikowała m.in. w „Tekstach Drugich”, „Kulturze Współczesnej”, „Przestrzeniach Teorii” i „Postscriptum Polonistycznym”. Obecnie pracuje nad książką poświęconą twórczości niewidomej poetki Jadwigi Stańczakowej.

Lekarz, pisarz i pacjent. O Oliverze Sacksie

Wniedawno opublikowanej książce *Mała empiria* filozofka Katarzyna Sobczuk zwracała uwagę na dwa szczególne wymiary wtargnięcia, jakiego dokonuje choroba: pierwszy jest somatyczny, drugi – językowy. „Niewidzialne dotąd ciało – pisze Sobczuk – służące przede wszystkim do przyjemności, staje się głównym bohaterem życia. Opowieści o nim i troska będą

ważnym tematem. Przychodzi tajemniczy czas zmiany perspektywy, gdy tracimy poczucie załopotania i możemy zacząć mówić o ciele. Że ono, ciało, miało tomografię – my mieliśmy tomografię”¹. Konieczność troski o ciało, wzmożona uwaga, jaką od tej pory trzeba mu poświęcać, związane są z potrzebą odnalezienia się w polu innego, obcego języka: „Sto sześćdziesiąt na dziewięć-

dziesiąt – do pewnego czasu nic nam to nie mówi, a chwila, w której to się zmienia, jest wyrazista. Poezja tych słów, szmer czystej polszczyzny: sto osiemdziesiąt na dziewięćdziesiąt, jakby balon ulatywał, a ty go ściągasz na ziemię, swobodne dotychczas życie – ukorzenione”². Doświadczenie choroby zaczyna się w mówiącym ciele, ta mowa jednak jest tyleż znacząca, co długo może pozostać

¹ K. Sobczuk, *Mała empiria*, Warszawa 2024, s. 17.

² Tamże, s. 18.

CHOROBA W DISKURSIE MALADYCZNYM

niezrozumiała, tak jakbyśmy mieli do czynienia z niemyim językiem, z ciałem mówiącym „swoim upartym, trudno uchwytnym narzęciem”³. Rolę sojusznika i rozjemcy mógłby wziąć na siebie język medyczny, wszak te banalne przykłady – tomografia, pomiar ciśnienia – pochodzą właśnie z tego pola. Nawet jeśli jest to język nieznamy, w obliczu choroby należy go szybko przyswoić, przynajmniej na poziomie podstawowym, jednak specjalistyczność żargonu powoduje, że chorujący zawsze pozostaną po stronie nie do końca wtajemniczonych. Ciemny język choroby ma przecież różnych użytkowników i stają się nimi wszyscy uczestnicy teatru chorowania: chore i chorzy, pacjentki i pacjenci, lekarki i lekarze, opiekunowie, bliscy, a nawet – i to już przywilej literatury pięknej – samoświadomy siebie guz⁴. Obcość i hermetyczność kodu medycznego nie pozwalają wszak na przesadny optymizm – kto choć raz był chory, wie, że opanujemy słownictwo jak z kieszonkowych rozmówek, ponieważ nie jest to język, w którym w gruncie rzeczy chcielibyśmy się rozgościć. Potrzeba wyrażenia choroby (nie w krzyku czy grymasie bólu) jednak nie znika. Przeciwnie, tym ważniejsze okazują się wszelkie próby poszukiwania innych sposobów mówienia o doświadczeniu chorowania – nie tyle w kontrze do medycz-

nej nomenklatury, co obok niej, na ukos wobec tego, co medyczne nie jednoznaczne.

Humanistki i humaniści od wielu lat prowadzą badania, w których do biomedycznego wymiaru choroby dopisują interpretacje kulturowych, literackich i społecznych reprezentacji choroby⁵. Sądzę jednak, że dla odbiorcy ze środowiska medycznego szczególnie wyrazistym i przekonującym przykładem będzie piszący lekarz; lekarz, którego w pewnym stopniu zawiódł język jego własnej profesji, a z pewnością okazał się niewystarczający, by opowiedzieć sedno własnego, subiektywnego chorowania i wejścia w rolę pacjenta. Zmiana perspektywy – z oglądającego i badającego inne ciała na ciało oglądane i stanowiące przedmiot badań – dostarcza nieoczekiwanych inspiracji do opowiedzenia znaczenia choroby i humanistyki w procesie scalenia swojej od tej pory podwójnej tożsamości: lekarza i pacjenta. Mowa będzie o Oliverze Sacksie, wybitnym lekarzu, naukowcu i pisarzu, w którym widzę osobę biegłą w sztuce interpretacji ciała i sztuce interpretacji słów, a przy tym antycypującą ważne dziś perspektywy badawcze: humanistykę medyczną i medycynę narracyjną.

Z autobiografii Sacksa *Stale w ruchu* wynika, że ścieżce rozwoju naukowego i praktyce lekarskiej niemal od początku karie-

ry towarzyszył rozwój pisarski⁶. Już w pierwszej książce, wydanej w 1970 roku *Migrenie*, można było zauważyć znaki rozpoznawcze pisarstwa Sacksa: wyczerpujące ciekawe przypadki medyczne, umiejętność słuchania pacjentów, dociekliwość oraz poszukiwanie adekwatnej formy do przedstawienia swych lekarskich obserwacji. Od początku swej ścieżki zawodowej Sacks odgrywał dwie role: w tym samym stopniu był lekarzem co pisarzem. Zważywszy jednak że tylko nieliczni mogli zasilić grono pacjentów Sacksa, to właśnie jego drugie wcielenie, niejako wtórne, stało się ważniejsze dla jego wiernych czytelników. Za sprawą kolejnych publikacji wzmacniał się status Sacksa jako lekarza, przechodząc w gruncie rzeczy w swój własny mit. Zaczął on uosabiać lekarza idealnego, którego na swej drodze spotkać chciałby każdy (a na pewno czytający) pacjent. Jako znamienity dowód tej tezy można potraktować esej amerykańskiego pisarza i krytyka literackiego, Anatole’a Broyarda, *Pacjent badacza lekarza*. Chorujący i umierający na raka prostaty badacz narracji chorobowych z wielką wnikliwością kreślił portrety zajmujących się nim lekarzy i nie szczędził im krytycznych ocen. Na tle ich niedociągnięć Broyard przedstawił wizerunek medyka doskonałego, uosabianego właśnie przez

3 O. Laing, *Republika ciała. Eseje o wyzwoleniu*, przeł. D. Cieśla-Szymańska, Wołowiec 2024, s. 31.

4 M. Mortimer, *Mapy naszych spektakularnych ciał*, przeł. A. Walulik, Poznań 2023.

5 Zob. np. wybór książek autorskich: I. Boruszkowska, *Defekty. Literackie auto/pato/grafie – szkice*, Kraków 2016; I. Boruszkowska, *Sygnatury choroby. Literatura defektu w ukraińskim modernizmie*, Warszawa 2018; M. Okupnik, *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*, Kraków 2018; M. Ładoń, *Choroba jako literatura. Studia maladyczne*, Katowice 2019; M. Szubert, *Choroba, ciało, grzech. Kulturowe studia maladyczne*, Opole 2022; B. Koper, *Sublingualis. Problemy i poetyki dyskursu medycznego w literaturze polskiej po roku 1989*, Gdańsk 2024.

6 O. Sacks *Stale w ruchu*, przeł. J. Łoziński, Zysk i S-ka, Poznań 2015.

CHOROBA W DYSKURSIE MALADYCZNYM

Sacksa: „Mój idealny lekarz przypominałby Olivera Sacksa. Wyobrażam sobie, jak doktor Sacks wnika w moją chorobę, jak ogląda ją uważnie niczym właściciel mieszkania, który zastanawia się, jak je przystosować do potrzeb lokatora. Rozglądałby się więc, trzymając mnie za rękę, i wiedział, co czuje człowiek na moim miejscu. Następnie spróbowałby odnaleźć jakieś dobre strony mojego położenia. Bo doktor Sacks umie sprawić, by dolegliwości przemówiły na naszą korzyść. Dojrzałby ducha opiekuńczego mojej choroby. Własnego ducha złączyłby z moim”⁷. W wykreowanym spotkaniu chodzi o diagnozę i leczenie, ale ponadto o relację, zrozumienie dwóch równorzędnych opowieści: pacjenta i lekarza. Wzajemne podmiotowe traktowanie wiąże się z wieloma wymogami wobec lekarza, od którego Broyard oczekuje przede wszystkim kompetencji i fachowości, ale również uwzględnienia w leczeniu czynników metafizycznych, charyzmy i daru opowieści⁸. Broyarda – pacjenta, który nie przestał być pisarzem – uwodzi głównie ten ostatni element: narracyjna dyspozycja dorównująca jego własnej. Chorujący krytyk przekonuje, że istnieją podobieństwa między profesją pisarza i lekarza: „U sedna medycyny leży paradoks, lekarz bowiem, podobnie

jak pisarz, musi mówić własnym głosem, którego brzmienie, rytm, dykcja i melodia wyrażają jego człowieczeństwo i który stanowi zadośćuczynienie, bo maszyna medyczna jest niema. Gdy lekarz stawia trudną diagnozę, kieruje się nie tylko wiedzą medyczną, lecz idzie także za głosem wewnętrznym. Diagnoza powstaje w natchnieniu – tak samo jak sztuka. Lekarz, chcąc nie chcąc, jest opowiadaczem i niezależnie od diagnozy może zmienić nasze życie w dobrą albo słabą powieść”⁹.

W swej praktyce lekarskiej Sacks stale wykraczał poza rutynę, by zmienić relację pacjent-lekarz. Choroba pacjenta miała stanowić ważne doświadczenie dla obu stron, miała ciekawić i prowadzić do współuczestnictwa, a tym samym osłabiać autorytarność lekarza i samotność pacjenta. Nie dziwi zatem, że źródłem pisarstwa Sacksa pozostawał gatunek medyczny, czyli *case study*. Wychoząc od słuchania opowieści pacjentów, Sacks-pisarz pracował jednak na rzecz własnej poetyki i ram narracyjnych, niekoniecznie czystych z gatunkowego punktu widzenia. Nie pisał ani artykułów specjalistycznych, ani literatury popularnonaukowej, ale własne opowieści, dla których istotnym kontekstem pozostawały nawiązania do filozofii, literatury i sztuki¹⁰. Przecięcie medycyny i hu-

manistyki uznać należy za *clou* pisarstwa Sacksa, jego sygnaturę, w której łączy opisy osobliwych przypadków z rozważaniami humanistycznymi czerpiącymi z przeczytanej przez autora literatury pięknej, słuchanej muzyki, obejrzanych filmów, kontekstów historycznych czy obserwacji społecznych. Humanistyczne pasje Sacksa odbijają się w jego książkach, a jednocześnie splatają z odkryciami medycyny narracyjnej, zwłaszcza z ideą uważnego czytania (*close reading*). W idei tej wybrzmiewa przede wszystkim wartość czytania literatury pięknej, nieodzownej w procesie kształtowania uważnego lekarza, a także celowość wykorzystania humanistycznego zaplecza (np. umiejętności analityczno-interpretacyjnych właściwych literaturoznawcom) w praktyce klinicznej¹¹. Głównym powołaniem Sacksa jest opowiadanie historii¹², co ważne jednak – opowiadanie, które nie narusza podmiotowości i intymności „przypadku”. Sacks nie jest bowiem zwykłym kolekcjonerem osobliwości, czyhającym na spektakularne choroby jak na materiał do kolejnej książki; cechuje go raczej otwartość na opowieść pacjenta, uszanowanie jego wyjątkowości, zaangażowanie i empatia. Sacks nazywał własne narracje *clinical tales*, a definiując je, wzmacniał powiązania między

7 A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, przeł. A. Nowakowska, Wołowiec 2010, s. 58–59.

8 Piszę o tym więcej w artykule *Pacjent bada lekarza*, „Kultura Współczesna” 2019, nr 4, s. 162–166.

9 A. Broyard, *Upojony chorobą*..., s. 69.

10 Zob. na ten temat M. Jędrzejek, *Nietypowe światy Olivera Sacksa*, „Znak” 2019, nr 3 (766), s. 31.

11 Zob. np. R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring of Stories of Illness*, New York-Oxford 2006, s. 107–130; A. Szugajew, *Metoda uważnego czytania (close reading) w medycynie narracyjnej*, w: *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Warszawa 2019, s. 109–124; M. Chojnacka-Kuraś, *Cele i metody kształcenia kompetencji narracyjnej w ujęciu Rity Charon (na przykładzie opowiadania Alice Munro Wiszący most)*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 86–100.

12 R. Barfield, *Doctor Who Tell Stories: Oliver Sacks and Narrative Medicine*, <https://lithub.com/doctors-who-tell-stories-oliver-sacks-and-narrative-medicine/> (dostęp: 23.02.2025).

CHOROBA W DISKURSYJNEJ MALADYCNIE

światem chorego, który opowiada o obcym i niedostępnym nam doświadczeniu, a światem pozostałych czytelników¹³. We wstępie do bodaj czy nie najświetniejszej książki – *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem* – autor tłumaczył, dlaczego jego opowieści nie są zwykłymi opisami przypadków: „Chcąc znów umieścić cierpiący, zraniony, walczący ludzki podmiot w centrum uwagi, musimy pogłębić historię przypadku, zamienić ją na opowieść. Tylko wtedy będziemy mieć »jego« czy »ją« tak samo jak »to«, prawdziwą osobę, pacjenta w odniesieniu do choroby, do tego, co fizyczne”¹⁴. Opowieści Sacksa przypominają w jakimś stopniu baśnie – nie bez przyczyny motto cytowanej książki kieruje do *Baśni z tysiąca i jednej nocy*. Osobliwi bohaterowie książek Sacksa doświadczają równie nierzeczywistych i zastanawiających przygód co ich baśniowi czy mitologiczni poprzednicy. W ten sposób osławiają dla wszystkich uczestników tego lekarsko-pisarskiego przedsięwzięcia to, co nieznane, spajając naukowość i fakt z romantyzmem i baśnią¹⁵. Ewolucje narracji Sacksa wpisują się w przemianę samej medycyny w XX wieku. Andrew John Hull dowiódł, że prace Sacksa stanowią właściwie podstawę zwrotu narracyjnego w medycynie. Jego

koncepcja miała brać pod uwagę indywidualność człowieka, jego związku z naturą oraz ujmować fuzję ciała i umysłu w określonym środowisku i w czasie choroby¹⁶. Był to wyraźny odwrót od paradygmatu biomedycznego i zwrot ku „medycynie intersubiektywnej”, integrującej to, co ludzkie z tym, co naukowe lub inaczej mówiąc – to, co przynależne opiece zdrowotnej z tym, co uznajemy dzisiaj za humanistykę medyczną¹⁷. By uwzględnić w pełni dwa podmioty, Sacks musiał zakwestionować tradycyjną relację władzy między lekarzem a pacjentem, przeformułować charakter i cel tej relacji. Dowartościowanie opowieści pacjenta miało ważne konsekwencje, ponieważ prowadziło Sacksa do zniesienia dychotomii między *disease*, czyli chorobą rozumianą jako obiektywny patologiczny proces, a *illness*, czyli subiektywnym opisem doświadczenia choroby przez pacjenta. Poszukiwania Sacksa sprowadzały się nie tylko do usłyszenia głosu pacjenta, ale i do zaprojektowania nowej roli lekarza, który ma pomóc pacjentowi zbudować inne „ja” w chorobie¹⁸. Z pewnością ważnym wydarzeniem w rozumieniu relacji pacjent-lekarz był wypadek Sacksa, jaki przydarzył mu się w Norwegii podczas górskiej wędrówki. Dochodzenie do zdrowia, a przede

wszystkim tożsamość, jaką musiał przyjąć – tożsamość pacjenta – zostały opisane w „powieści neurologicznej” *Stanąć na nogi*. Sacks przedstawia w niej podwójną opowieść: lekarza i pacjenta, a splót dwóch kompetencji – wyuczonej i świeżo nabytej – wydaje się nawet dla medycyny narracyjnej doświadczeniem osobliwym, ponieważ oferuje narrację ufundowaną z jednej strony na języku i osądzie medycznym, z drugiej – na afektach pacjenta. Tym samym chorobę jako strukturę narracyjną budują w tekście Sacksa opowieści dwóch uczestników w jednym cierpiącym ciele, wzajemnie się dopełniając i interpretując. Nowe „ja” budowane w *Stanąć na nogi* podlega ewolucji: z jednej strony Sacks nie jest w stanie porzucić lekarskich przyzwyczajzeń, zwłaszcza kiedy rozczarowany opiekującymi się nim lekarzami musi stawiać autodiagnozy; z drugiej strony boleśnie doświadcza kondycji pacjenta – odartego z intymności, poddanego wielu trudnym emocjom, bezsilnego i zdanego na innych; wreszcie – długotrwała rehabilitacja sprawia, że nie może szybko porzucić doskwierającej mu roli, przeciwnie, musi zintegrować ją ze swoim dotychczasowym „ja”. Sacks podsumowywał znaczenie chorobowego doświadczenia następująco: „zrozumiałem,

13 O. Sacks, *Clinical tales*, „Literature and Medicine” 1986, vol. 5, p. 16–19.

14 O. Sacks, *Mężczyzna, który pomylił swoją żonę z kapeluszem*, przeł. B. Lindenberg, Poznań 1996, s. 14.

15 Tamże, s. 14–16.

16 A.J. Hull *Fictional father?: Oliver Sacks and the revalidation of pathography*, „Medical Humanities” 2013, vol. 39, no. 2, p. 106.

17 Zob. A. Dauksza, *Humanistyka medyczna: o leczeniu (się) w patosystemie*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1. Badaczka definiuje humanistykę medyczną jako mający potencjał krytyczny „zespół praktyk tekstowych, wizualnych i performatywnych, które problematyzują doświadczenie funkcjonowania (w) sieci zależności oddziałujących w ramach systemu klinicznego. Z tej perspektywy humanistyka medyczna to działania i opowieści świadczące o wykluczeniu, przemocy, bezsile, mobilizacji, emancypacji, krytyce i subwersji prowadzone z różnych, często antagonistycznych wobec siebie lub rywalizujących ze sobą pozycji, dotyczące z jednej strony pacjentów i tych, którym nie dane było zyskać tego statusu, z drugiej zaś personelu medycznego” (s. 40).

18 A.J. Hull *Fictional father...*, p. 108–109.

CHOROBA W DYSKURSIE MALADYCZNYM

że trzeba samemu być pacjentem, być między nimi, przejść przez odosobnienie i wspólnotę stanu bycia pacjentem, żeby mieć właściwe wyobrażenie o tym, co znaczy »być pacjentem«, żeby zrozumieć ogrom komplikacji i głębię przeżyć – udręczenia, wściekłości, odwagi, wszystkiego – ponieważ doświadczenie bycia pacjentem zmusza człowieka do myślenia”¹⁹.

Niemal bez wyjątku negatywne obrazy lekarzy przedstawione w *Stanąć na nogi* oraz podwójna rola Sacksa, wrażliwego na różne języki: naukowy, filozoficzny, muzyczny, literacki itp., powodują, że jego opowieść mieści się w takim wariantcie medycyny narracyjnej, o którym pisał Przemysław Czapliński: „medycyna narracyjna – mieszanina rozsądku, wyrzutów sumienia i poznawczej rewolty – jest ryzykowną próbą podzielenia się z pacjentem prawem do diagnozowania. Wymaga to uznania, że w opowieści chorego symptomy mieszają się z symbolami, objawy z rozpoznaniem. Dlatego medycyna narracyjna musiała się stać sztuką interpretacji słów, a nie tylko ciała. Warunki osiągnięcia nowego celu wykroczyły jednak poza rozmowę pacjenta z lekarzem”²⁰. Sacks – jako jedyny bohater własnej narracji – rozumie wszystkie wymienione kody. Powypadkowe refleksje doprowadziły go do uzmysłowienia sobie konieczności zintegrowania obrazów „siebie samego” oraz

„siebie w chorobie”, co wydaje się istotne zwłaszcza wtedy, gdy mamy do czynienia z chorobami przewlekłymi i nieuleczalnymi. Sacks sądził, że włączenie w ten proces narracji pozwoli zobaczyć siebie zarówno jako jej podmiot, jak i przedmiot, a lekarz, przychodzący z własną opowieścią, ma pacjentowi pomóc w scaleniu siebie. Sacks wyobrażał sobie, że w ten sposób lekarz i pacjent stają się realnymi partnerami i zasypują przepaść związaną z nadużywaniem autorytetem czy odmiennymi językami, jakimi się dotychczas posługiwali²¹.

Perspektywa medycyny narracyjnej reprezentowana przez Ritę Charon pozwala opisać kilka stałych elementów metody Sacksa: ciekawość poznawczą, wiarę w sens drzemiący w każdym, pozornie szalonym i nieoczywistym, przypadku oraz przekonanie, że należy znaleźć właściwe słowa do jego wyrażenia. Sacks dowiódł, że można z powodzeniem łączyć obiektywizm i bezstronność badacza z zaangażowaniem i empatią lekarza, osiągając przy tym świetne rezultaty pisarskie. Jako praktyk wyprzedzający skodyfikowaną medycynę narracyjną uczulił na znaczenie opowieści chorego i aktywnej postawy lekarza, który chce jej wysłuchać, ale ponadto zmienić własną praktykę kliniczną pod wpływem narracji pacjenta²². Wspólnym mianownikiem łączącym Sacksa i Charon jest

niewątpliwie wiara w siłę opowieści oraz przekonanie, że pacjenci oczekują nie tylko wyleczenia, ale również spotkania z lekarzem, który by im uwierzył, pomógł zrozumieć, dlaczego cierpią, zobaczyć każdy szczegół ich choroby i ich osoby, więc i ciała, i tożsamości. Poniższe słowa Charona wydają mi się doskonale przylegać do wszystkich omówionych w tekście doświadczeń Sacksa: jako uważnego słuchacza opowieści o chorobie, lekarza potrafiącego twórczo wykorzystać potencjał narracji pacjenta i wspierającego w integracji nowego i starego „ja”, wreszcie klinicysty, który na własnej skórze odczuł wszelkie niedogodności i pożytki z kondycji pacjenta: „Nieprzerwaną jedność chorego siebie i zdrowego siebie można przywrócić do oglądu, zarówno dla pacjenta, jak i dla klinicysty, na drodze twórczych działań. Kreatywność – wykorzystywanie wyobraźni, ciekawości, wolnych skojarzeń, przyzwalanie umysłowi na wędrowanie, rezonowanie z afektywnymi sygnałami od siebie i innych – na gruncie codziennej praktyki klinicznej jest obiecującym sposobem reintegracji siebie pacjenta, rozczłonkowanego przez chorobę lub zagrożenie choroby. Jednocześnie kreatywna aktywność w rutynie klinicznej może zreintegrować poznawczo, zawodowo i emocjonalnie rozdartą podmiotowość klinicysty”²³. ■

19 O. Sacks *Stanąć na nogi*, przeł. E. Mikina, Zysk i S-ka, Poznań 2011, s. 143.

20 P. Czapliński, *Narracje i medycyna*, „Teksty Drugie” 2021, nr 1, s. 30–31.

21 A.J. Hull *Fictional father...*, p. 111.

22 R. Charon *Jak medycyna narracyjna może przysłużyć się klinice*, w: R. Charon i in., *Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka*, przeł. M. Świątkowska, red. M.K. Potoniec, H. Syzdek, Kraków 2020, s. 355–375.

23 R. Charon, E. Marcus *Narracyjna przemiana zdrowia i opieki zdrowotnej*, w: R. Charon i in., *Medycyna narracyjna...*, s. 342.