

Agata Krasowska*

Piszę więc jestem. Stawanie się podmiotowości w tekstach

Wstęp

Pisanie jest świadectwem sytuacji i przeżywanych emocji oraz metodą odkrywania i analizowania „Ja” w kontekście codziennych doświadczeń. O autoetnografii mówimy wtedy, gdy badacz(ka) wyjdzie poza ramy tradycyjnego pisania naukowego, na przykład wzbogacając materiał badawczy o opis subiektywnej perspektywy oglądu badanego zjawiska. Kreatywne praktyki analityczne (CAP) (Richardson, Adams St. Pierre 2009: 461–463) mogą obejmować m.in. autoetnografię, poezję, dramat, teatr, opowiadanie. Może to być każda forma pisarskiego lub udratyzowanego opowiadania na dany temat. Autorem opowiadania może być badacz, który przyjmuje strategię zderzenia narracji własnej z tą, którą prezentuje osoba badana. Celem jest pokazanie różnorodności dyskursów, w których język, jakim posługuje się osoba badana, konstruuje podmiotowość. Chodzi zatem o odnalezienie owej podmiotowości w zaprzeczeniach porządku strukturalnego i instytucjonalnego. Dodatkowym celem autoetnografii jest przekładanie perspektyw oglądu, czyli przedstawianie tego, co osobiste w kontekście tego, co polityczne.

Pytania o autoetnografię

Autoetnograficzny charakter danych dotyczy dwóch perspektyw spojrzenia na problem: autorki dziennika o pseudonimie Irmina)¹ oraz badaczki (autorka artykułu – AK). Ich teksty zawierają spisane własne doświadczenia osób dzielących doświadczenie choroby i jej kontekstów – jako pacjentki szpitala psychiatrycznego

* Doktor, adiunkt w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego; krasowska@wns.uni.wroc.pl.

¹ Dziennik Irminy powstał między majem i czerwcem 2012 r. podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym.

oraz jako badaczki czytającej dziennik. Tu pojawiły się pytania badawcze: na ile jako badacze i badaczki jesteśmy w stanie i możemy przekroczyć granice własnej prywatności przy zachowaniu rygorów rekonstrukcji doświadczenia badanego? Na ile jest to potrzebne dla odzwierciedlenia określonych sytuacji i emocji? Na ile jest uzasadniony zabieg wpłytywania w sytuację badawczą własnych doświadczeń? Bardzo długo zastanawiałam się nad ujawnieniem, iż jestem głęboko uwikłana w przedmiot badawczy. Targały mną obawy, co się stanie, jeśli ujawnię właśnie fakt, że choruję na depresję i doświadczenia autorki pamiętnika są mi 'intymnie' bliskie. Starłam się zdystansować do tej problematyki, ale nie potrafię wystarczająco wyjść poza własne doświadczenie choroby. Postanowiłam więc moje doświadczenie wykorzystać. Wybrałam autoetnografię, która, choć jest kontrowersyjna i bywa marginalizowana (por. Zakrzewska-Manterys 1995), daje możliwość badania relacji między jednostką a kulturą. Plummer (2012: 79–80, za: Byczkowska-Owczarek 2014: 196) rozumie tę metodę jako konieczność:

pisania dziennika z momentów choroby, doświadczenia bólu, gdyż są to doświadczenia absolutne i trudne, że człowiek wypiera je z pamięci, zapomina, nie jest w stanie przywołać ich i spisać w późniejszym czasie.

Dzięki wykorzystaniu autoetnografii widać, że płęć (identyfikuję się jako kobieta), doświadczenie (choruję na depresję) są „narzędziami konstruowania świata symbolicznego i rzeczywistego, a nie jedynie spełnieniem wymogu politycznej poprawności” (Richardson, Adams St. Pierre 2009: 464). Badania autoetnograficzne nie tyle są pracą nad tożsamością badacza, co rodzą pytania o tożsamość badacza szczególnie wtedy, gdy ocenia on negatywnie np. wybory życiowe osoby badanej. To, jak piszemy o podmiocie badań, wynika z uwikłania badacza w określony rodzaj doświadczenia. W moim przypadku choroba wpływa na przepracowanie mej tożsamości, a także daje możliwość komparatystyki doświadczeń. Stąd pojawia się pytanie związane z problemem przekładalności perspektyw, mianowicie czy i w jakim stopniu moje doświadczenia przekładają się na doświadczenia autorki dziennika? Jak przedstawia się kwestia ograniczeń interpretacji, które rozumiem jako wpływ interpretacji badaczki na interpretację badanej. Ów wpływ można jedynie minimalizować, co starałam się czynić. Jednak wspólne obszary doświadczenia, między badaczką i badaną, stwarzają relację opartą na niektórych wspólnych elementach ich tożsamości. W ten sposób powstał pierwszy (I t) i drugi (II t) tekst autoetnograficzny², będący interpretacją dziennika o doświadczaniu choroby psychicznej. Jako że nie istnieje możliwość dotarcia do ostatecznej, źródłowej prawdy tekstu lub myśliciela, zawsze będą to interpretacje, w myśl stwierdzenia F. Nietzschego (1994: 211), że „właśnie fakty nie istnieją, tylko interpretacje”.

² O nich szerzej w części „Metodologia”.

Jaką rolę wobec tego odgrywa fakt ujawnienia mojej choroby? To bardzo intymne wyznanie pozwoli mi na komentowanie doświadczeń opisywanych przez autorkę dziennika, ponieważ „autoetnografia jest tekstem performatywnym [...] który sięga w głąb nas, czekając, aż ktoś odegra go na scenie” (Denzin 1997: 199, za: Jones 2009: 179). Posługując się autoetnografią, badaczka analitycznie przygląda się swojemu doświadczeniu, generując pytania o tożsamość i podmiot. Jednocześnie należy zauważyć, że tak prowadzone badanie jest częścią wymiany pomiędzy wymienionymi osobami. Jak pisze Anna Wyka

sytuacje badawcze stają się sytuacjami wymian: przede wszystkim wiedzy (kompetencji) społecznej, ale i nie tylko. Badacz, zrezygnowawszy z „roszczenia do pozycji uprzywilejowanej poznawczo” (K. Nowak) traci często zarazem swe, można by rzec, uprzywilejowanie psychologiczne, które dawała mu bezpieczna rola neutralnego obserwatora „z góry” (Wyka 1993: 24).

Oznacza to, że badacz także ponosi konsekwencje psychologiczne uczestnictwa w procesie badawczym. Jego „Ja” zostaje obnażone do pewnego stopnia, co oznacza, że nie może schować się za tak zwanymi twardymi danymi, ale wychodzi naprzeciw temu, co dzieje się z emocjami. Czyli socjolog przestaje grać rolę kogoś uprzywilejowanego, kto wypowiada się z bezpiecznego pułapu. W ten sposób otwiera się kontakt badawczy między Irminą i badaczką, a relacja pomiędzy nimi uzyskuje specjalne warunki badawcze, gdyż doświadczenie badaczki pozwala na głębsze zrozumienie doświadczeń Irminy (Wyka 1993: 25).

Autoetnografia, jako że wyzwala i emancypuje³, ma, po pierwsze, funkcję terapeutyczną. Może być zatem głosem przeciwko dyskryminacji i piętnowaniu współczesnych szaleńców. Jak pisał Foucault (1987), do końca wieku XVIII szaleńcy chodzili luzem po świecie, dziś zamykani są nie tylko w zakładach psychiatrycznych, ale ulegają panoptycznemu społeczeństwu. Po drugie, konstruowania świata społecznego, który nie jest obrazem statystycznej ‘osoby’, lecz jej osobistą narracją doświadczenia, powoduje, że akt pisania „jako metoda badawcza, jest spójna z rozwojem jednostek zaangażowanych w społeczne działanie i reformy” (Richardson, Adams St. Pierre 2009: 457).

³ Należy wskazać na problem roli autoetnografii jako zjawiska działającego emancypująco. Mając na uwadze siłę sprawczą wynikającą z publikacji Elżbiety Zakrzewskiej-Manterys, *Down i zespół wątpliwości*, chciałabym zaznaczyć, że w niniejszym tekście autoetnografia ma działać nie tyle emancypująco, ile być aktem uświadomienia sobie znaczeń, w jakich funkcjonujemy. Proces ten jest w pewnym sensie wyzwalający, bardziej niż emancypujący. Natomiast, jeśli autoetnografia miałaby emancypować, to poprzez uświadamianie innym własnego doświadczenia i wyjście poza alternatywne schematy interpretacyjne.

Metodologia

Problemem, przed jakim stanęłam, było to, jak czytać dziennik Irminy, który ma przecież intymny charakter. Założyłam, że przyjmę perspektywę postfenomenologiczną, a więc skoncentruję się na opisie doświadczenia, by dotrzeć do tego, co źródłowe. Tekst w postfenomenologii koncentruje się „na doświadczeniach radykalnych, [...] granicznych, opisujących cierpienie, traumę, zdziwienie” (Murawska 2013: 388). Czytając nie byłam w stanie uniknąć osobistych interpretacji, toteż na marginesie zapisywałam równoległy tekst w postaci uwag, komentarzy, co można traktować jako Ricoerowską płaszczyznę interpretacji: „interpretować to objaśniać ten rodzaj »bycia-w-świecie«, jaki się rozpościera przed tekstem” (Ricoeur 1989: 237)⁴. Między tekstem a badaczką tworzy się dialektyka, która jest wynikiem interpretacji i rozumienia⁵. To, co interpretowałam, ukazywało możliwość *bycia-w-świecie*, a ja włączałam tę dialektykę w moją wizję rzeczywistości. Tekst stał się swoistym pośrednikiem w dążeniu do zrozumienia siebie samej. Problem polegał na tym, że moja pierwsza autoetnografia (I t) wyrażała głębokie zaangażowanie emocjonalnie w przeżywane przez autorkę dziennika stany. Moje przeżycia w pewnych miejscach zaczęły zlewać się z przeżyciami Irminy, tak że trudno było wyczytać z tekstów te interpretacje, które pojawiły się w moim tekście. Tekst ten ocenizowałam, ponieważ nie byłam w stanie analizować tak intymnych zwierzeń. Ujawniło się moje totalne zaangażowanie w opisywane fakty. Wtedy też postanowiłam napisać drugi tekst autoetnograficzny (II t)⁶, w którym ujawniam własne uwikłanie w przedmiot poznania. Przed przystąpieniem do pierwszej autoetnografii nie zamierzałam odkrywać mojego doświadczenia choroby.

Pierwszym analitycznym krokiem było sporządzenie w pierwszym tekście autoetnograficznym opisu kategorii wraz z cytatami i interpretacjami, wynikającymi z moich doświadczeń jako badaczki chorej na depresję. Tak powstała, wspomniana już, owa kilkudziesięciostronicowa narracja o doświadczeniach zawartych w dzienniku Irminy, stanowiąca punkt wyjścia dalszych analiz. To narracja zawierająca opis kategorii, bez stawiania pytań badawczych i rekonstrukcja kwestii zawartych w dzienniku, w którym badaczka, siebie czyniąc świadkiem relacjonującym przeżycia Irminy, wplotła własne ‘intymne’ doświadczenia. Tym

⁴ W ten sposób dwa lata po dzienniku Irminy powstał pierwszy tekst autoetnograficzny (I t), mający 47 stron maszynopisu. Dotyczy on omówienia dziennika Irminy z zastosowaniem 14 kategorii.

⁵ Dziękuję Grażynie Woronieckiej za zwrócenie uwagi na problem dotyczący związków autoetnografii z socjologią wiedzy. Wskazana kwestia jest istotnym i ciekawym obszarem badawczym, na który w tym artykule trudno będzie niestety znaleźć wystarczająco dużo miejsca. Zamierzam jednak odnieść się do tej kwestii w innym opracowaniu.

⁶ Drugi tekst autoetnograficzny (II t) powstał trzy miesiące po pierwszym, a jego objętość to 20 stron maszynopisu. Jego najważniejsza tematyką są sytuacje w szpitalu.

samym, niejako ‘na marginesie’ dziennika Irminy, powstał równoległy tekst auto-etnograficzny badaczki, będący obszarem istotowych odniesień do opisów Irminy. Tym sposobem uzyskujemy dostęp do szerszego kontekstu badania, czyli dokumentujemy proces stawania się zarówno Irminy, jak i badaczki. Jako badaczka bowiem

staję się, oglądając swoje życie przez soczewkę socjologiczną, w pełni realizując ‘socjologię’ postulowaną przez C. Wrighta Millsa – jako skrzyżowanie tego, co biograficzne, i tego, co historyczne (Richardson, Adams St. Pierre 2009: 466).

Następnym krokiem w I t i II t było konstruowanie kodów analitycznych i kategorii badawczych. Kodowanie bezpośrednio powiązane z moim doświadczeniem polegało na nadawaniu etykiet, które następnie w procesie poszukiwania związku między doświadczeniami traktowałam jak fenomenologiczne, rozrastające się kłące. Czytanie dziennika Irminy przez badaczkę mającą podobne doświadczenia (niekiedy wręcz identyczne, o których mogłaby mówić językiem badanej) powodowało, że oba teksty rozrastały się, ale zmierzały każdy w *swoją stronę*, co tworzyło pozór podobieństwa doświadczeń, ukazując jednocześnie ich różnicę. M. Murawska (2013: 388) istotnie zestawia postfenomenologię i Deleuzjańskie kłące, wskazując na rozrastający się tekst, który powtarza pozornie to samo, pozornie tylko nieuporządkowane, a jednocześnie wyrażające to, co opisuje doświadczenia radykalne, graniczne; zawierające cierpienie, traumę, zdziwienie. Przypatrywanie się tekstom z perspektywy kłacza najlepiej oddaje doświadczenie depresji. Nie chodziło mi o odczytanie struktur języka, ale właśnie o to, jak przeżywane jest doświadczenie. Deleuze i Guattari (1988: 237) objaśniają kłące następująco:

Nie rozpoczyna się ani nie kończy, jest zawsze w otoczeniu pomiędzy rzeczami, międzybył, intermezzo. Drzewo jest filiacją, ale kłące jest aliansem, jedynie aliansem. Drzewo narzuca czasownik „być”, zaś kłące ma jako pasmo koniunkcję „i...i...i...”

Kłące właśnie rozrasta się w różne strony, tak jak doświadczenie. To, czego już doświadczyliśmy i jest częścią nas, nakłada się na nowe sytuacje i w ten sposób jest na nowo przeżywane.

Trzecim krokiem było nabranie dystansu do powstałego opracowania auto-etnograficznego. Tekst, który powstał (II t) przy zastosowaniu identycznej procedury badawczej jak w I t, był opowieścią o doświadczeniu depresji przez Irminę i moim. Dlatego kolejnym, czwartym krokiem było postawienie następującego, głównego pytania badawczego: w jaki sposób Irmina buduje swoją tożsamość i podmiotowość, która pod wpływem choroby musi zostać zredefiniowana. Aby na nie odpowiedzieć, wyróżniłam centralną kategorię analizy, jaką jest sposób doświadczania choroby psychicznej. W tym celu analizowałam dziennik Irminy

oraz pierwszy i drugi tekst autoetnograficzny. Przedstawiony krok pierwszy pomógł mi w ustaleniu kategorii szczegółowych. Odnoszą się one między innymi do kwestii autorefleksji nad tym, czym jest dla mnie pisanie jako metoda badawcza. Poszukuję zatem szerszego kontekstu doświadczenia choroby. Ostatnim natomiast krokiem jest formułowanie wyłaniającej się teorii i wniosków.

Kategoria centralna – doświadczanie choroby

Przejdźmy teraz do analizy autoetnografii. Kategorią centralną jest pytanie, co to znaczy „doświadczenie choroby psychicznej”? Znaczenie doświadczania choroby psychicznej określa 14 wyróżnionych na podstawie analizy tekstu kategorii szczegółowych⁷, z których na potrzeby niniejszego tekstu wybrałam tylko jedną, mianowicie *szpital psychiatryczny* i tak też zatytułowałam następną część artykułu. Szpital psychiatryczny to stygmatyzowane i owiane tajemnicą miejsce odosobnienia, które ukazuje, jak język tworzy „konkretny obraz rzeczywistości i własne Ja. Tworzenie ‘rzeczy’ wiąże się z wartościowaniem – co stworzyć, jak to nazwać oraz jaki będzie stosunek między tym czymś, a twórcą” (Richardson, Adams St. Pierre 2009: 457). Twórczynią dziennika jest Irmina, pisząca go podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym, do czego wykorzystuje posiadany tam osobisty komputer. Strukturę dziennika określają mijające po kolei dni w ciągu ponad sześciu tygodni wiosny roku 2012. Irmina ma 37 lat, jest matką i mężatką, która po latach małżeńskiego życia, przyznaje się sama przed sobą do wypierania homoseksualizmu. Na depresję choruje prawdopodobnie od dziecka, choć przez wiele lat żaden z lekarzy nie postawił takiej diagnozy. Irmina leczyła się wobec tego na wiele innych schorzeń, które upośledzały jej sferę somatyczną, utrudniając tym samym codzienne życie.

Dziennik przedstawia ścieranie się dwóch światów: świata norm społecznych i kulturowych, które autorka zsocjalizowała jako swoje własne, oraz świata indywidualnych potrzeb i pragnień, które w trakcie choroby sobie uświadamia. Można powiedzieć, że chodzi w nim o nabywanie świadomości siebie, odrywanie się od skryptów i kalk kulturowych i pójście drogą, która wskazuje, że prawda jest w nas, tylko musimy ją odkryć.

Do analizy wybrałam fragmenty, w których Irmina opisuje relacje z innymi pacjentami w rzeczywistości szpitala psychiatrycznego, czemu poświęciła najwięcej wpisów dziennikowych. Szpital to miejsca nasycone takimi sytuacjami społecznymi, w których wygrywa ciekawość względem innego chorej(go). Istotną

⁷ Ból, Permanentny lęk, Cierpienie, Relacje z ludźmi, Prawo do bycia sobą, Szpital psychiatryczny, Leki, Nienormalność – normalność, Objawy, Chorowanie, Samotność, Samookaleczanie się, Homoseksualizm, Zdrowienie.

kwestią jest również wymiar polityczny autoetnografii. Oznacza on, że analiza ma ważny społecznie cel, mianowicie ma zwrócić uwagę na społecznie marginalizowaną kategorię osób chorych psychicznie.

Szpital psychiatryczny – analiza

Fragmenty dziennika to zapiski dotyczące spotkań, rozmów i obserwacji doświadczeń innych pacjentów. Irmina skupia się na przekazaniu doświadczenia choroby „Innego”, obecnego tuż obok w tym samym czasie. Obserwacje są dla niej ważne, ponieważ stanowią element jej własnego doświadczenia choroby. Irmina nieustannie poprzez rozmowę przegląda się w chorujących innych, zaznaczając tym samym swoją obecność w szpitalu.

Szpital psychiatryczny jest organizacją, która ma realizować jasno wyznaczone zadania, jest systemem skoordynowanych działań oraz posiada wyraźne granice, np. jest odgradzona od świata zewnętrznego i „zamykana na klucz”. Nawet krótkotrwale wyjście z niej jest zależne od reguł panujących wewnątrz oddziału psychiatrycznego, co oznacza, że istotną rolę w hierarchii norm odgrywa pozwolenie wydawane przez personel na spotkanie ze światem zewnętrznym. W związku z tym, że fizyczne i normatywne granice szpitala wyznaczają podejmowane przez chorych określone działania, ważnym elementem dziennika są opisy radzenia sobie w instytucji totalnej:

uważa się, że domeną człowieka jest nieustanna słabość; konieczne są kompromisy, należy okazywać zrozumienie i stosować odpowiednie środki zapobiegawcze. Sposób, w jaki w danej kulturze formułuje się ograniczenia, co do wykorzystania jej uczestników, wydaje się jedną z najważniejszych cech (Goffman 2011: 171).

I właśnie ten sposób formułowania przez instytucję szpitala ograniczeń jest obecny w narracji Irminy. Czytając dziennik przekonujemy się, że szpital to miejsce o ustalonej strukturze dnia i tygodnia, z którego wyjść można tylko za pozwoleniem personelu. Relacje między pacjentami ma określać nie tylko wywieszony na korytarzu nieopodal wejścia regulamin, ale przede wszystkim nadzór prowadzony przez pielęgniarki i animatorkę (w dni powszednie mniej więcej między 10.00 a 12.00). Nadzór polega na przykład na tym, że pielęgniarki, a wieczorem również lekarz

patrzy co robisz z dropsami [lekami psychotropowymi, benzodiazepinami itp. – przyp. AK]. Dostaje się lek do ręki (wcześniej był rozdysponowany do kieliszków-podajników przez pielęgniarki). Teraz trzeba go włożyć do ust i połknąć, i to jest moment, gdy nie jesteś spuszczana z oczu, dopóki nie przełkniesz popijając wodą. Nie masz prawa wziąć leku do ust i odwrócić się od pielęgniarek czy lekarza. Musisz pokazać, że gorliwie pochłaniasz prochy. Im gorzej się czujesz, tym bardziej sprawdzają. Zaglądają niemal do ust. Obok w zabiegowym (bo tam łykamy leki) wiszą pasy [...] A najlepsze jest to, że oni widzą, że się źle czujesz i wtedy nadzorują jeszcze bardziej! [29-05-212 wt. g. 16.18]

Szpital ogranicza, ale jednocześnie tworzy stosunkowo bezpieczny świat, nad którym czuwa personel szpitala. Irmina pisze, że im bliżej terminu wyjścia ze szpitala, tym więcej ma obaw o to, jak poradzi sobie w świecie zewnętrznym. To są zresztą obawy wielu osób chorych psychicznie, co potwierdzają także moje własne doświadczenia. W szpitalu nie trzeba się ukrywać, bo jest się podobnym do innych, normalnym. Irmina tak charakteryzuje społeczny świat szpitala:

Wiek nie ma znaczenia w szpitalu. Choroba zrównuje nas wszystkich tu obecnych. Przytulałam teraz O.; ja choruję na depresję ciężką i chyba dwubiegunową, a ona na depresję, borderline i histerię maniacką. Była czysta, miała wplatany warkocz. Od 3 dni nie może przełykać śliny [...] [30-05-2012 śr. g. 11:23].

Następnie narratorka przechodzi do wątku spotkania 'Innego' w szpitalu:

Dotknęłam cierpienia. Dotknęłam cierpiącego człowieka, wyjącego z bólu, z przymrużonymi oczyma, półprzymkniętymi, spoglądającymi na mnie z ciekawością, niebłagannie. Ona zdaje sobie sprawę, że nie ma do czynienia z magiem, ale z kolejnym cierpieniem. Spotkały się dwa cierpienia. Jedno ma 18 lat, drugie 37 lat. Kobiety: młodsza i starsza. Starsza zaczęła młodsza na korytarzu, gdy pielęgniarka zaplatała jej włosy w formie warkocza wplatanego. Powiedziałam jej, że ładnie wygląda [30-05-2012 śr. g. 13:16].

Przytoczony fragment dziennika dotyczy tematu spotkania dwóch kobiet w różnym wieku, które odczuwają cierpienie a połączyła je wspólna sytuacja społeczna. Temat ten zostaje rozwinięty w kierunku opisu interakcji w instytucji totalnej, którą, co istotne, może być również choroba, budująca mur graniczny i zamykająca w jego obrębie. Choroba psychiczna oddała tym samym rzeczywistość. Spotkanie z drugim, również chorym, człowiekiem stwarza sytuację, w której osoby chore przyglądają się sobie z ciekawością. Z własnego doświadczenia wiem, że kontakt z innym chorym, odczuwającym podobne stany, jest kojący. Wyzwała bowiem poczucie, że nie jest się samemu z własnym cierpieniem, które narzuca choroba psychiczna. Sytuacja zamknięcia pozwoliła dwóm nieznanym się wcześniej osobom na zbliżenie fizyczne: „przytulałam ją, głaskałam po plecach i włosach, ale i psychiczne: dotknęłam cierpienia. Dotknęłam cierpiącego człowieka”. Zbliżenia te są możliwe dzięki wspólnemu doświadczeniu choroby, będącej tym punktem, w którym spotyka się różnorodność („Wiek nie ma znaczenia w szpitalu. Choroba zrównuje nas wszystkich tu obecnych”). Irmina kategoryzuje doświadczenia, zauważając: „ja choruję na depresję ciężką i chyba dwubiegunową, a ona na depresję, borderline i histerię maniacką”. Choroba emanuje akcentem padającym w tekście na objawy choroby psychicznej. Autorka twierdzi, że „O. od 3 dni nie może przełykać śliny”, co dla chorej jest cierpieniem. Dlatego zaraz potem pojawia się wątek o dotykaniu cierpienia i dotykaniu cierpiącego człowieka.

Historia ta sprowadza się do konstatacji na temat kontekstu wydarzenia. Otóż relacje między pacjentkami stają się bezpośrednie. Łączy je wspólnota doświadczenia i dają sobie wzajemne wsparcie. Wiek przestaje być elementem różnicującym. Różnice nie zostają zawieszane, lecz nabierają innego wymiaru. Jednym z ich istotnych elementów są objawy m.in. psychotyczne, depresyjne, maniakalne. W takiej instytucji o tożsamości decyduje przede wszystkim fakt chorowania i bycie pacjentką szpitala psychiatrycznego. Szpitalne znajomości między pacjentkami zazwyczaj zaczynają się od omówienia objawów i z czasem przechodzą w relacje, które opierają się na podejmowaniu prób wzajemnej empatii. Widać także ciekawość skierowaną w stronę drugiego człowieka, który ma podobny problem. Kwestie te wybrzmiewają w szpitalu jako specyficznym środowisku społecznym:

szpital, tak jak cywilizacja, jest miejscem sztucznym, w którym przeniesionej w nie chorobie grozi utrata jej istotowego oblicza. [...] ogólnie biorąc, kontakt z innymi chorymi w tym zapuszczonym ogrodzie, w którym mieszkają się gatunki, zmienia samą naturę choroby i czyni ją mniej czytelną (Foucault 1999: 36).

Oznacza to, że choroba nabiera znaczenia w kontekście budowania głębszych, przyjacielskich relacji z innymi chorymi. Pojedyncze cierpienie spotyka drugie i zaczynają sobie pomagać przez rozmowę i gesty. Ubierają w słowa samopoczucie, a wspólnota doświadczeń pozwala im pogłębiać relacje:

Umówiłam się z Konstancją na rozmowę w przyszłym tygodniu, pacjentką tutejszego oddziału leczącą się na schizofrenię. Powiedziała: a ja to mam taką jakąś schizofrenię i uśmiechnęła się promiennie i lekceważąco [01-06-2012 pt. g. 21:27 psychiatryk].

Poznające się osoby przedstawiają dolegliwość, chorobę, na którą cierpią. Schizofrenia, depresja czy histeria maniakalna ma tutaj znaczenie identyfikujące, co oznacza, że są to elementy tożsamości, którymi etykietują się pacjenci. Zainteresowanie współpacjentem, to zainteresowanie chorobą, która w tych okolicznościach jest normą:

Życie na planecie K-Pax jest interesujące. Ludzie interesują się sobą wzajemnie. Defekty są normalne. Nikt ich nie zauważa o tyle, jeśli ktoś nie potrzebuje wsparcia. O. wije się na korytarzu, pod łóżkiem, jęczy, że boli, mięśnie. Śniadanie je z zamkniętymi oczyma. Potem przemierza żołnierskim krokiem długi szpitalny korytarz. To krok żołnierza po bitwie, jednak nie ma w nim ulgi, ponieważ zaraz następna fala wroga rzuci się na jej ciało. To boli, cierpi, jej twarz jest opuchnięta i wyraża niemoc i cierpienie, czasem agresję. Jestem w lepszej sytuacji – mogę pisać [so. 26-05-2012 g. 19:30 psychiatryk].

Życie w szpitalu psychiatrycznym jest interesujące, ponieważ ludzie interesują się sobą wzajemnie. Defekty, które są niesubordinacją normatywną, są normalne, ale czy rzeczywiście jest to miejsce, gdzie rama normalności ustala się

w opozycji do świata poza instytucją totalną? Wiedza potoczna może bowiem sugerować istnienie takiego rodzaju *szaleństwa*, jako odstępstwa od normalności⁸. Ale zważyć trzeba na fakt, że w szpitalu psychiatrycznym istnieją ramy normalności, które są bezpośrednim odniesieniem do norm występujących w świecie poza instytucją totalną. Pacjenci zauważają zachowania łamiące normy i tak też jest w wypadku Irminy, która odnotowując je, zauważa rzeczywistość szpitalną i szuka kontaktu z innymi pacjentami. Te poszukiwania splatają się z podobnymi działaniami innych pacjentów, gdyż w związku z tym, że w szpitalu każdy pacjent jest chory, można poczuć się tu bezpieczniej niż poza nim. Jest to czas na doświadczanie choroby widzianej z perspektywy własnej i innych chorych. Można zaryzykować stwierdzenie, że wymieniając się diagnozami i opisami objawów, próbują być lekarzami dla siebie nawzajem:

Zawaliło się i trzeba szukać ścieżki od początku. Mam ochotę nie żyć. Rozmawiałam teraz na fajce z pewną starszą panią, która po sześciu tygodniach wychodzi do domu. Zawsze, gdy ją zagadywałam mówiła, że czuje się źle, że nic jej nie cieszy – wnuki, dzieci. Nie chce żyć. Kiedyś próbowała popełnić samobójstwo łykając 60 sztuk tabletek. Znalazła ją siostra chyba, miała płukanie żołądka i przeżyła. Mówi, że bałaby się popełnić samobójstwo tak jak dokonuje się eutanazji w Szwecji. Czeką na śmierć, a ona nie przychodzi. To straszne – wypisują ją, bo nic nie dało się zrobić, żadne leki nie wyleczyły jej z depresji. To pesymistyczna prognoza, mam nadzieję, nie dla mnie. Nie mogę doczekać się terapii. Chcę wyć, ciąć się [g. 19:39, pn. 11-06-2012].

Z jednej strony pacjenci pomagają sobie, a z drugiej potrafią odebrać nadzieję na poprawę stanu. Chroniczność depresji w powyższym fragmencie jest przytłaczająca, gdyż Irmina używa takich stwierdzeń, jak: „zawaliło się i trzeba szukać ścieżki od początku; mam ochotę nie żyć; popełnić samobójstwo; czeka na śmierć; żadne leki nie wyleczyły jej z depresji”. Jest to narracja ukazująca złe samopoczucie, może nawet kryzys nadziei na wyzdrowienie, ale nie totalne załamanie, ponieważ Irmina zaznacza, że „trzeba szukać ścieżki”, że właśnie na nowo podejmuje się tego zadania. Szuka jednocześnie głębszych pokładów nadziei, co jednak nie następuje, ponieważ trafia na rozmówczynię, która nie wierzy w możliwość wyzdrowienia i wyraża już tylko oczekiwanie na śmierć. Poszukiwanie ścieżki jest natomiast związane z nadzieją, jaką daje terapia.

Można tę wypowiedź umieścić w szerszym kontekście, mianowicie w społecznym przyzwoleniu na dokonywanie eutanazji. Rozmówczyni Irminy nie boi się samej śmierci, lecz pewnych sposobów jej wykonania. Eutanazja na życze-

⁸ Należy podkreślić, że w szpitalu, mimo obszarów charakterystycznych dla „szaleństwa” („obszar odstępstw”), są i te, które odwołują się do „normalności”. Chorzy psychicznie są w szpitalu, bo chcą być „normalni”, a więc chcą zyskać harmonię z rzeczywistością, w której żyją. Ich „nienormalność” dotyczy stanu, który można określić jako „wariowanie z bólu”, skutkiem czego robią coś, czego tak naprawdę nie chcą. To jednak jest już problemem na inny tekst.

nie, dokonywana np. w Szwecji, wywołuje w niej obawy. Wynikają one z tego, że w polskim kontekście kulturowym, przesiąkniętym katolicką nauką i tradycją, samobójstwo zasługuje na potępienie. Ta negatywna waloryzacja aktu odebrania sobie życia, może być źródłem lęku również rozmówczyni Irminy, która zresztą też myśli o tym, żeby *nie żyć*. Jednakże fragment narracji wskazuje również na poczucie siły, gdyż, jak wskazywano wcześniej, Irmina wyraża nadzieję. Owszem chce *wyć*, *ciąć się*, ale mówi też o rozpoczynaniu *od początku*. Chce dokonywać aktów samookaleczenia, ale to jest bardziej wołanie o życie, aniżeli o śmierć.

Instytucja szpitala psychiatrycznego określa w dużym stopniu częstotliwość i charakter relacji między pacjentami. Władza personelu decyduje o tym, kto z kim powinien przebywać w sali chorych:

Znów roszały. Pięć fajnych dni z G. i K. w jednym pokoju. [...] Chce mi się płakać. Dziewczyny są roztrzęsione, ale bez paniki. K. jest przykro. Nam też. Przyjdzie jakaś A. Jakie znaczenie mają te roszały pacjentów? Żeby osobę zdopingować, aby uczucia się ruszyły i tu chyba chodzi o K., która jest zablokowana. Zachowuje się jakby nie miała emocji. K. ma niesamowitą blokadę. Nie ma zaufania i ma w oczach lęk. K. wpasowuje się w przestrzeń, nie rozkłada swoich rzeczy, nie anektuje przestrzeni, jest kameleonem. Prawdopodobnie to celowy eksperyment z tymi przewodzącymi. K. czuje się zagubiona. My trochę też, bo to oznacza, że to oni – personel ma władzę. K. chodzi w kółko [g. 9:23, 6-6-2012 psychiatryk].

Pacjenci przyzwyczajają się do swojej obecności. Każda zmiana wprowadza niepokój, gdyż relacje między nimi tworzą silne więzi. Niepokój związany z przewodzątką jednej z pacjentek zmienia układ społeczny w pokoju. Pacjentki próbują porównywać nową sytuację z tą sprzed zmiany. Nad nią bowiem panuje personel, podejmując odpowiednie działania, a pacjentki w zasadzie podporządkowują się nowej sytuacji. Dzieje się tak, pomimo że odnajdujemy wpis w dzienniku na temat kroków, jakie podjęła osoba przeprowadzająca się. Mimo odczuwanego przez nią stanu dezorientowania, „szuka dra Cz”, by zapytać o możliwość pozostania w dotychczasowym miejscu.

Relacje między pacjentami to skomplikowana sieć różnorodnych relacji. Mimo że personel skrzętnie pilnuje, by nie dochodziło pomiędzy pacjentami do naruszenia przestrzeni osobistej, nie jest w stanie w pełni kontrolować takich sytuacji:

Rozmawiam z tą durną O., która mnie pragnie, która patrzy mi w oczy i sądzi, że może mnie mieć. Bo ona łamie tabu. Robi ze swoim ciałem to, co chce. Ona je pokazuje, pokazuje, że jest to jej ciało międląc piersi, wyciskając laktacyjny skutek uboczny leków. Zagląda. Głodzi brzuch. Łamie przestrzeń. Jest inteligentna. Ale też i agresywna. Do mnie nie. Nawet ją lubię [g. 9:23, 6-6-2012 psychiatryk].

Fragment ukazuje homoseksualne napięcie w koedukacyjnym miejscu. Szpital psychiatryczny nie jest przestrzenią wolną od pożądania seksualnego, mimo że personel kontroluje pacjentów. Widać, że autorka nie obawia się osoby, która

zachowuje się w ten sposób. Raczej nie widzi szans na budowanie intymnej relacji w warunkach instytucji totalnej. Jeśli już nie łamanie reguł władzy i kontroli szpitalnej, to przynajmniej próba wyjścia poza nie, jest upodmiotawiająca.

Stałym elementem jest budowanie relacji opartej na opowiadaniu o sobie, które nie tylko ma moc terapeutyczną, ale również zaznacza obecność osoby w tym miejscu. Każdy ma do opowiedzenia swoją historię:

Nakręca mnie jak koniecznie chcę mówić o sobie rozmówcy, który coś mi np. o sobie opowiada. Nakręca mnie to, że myślę, że muszę się tłumaczyć całemu światu ze swego istnienia [g.10:33, czw. 14-06-2012 psychiatryk].

Opowiadanie o sobie *nakręca* Irminę, jest tłumaczeniem się przed innymi ze swego istnienia. To danie sobie prawa do zaznaczenia własnej obecności w świecie i do życia z chorobą psychiczną. Tego typu sytuacje społeczne poświadczają istnienie człowieka cierpiącego i dają możliwość zauważenia, że obok także jest chory:

Dzisiaj przybył do przyjęcia weteran. Ziejący i pogięty przez wodę, chociaż nie był już pijany, to niemogący spokojnie odpalić fajki, trzęsący się jak galareta. Jak ja na początku. Najpierw zaserwują mu detox a potem leczenie [g.19:39, pn. 11-06-2012].

Początki są trudne. Po przyjęciu każdy jest w swoim świecie, co oznacza, że współpacjenci mają słaby kontakt z nową osobą. Ona dopiero po kilku dniach zaczyna zauważać innych, otwierać się na nich i rozmawiać. Następnie jest etap opowiadania o sobie, a potem, gdy relacja się zagęszcza, rozmowy wybiegają poza tematy życia szpitalnego i chorowania. Okazuje się, że jest też inny świat, który zaczyna być zauważany w miarę, jak kuracja szpitalna posuwa się naprzód, a stan pacjenta ulega poprawie:

Odbylałam ciekawą rozmowę z E. J. nt. intuicji. Opowiadała mi o swoich przeczuciach i spotkaniach z duchami. Dla mnie to nie były dowody, dla niej tak. Dla mnie to intuicja, to cząstki, które krążą w świecie i odbijają się od materii, czyli cząstek bardziej zbitych. Powstałiśmy w wyniku wielkiego wybuchu. Wszechświat pochodzi od gwiazd, które przecież są efektem zderzania cząstek wodoru. Z tego zrodził się węgiel, cała tablica Mendelejewa. Nie oznacza to, że nie istnieje życie poza nami. To są intuicje. Także fizyków [g. 13:45, czw. 21-06-2012].

E. J. to pacjentka, z którą Irmina przez pewien czas mieszkała. Widać tu zacieśnianie więzi między osobami, o czym świadczy wyznanie na temat spotkań z duchami. Istotny jest fakt, że opowiadanie o kontaktach takiego rodzaju nie jest postrzegane w charakterze choroby psychicznej: omamów, psychoz itp. Z tekstu wyłania się znaczenie, które wskazuje, że duchy mają status postaci rzeczywistych, podobnie jak tak zwani zdrowi ludzie opowiadają sobie o świecie nadprzyrodzonym. Z czasem rozmowy stają się coraz bardziej intymne. Tym, co szczególnie zagęszcza możliwość interakcji między pacjentami, jest palenie papierosów:

Palimy. Facet twierdzi: jest dowódcą, nie znosi pedałów (halo, ale mówił, że mnie lubi), w Afganistanie faceci nagminnie biegają za ręce, [...] Dowodził, podejmował decyzje, jak mówi, mając na uwadze, że zarządza na polu walki ludźmi, jednak wiedział, że niektóre decyzje ratowały jego tyłek, inni ginęli. Usprawiedliwia to tym, że ktoś musiał zginąć, ale on ma dosyć tego co widział i co robił. Rozczuła się, gdy mówi o zwierzętach, szczególnie o swojej szynszyli Szyszce i papudze, która wyjada mu z talerza kaszankę. [...] O ludziach woli nie mówić, bo jego rodzina dosyć wycierpiała po jego powrocie, ale nie chciał mówić, co robi [22-06-2012, pt.].

Ciekawość drugiego człowieka u pacjentów jest silna. W szpitalu jest czas i miejsce na poznawanie ludzi, a osoby chore psychicznie nie są specjalnie otwarte na nowe znajomości w pozaszpitalnym życiu codziennym. Szpital jawi się zatem jako miejsce bezpieczne. Chroni bowiem przed odrzuceniem – wszyscy przecież są tam psychicznie chorzy. Mimo że w szpitalach jest zakaz palenia papierosów, to na oddziałach psychiatrycznych jest wyznaczona palarnia. To ważne dla pacjentów miejsce, gdyż palenie papierosów ich do siebie zbliża. Pacjenci chorzy psychicznie dość dużo i często palą i jest to ważny element ich codzienności szpitalnej. Palarnia jest miejscem przeciągających się rozmów w dymie tak gęstym, że nie trzeba odpalać papierosa po wejściu do niej, co jednak pacjentów nie odstrasza. Czynności związane z paleniem są bowiem towarzyskim rytuałem, a palący, bardziej niż osoby niepalące, udzielają się towarzysko, np. plotkując o bieżących wydarzeniach na oddziale. Bycie w palarni daje poczucie, że władza instytucji szpitalnej nie przenika do niej tak głęboko, jak w innych miejscach. Lekarze nie pojawiają się w niej, natomiast przychodzące tu pielęgniarki, na czas palenia swojego papierosa, „wyhamowują” dyscyplinę.

Zakończenie

Czym jest doświadczanie choroby psychicznej? To poszukiwanie podmiotowego sprawstwa w codziennych sytuacjach, które mają wpływ na jej doświadczanie oraz budowanie tożsamości osoby chorej psychicznie. Podmiotowość pojawia się dzięki łamaniu lub przekraczaniu reguł narzucanych przez personel oraz ukryta jest w toczących się rozmowach między pacjentami. Stwarza zatem na nowo osobę chorą, pozwalając jej inaczej niż dotychczas ustosunkować się do siebie i innych. Autorka dziennika przecież odnotowuje wszystkie, ważne jej zdaniem, rozmowy z pacjentami, które dotyczą zwłaszcza mówienia o sobie. Mówienie o sobie służy odkrywaniu lub zakrywaniu siebie i zawsze jest to proces refleksyjny, o czym pisał M. Heidegger: „mówienie jest byciem w świecie, jest czymś źródłowym i wyprzedza sądzenie” [cyt. za: Sobota 2012: 247]. Dzięki mówieniu pacjentów o sferze indywidualnych emocji, zjawisk i rzeczy, dowiadujemy się o świecie czegoś, co wcześniej było nam nieznane. Proces upodmiotawiania – to zatem jest odkrywanie świata przez mówienie o sobie.

Dziennik Irminy jest mapą, która wskazuje, w jakim kierunku porusza się autorka, ale jednocześnie uwidacznia ciągle rozpoznawanie terenu, rozpoczynanie każdego dnia od nowa, co symbolizują odnotowywane daty i godziny wpisów. Owo rozpoznanie i rozpoczynanie na nowo to ciągle zadanie fenomenologiczne, z którym z jednej strony mierzy się Irmina, a z drugiej ja, jako badaczka odnajdująca się w jej opisach. Tym sposobem jesteśmy świadkami kształtowania się świadomości podmiotów jako odpowiedzi na obiektywność szpitalnej egzystencji. Sytuacje dotyczące życia szpitalnego opisane są stylem, który mogą określić jako relacjonujący. Mówi on nam dużo o zawartości tekstu, to styl odsłania bowiem świat, z którego ciągle wyłaniają się nowe znaczenia doświadczenia.

Kolejną istotną kwestią jest sposób, w jaki komentowałam treść dziennika oraz to, co wnosi moje doświadczenie do analizy. Czytając dziennik Irminy starałam się zrozumieć jej doświadczenie w danym miejscu i czasie. Ukazać, co kryje się za doświadczeniem choroby przez kobietę mającą 37 lat, będącą na drodze akceptowania swojej seksualności. W tekście w ogóle nie pojawiają się wątki bycia matką. Jest za to uporczywe opisywanie sytuacji pobytu w szpitalu psychiatrycznym i stanów chorobowych. Na marginesie czytania wpisów Irminy powstał drugi, równoległy tekst, który z mojej perspektywy objaśniał stany chorobowe i interpretował relacje między pacjentami i personelem. Z analizy dziennika Irminy powstał bardzo osobisty autoetnograficzny pierwszy tekst, który w niewielkiej części badawczo wykorzystałam. Dopiero po napisaniu drugiego tekstu autoetnograficznego i po upływie kilku miesięcy powstała treść prezentowana teraz Czytelniczce(kowi). Dopiero w niej, jak mi się wydaje, nabieram dystansu. Analiza owej pierwszej autoetnografii odsłoniła wspólnotę doświadczenia pewnych stanów pomiędzy mną a Irminą. Musiał upłynąć pewien czas, abym potrafiła zdystansować się do różnych opisywanych przez nią elementów szpitalnej rzeczywistości. Obie leczymy się długo, kilka lat – to jest wspólne. Jednak w przypadku Irminy zatrzymujemy się na pewnym etapie zaostrzenia choroby. Dlatego pisząc drugą autoetnografię, starałam się jak najmniej wskazywać swoje doświadczenie i przestać porównywać się z Irminą. Interesowało mnie dokładnie i tylko to, jakie jest *jej* (wyróżnienie moje – AK) doświadczenie. Irmina doświadcza choroby psychicznej jako cierpienia. Stara się zrozumieć siebie i otaczającą rzeczywistość, umiejscowić, nazwać to, co jest jej udziałem. Nazywanie „oświecla” rzeczy, które zostając zwerbalizowane, przechodzą do sfery świadomości, niejako zyskują ciało. Pobyt Irminy w szpitalu jest istotną częścią nabywania samoświadomości. Podobnie tworzy się tożsamość osoby chorej psychicznie, która pisząc, staje się podmiotem i nie jest już „tylko” pacjentką lub – inaczej – przekracza „bycie pacjentką”. Sama Irmina zresztą zdecydowanie podkreśla, że pomimo pobytu na oddziale zamkniętym, pisanie daje jej wolność.

Jakie znaczenie ma wobec tego moja depresja w indywidualnym procesie poznania? Myślę, że w pewnych momentach horyzonty elementów doświadcze-

nia zyskały moc przekładalności. Mam tu na myśli doświadczanie bólu psychicznego i lęku, motyw zamknięcia czy chęć budowania relacji z innymi chorymi. Dopiero po latach chorowania dojrzałam do mówienia o depresji. W moim przypadku ma ona charakter polityczny w tym sensie, że o chorych psychicznie zwykło się mówić z lekceważeniem i pogardą. Chciałabym własnymi tekstami autoetnograficznymi pomóc zrozumieć tych, w przypadku których za psychicznym niedomaganiem stoi groźba wykluczenia, biedy, przemocy, niepewności i lęku. Można je zaobserwować na korytarzach szpitala psychiatrycznego i choć ktoś powie, że na ulicy również można to zrobić, to jednak w rzeczywistości szpitala język używany nie tylko do komunikowania się pacjentów między sobą czy z personelem i lekarzami nie jest tak uwikłany w procesy stygmatyzowania, jak dzieje się to w pozaszpitalnej rzeczywistości codziennej.

Choroby psychicznej nie widać tak, jak np. złamanej nogi czy ręki, przez co jej podstępność objawia się przede wszystkim w cechach językowej interakcji bezpośredniej. Poza szpitalem niewidoczność cechy kruszy poczucie ‘normalnej’ i ‘oczywistej’ interakcji, gdyż to, co współczekiwane i następnie współdefiniowane przez podmioty interakcji jako ‘oczywiste’, jest konsekwencją sposobów językowego uwikłania w konkretnych zakorzenionych społecznie subuniwersach owych podmiotów (np. rodzina, przyjaciele, eksperci zawodowi, pracownicy socjalni, lekarze, pielęgniarki). W tych subuniwersach właśnie ukryta jest tajemnica takich sposobów użycia języka, by „przez nacisk na to, co doświadczone i tym samym autentyczne, potwierdzać obiektywną różnorodność ‘stylów’ mowy, które nie są niezależne od biograficznych treści” (Doliński 2013: 13). Gdybyśmy na koniec zatem chcieli zadać pytanie o to, jak w bezpośrednich kontekstach interakcyjnych pomóc chorym psychicznie oraz adekwatnie opisywać i interpretować ich sposób doświadczania świata, należałoby – odwołując się do Sławomira Mandesa (2012: 289–290) dokonującego analizy wybranych elementów *Lebenswelt* Alfreda Schütza – dokonywać reinterpretacji kategorii konstruktów naukowych. W taki jednak sposób, który każdorazowo zapewniałby badanemu podmiotowi ‘teoretyczną’ i praktyczną wystarczalność fenomenologicznych opisów czy hermeneutycznych interpretacji.

Bibliografia

- Byczkowska-Owczarek D., (2014), *Zastosowanie autoetnografii analitycznej w badaniu społecznych aspektów doświadczania choroby*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 10, nr 3, s. 184–201. Dostępny w internecie: www.przegladsocjologiijakosciowej.org [dostęp: 28.03.2015].
- Deleuze G., Guattari F., (1988), *Kłącze*, przeł. B. Banasik, „Colloquia Communia”, nr 1–3, s. 220–251.
- Doliński W., (2013), *Společne tworzenie niepełnosprawności w kontekście fenomenologicznych założeń badawczych*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 4, s. 3–16.

- Foucault M., (1987), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Warszawa: PIW.
- Foucault M., (1999), *Narodziny kliniki*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Goffman E., (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Sopot: GWP.
- Jones S. H., (2009), *Autoetnografia. Polityka tego co osobiste*, [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 2, Warszawa: PWN, s. 175–218.
- Mandes S., (2012), *Świat przeżywany w socjologii*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Murawska M., (2013), *Fenomenologiczna post-narracja. Szkic o fenomenologii Henriego Maldineya*, „Argument”, vol. 3, s. 383–404.
- Nietzsche F., (1994), *Pisma pozostałe 1876–1889*, przeł. B. Baran, Kraków: Inter-Esse.
- Richardson L., Adams St. Pierre E., (2009), *Pisanie jako metoda badawcza*, [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 2, Warszawa: PWN, s. 457–482.
- Ricoeur P., (1989), *Hermeneutyczna funkcja dystansu*, przeł. P. Graff, [w:] P. Ricoeur, *Język, tekst, interpretacja: wybór pism*, Warszawa: PIW.
- Sobota D., (2012), *Źródła i inspiracje Heideggerowskiego pytania o bycie*, t. 1, *Neokantyzm i fenomenologia*, Bydgoszcz: Fundacja Kultury Yakiza.
- Wyka A., (1993), *Badacz społeczny wobec doświadczenia*, Warszawa: IFiS PAN.
- Zakrzewska-Manterys E., (1995), *Down i zespół wątpliwości. Studium z socjologii cierpienia*, Warszawa: Semper.