

Aleksander Woźny

SZKIC DO MEDIALNEGO PORTRETU KORONAWIRUSA. Z MEDYCYNĄ NARRACYJNĄ W TLE[1]

STRESZCZENIE

Artykuł dowodzi tezy, że czas pandemii jest wyzwaniem pozwalającym stawiać na nowo pytania o najważniejsze reguły związane z naszym poczuciem bezpieczeństwa ontologicznego. Odpowiedzi poszukuje w nieznannej w Polsce medycynie narracyjnej, która domaga się od medyków radykalnej zmiany w podejściu do pacjenta i przełamania obowiązujących w świecie lekarzy stereotypów. Oskarża także polskie media o epatowanie w czasie epidemii koronawirusa statystykami kosztem niedopuszczania do głosu chorych na COVID-19.

Słowa kluczowe: pandemia koronawirusa, media, bezpieczeństwo ontologiczne, medycyna narracyjna

Być może najważniejszym z powodów naszej niepewności i poczucia zagrożenia w czasach epidemii jest mocno odczuwany brak rutynowych zachowań. Tych, które gwarantują poczucie bezpieczeństwa, bowiem koniec końców sprowadza się ono, jak twierdzą socjologowie, do powtarzalności i przewidywalności naszych działań. Tak dzieje się, poczynając od przywitania się każdego dnia ze znajomymi na naszym osiedlu czy po przyjsciu do pracy. Patrząc z tej perspektywy, można bez trudu zrozumieć rozpacz Włochów, którym nie było dane w czasie wprowadzonych przez rząd ograniczeń wypić z samego rana ulubionego *un espresso*. Sytuację

kryzysową, tak poważną jaką zrodziła epidemia koronawirusa, można w indywidualnym wymiarze próbować zażegnać, rezygnując z najważniejszych pytań, jakie się wówczas rodzą. Można – jak radzi brytyjski socjolog Anthony Giddens[2], szukając recepty na niepokoje tożsamościowe w epoce późnej nowoczesności – powiedzieć sobie, że wszystko zależy od losu i poddać się biegowi wypadków. Unikamy wtedy trudnych, egzystencjalnych pytań, pogłębiających niepotrzebnie nasze poczucie lęku.

Ale można inaczej. Można zacząć od pytania, czym jest normalność widziana z perspektywy pandemii. Zauważmy, że to podstawowa kwestia dla nas wszystkich. Podstawowa, jeśli tylko zdołamy odnaleźć się w tym pytaniu. Czy to, co dziś wydaje się bezpieczną normalnością sprzed zaledwie kilku miesięcy, było takie naprawdę, czy może nasze przekonanie o normalności tego, co wczoraj, było tak niewzruszone, że dopiero dziś, kiedy żyjemy w innym świecie, dostrzegamy, że było ono świadectwem zadufania zupełnie pozbawionym podstaw? Może nie stawialiśmy sobie właściwych pytań, zakładając, że przecież stosujemy się do tych samych reguł gry, które akceptowaliśmy przez lata, i które były oczywiście także dla innych. No i jakoś to szło. Może jednak właśnie nadszedł czas, gdy trzeba postawić inne pytania, poczynając od tego, które burzy nasze poczucie bezpieczeństwa i należy do tych najtrudniejszych – a co, jeśli tak bliskie nam reguły obowiązujące jeszcze

Czy to, co dziś wydaje się bezpieczną normalnością sprzed zaledwie kilku miesięcy, było takie naprawdę, czy może nasze przekonanie o normalności tego, co wczoraj, było tak niewzruszone, że dopiero dziś, kiedy żyjemy w innym świecie, dostrzegamy, że było ono świadectwem zadufania zupełnie pozbawionym podstaw?

przed pandemią, których dziś tak bardzo nam brakuje, wcale nie były właściwe?

W początkowych miesiącach pandemii niemal każdego dnia pojawiało się w naszych mediach coraz więcej doniesień o hejtowaniu pracujących w szpitalach zakaźnych lekarzy i pielęgniarek. Byli oni wypraszeni z osiedlowych sklepów, straszni ulotkami nakłaniającymi do wyprowadza-

nia się z mieszkań, sąsiedzi niszczyli ich samochody zaparkowane przed blokami, a hejterzy w mediach społecznościowych obrzucali ich błotem. Zastanawiające jest, że nie było słyhać o podobnych formach agresji w innych krajach. Czyżby

ta czarna niewdzięczność była tylko polską specjalnością? A może przyczyn należy szukać nie tylko, jak sugerowały media, w lękach sąsiadów czy obskurantyzmie hejterów, ale także po stronie samych mediów? A może jeszcze głębiej...

Pomimo upływu wielu miesięcy od początków pandemii wciąż nie widać w naszych mediach działań na miarę tych, jakim przez wiele tygodni pilotowali dziennikarze „New York Timesa”[3]. Na ich apel lekarze i pielęgniarki z całego świata zamieszczali na portalu gazety swoje zdjęcia z wielu frontów walki z koronawirusem. To poruszające fotografie odsłoniętych twarzy, na których często widnieją krwawe pręgi odcisniętych masek noszonych godzinami na oddziałach intensywnej terapii. Równie mocne wrażenie robią wypowiedzi medyków, wyłania się z nich obraz ludzi śmiertelnie zmęczonych nawet kilkunastogodzinnymi dyżurami i zdeterminowanych do prowadzenia walki do końca. Najmocniej uderza jednak ich wrażliwość na ludzkie cierpienie, niezwykła umiejętność docierania do najbardziej subtelnych uczuć pacjentów. W każdym z nich widzą przede wszystkim ludzką istotę. Właśnie takie określenie pojawia się w wypowiedzi Stephanie Benjamin, lekarki z San Diego, która mówi, jak po raz drugi umierała jej pacjentka poddawana długotrwałej resuscytacji. Pani doktor widzi w niej młodą, zdrową kobietę, która jest zarazem matką, i którą rozpaczliwie ratuje, pomimo że już od szesnastu minut chora nie ma tętna. Kiedy w końcu tętno powraca, lekarka zostawia swój zespół, wybiega z sali do gabinetu i zrywa z twarzy maseczkę N 95. Z płaczem rzuca się na podłogę – po raz drugi wyrzywała śmierci tę sama kobietę. Po chwili ponownie zakłada maskę i wraca na oddział.

Strach o własne życie schodzi na dalszy plan, gdy od drugiego człowieka, który odbywa najprawdopodobniej ostatnią podróż, słyszy się takie słowa, jakie usłyszała Núria Poveda z zespołu ratownictwa medycznego w Barcelonie. Wieziona do szpitala pacjentka z wszystkim objawami koronawirusa, którym zaraziła się od pochowanej właśnie starszej siostry, z trudem łapiąc oddech, mówi do napotkanej po raz pierwszy w życiu kobiety, żeby bardzo dbała o siebie, bo jest wiele warta. Núria przejęta do głębi niezwykłą wrażliwością dużo starszej od siebie kobiety wyznaje, że długo nie mogła poradzić sobie z tym, że nawet nie zdążyła się z nią pożegnać.

Melissa Todice, pielęgniarka z Shelton, całkowicie przejmując punkt widzenia pacjentów. Gdy wchodzi na salę osłonięta od stóp do głów i słyszy dobiegający od łóżek kaszel, wzdryga się mimo woli i natychmiast uświadamia sobie ich perspektywę, czując, jak ogarnia ją wstyd z powodu tej reakcji, z powodu nie dość sku-

tecnie ukrywanego strachu. Wie, że nie widzą jej twarzy ani nie słyszą jej głosu, a mimo to czuje się winna. I to poczucie winy – które, jak mówi pielęgniarka, nie ma początku ani końca – towarzyszy jej nieustannie.

Oto co znaczy przejść punkt widzenia pacjenta chorego na koronawirusa, perspektywę wyrażoną z ogromną pieczołowitością na łamach „New York Timesa”. Perspektywę narracyjną, która u nas, w naszych mediach, wciąż wydaje się nieobecna.

Oto co znaczy przejść punkt widzenia pacjenta chorego na koronawirusa, perspektywę wyrażoną z ogromną pieczołowitością na łamach „New York Timesa”. Perspektywę narracyjną, która u nas, w naszych mediach, wciąż wydaje się nieobecna.

że – jak pisał przed laty prof. Andrzej Szczeklik[4], jeden z pionierów medycyny humanistycznej – któraś z nich może się stać naszą własną historią: każdego z lekarzy, każdego z dziennikarzy głucheego na to, co po drugiej stronie respiratora. Niewykluczone, że wówczas także i ich nikt nie zechce wysłuchać.

Bo chory, jak uczył Szczeklik, przychodzi do lekarza ze swoim cierpieniem, wołając o pomoc. To jego wołanie rzadko jest dosłowne. Zazwyczaj są to urywane słowa, skamieniały rys twarzy, który może wyrażać nieufność do lekarza. Rwane opowiadanie pacjenta wymaga od słuchającego koncentracji i pokory. Tego właśnie uczy medycyna narracyjna, jedna z najnowszych gałęzi medycyny humanistycznej. Pozwala ona spojrzeć na działania lekarzy z szerszej perspektywy. Tej, która łączy punkty widzenia specjalistów od chorób i specjalistów od narracji. Tej, jaką wyznacza antropologia, która zakłada, że scenariusze kultury obecne w zachowaniach pacjentów porażonych chorobą, ujawniają się w ich narracjach jako opowieści niespójne, porwane. Gubią się w nich wątki, są pełne przemilczeń, metafor i irracjonalnych porównań w rodzaju „jak gdyby”. Aby wydobyć z nich znaczenia, trzeba mozolnie rekonstruować postrzępione fragmenty zdań, niedokończone frazy, wyłuskiwać z chaotycznych, łamiących się narracji to wszystko, co ważne, co głęboko przeżywane, ale przykryte strachem, zasłonięte niepewnością, wypierane wstydem przed ośmieszaniem się ignorancją medyczną.

I to jest zadanie dla medycyny narracyjnej współpracującej nie tylko z literaturoznawcami, ale i z antropologami, specjalistami od rozszyfrowywania ukrytych kodów kulturowych. Bo język ludzi chorych podobny jest do mowy literatury. Ona także posługuje się kodem ezopowym, mową nie wprost, językiem pełnym przemilczeń i metafor. Tak właśnie wyrażane jest w niej często cierpienie i umiowanie, a do ich opisu wykorzystuje pewne schematy, które nazywam „scenariuszami kultury”. Stanowią one swoiste matryce, w których „odciskają” się nasze interakcje, przebiegające zgodnie z wartościami respektowanymi kulturze. Mają one status struktur długiego trwania, powiela się je, nie mając tego świadomości. Pacjenci nie wiedzą nawet, że opowiadając o swoich chorobach, używają języka ezopowego. Trzeba zatem starać się dotrzeć do tych ukrytych kodów i próbować je zrozumieć, posługując się zestawem narzędzi znanych literaturze od wieków. Trzeba się tego nauczyć, najlepiej w czasie warsztatów organizowanych dla lekarzy, pielęgniarek i osób opiekujących się chorymi, jak to jest coraz częściej robione w Ameryce i krajach skandynawskich, a także niektórych krajach Europy Zachodniej. Dzięki edukacji z medycyny narracyjnej można nauczyć się usłyszeć mowę pacjentów, którzy często sami mają problem z wyrażaniem bólu, cierpienia, a także z zaufaniem lekarzowi, bez którego nie ma skutecznej terapii.

Schemat występujący najczęściej to ten, że tylko „zdrowy” dystans wobec pacjenta ratuje medyka przed wypaleniem zawodowym. Rita Charon, lekarka ze Columbia University i twórczyni medycyny narracyjnej, taką ma na to receptę: proponuje medykom zakładanie alternatywnej

karty zdrowia pacjenta zamiast radykalnego odcięcia się od niego zaraz po wyjściu ze szpitala. Bo to ostatnie rozwiązanie, wbrew pozorom, zamiast zmniejszyć – pogłębia wypalenie zawodowe. Dr Charon mówi lekarzom: porozmawiaj w szpitalu z pacjentem o jego życiu, a później załóż mu kartę alternatywną. Napisz kilka zdań o pacjencie, spróbuj opisać to, co jest istotą jego egzystencji. Może właśnie w ten sposób uda ci się do niego dotrzeć, usłyszeć go, a nawet zdobyć jego zaufanie. Bo tu jest konieczny dobry słuch. Jednak nie ten muzyczny, a kulturowy, słuch

Dzięki edukacji z medycyny narracyjnej można nauczyć się usłyszeć mowę pacjentów, którzy często sami mają problem z wyrażaniem bólu, cierpienia, a także z zaufaniem lekarzowi, bez którego nie ma skutecznej terapii.

na cierpienie, na nadwrażliwość i załknienie, na poczucie wykluczenia i na biedę zaklętą w chorobie. Bo choroba zmienia naszą mowę, jej objawy nie są wypowiedane wprost, lecz – trochę jak w poezji – wyrażane za pomocą różnego rodzaju „pseudonimów”, nietypowych ekwiwalentów znaczeniowych.

Przed akceptowaniem postawy „zdrowego dystansu” wobec pacjenta nestorka medycyny narracyjnej dr Charon ostrzega przede wszystkim adeptów sztuki lekarskiej. Przywołuje dobrze znaną (nie tylko amerykańskim lekarzom) wymówkę „przecież mam zaledwie kilkanaście minut na każdego pacjenta”, która prowadzi często do konsekwencji sprzecznych z podstawową misją lekarza, bowiem: „dopóki nie zajmimy się życiem wewnętrznym, dzielnością czy nawet odwagą kształconych przez nas lekarzy, zakończy się to tak, że będą tchórzyc, gdy sprawy przyjmą zły obrót, że będą porzucać pacjentów, gdy ci zaczną umierać”. I wskazuje konkretną drogę, która umożliwiałaby przełamanie zniewalającego medyków stereotypu:

Jeśli opiekujesz się starszym panem, który ma raka prostaty, i przypomina ci on twój dziadka, który zmarł na tę chorobę, idź do jego pokoju i opłakuj go, opłakuj swoją stratę. Nie pozwalaj ci notować czegośkolwiek z twoich przeżyć w szpitalnej karcie, ale przecież muszą być one zapisane, tyle że w alternatywnej karcie. Stanowią bowiem bardzo ważny etap na drodze, która prowadzi cię do stawiania się lekarzem. Tylko wtedy, jeśli zapiszesz, będziesz tak naprawdę wiedział, co myślisz. Bez nadania swoim myślom formy językowej, bez ich utrwalenia, kandydaci na lekarzy – studenci, rezydenci – nie są w stanie odzwierciedlić w sobie tego, co przeżywa, co czuje pacjent. Empatia – bo o nią tu chodzi – nie ma charakteru pojęcia, nie jest abstrakcyjna, nie ma empatii w ogóle, empatii do całej ludzkości. Empatia jest konkretna. Jeśli nie jesteś gotów do przejęcia doświadczenia, cierpienia innych, głębokiego emocjonalnego związku, jesteś odizolowany, ukryty za barierami, które wydają ci się obiektywne, a tak naprawdę one tkwią jedynie w twoim mózgu, choć wydaje ci się, że istnieją realnie[5].

Być może trzeba głębiej rozważyć postulat dobrowolnego pozbywania się przez środowiska medyczne poczucia strukturalnej wyższości. Kwestię niemal boskiej pozycji lekarza wobec pacjenta należy uznać za rodzaj wymówki dobrze opakowanej w kostium „warunków obiektywnych”. A przecież odrzucenie, jakże wygodnego i pozornie bezpiecznego stereotypu, stwarza szansę, aby w końcu przezwyciężyć

upraszczające założenia. Otwiera drogę, która prowadzi do budowania z pacjentem ściślejszej relacji, pozwala stawiać się lekarzowi bardziej świadomym emocji pacjenta, a także unikać zagrożeń związanych z cynizmem i rozczarowaniem. Tak powstaje scenariusz kultury całkowicie odmienny od tego, który jest realizowany na co dzień w służbie zdrowia. Przeciwstawia się on zdecydowanie dyktatowi dominujących opinii, a w swoim centrum stawia odrzuconych, zepchniętych na peryferia, pozbawionych głosu.

Lekarz ma być czułym, wrażliwym narratorem – przywołuję tu określenie Olgi Tokarczuk – który potrafi włączyć do swojego scenariusza kontaktów z pacjentem także i gesty. Najbardziej wydawałoby się prozaiczny gest objęcia, przytulenia pacjenta – o którym mówiła w czasie prowadzonych przez mnie warsztatów lekarka z wieloletnim doświadczeniem szpitalnym – czyni cuda. Jest to jej sposób na zakomunikowanie choremu trudnej do przyjęcia diagnozy. Przelamanie pancerza strukturalnej wyższości, za którym najczęściej kryje się lekarz, może wyglądać jeszcze prościej. Czasami wystarczy uważne spojrzenie w oczy zawierające w sobie komunikat: jestem z tobą, nie jesteś sam. To rodzaj niezwykle skondensowanego scenariusza przebudzenia, który znajduje swój wyraz w postawie lekarza, jego „metamorficznym” przejściu z relacji lekarz - pacjent do relacji człowiek - człowiek. Metamorfoza dokonuje się po obu stronach.

Stereotypowi „trzymaj dystans” towarzyszy często inna powszechnie akceptowana „mądrość”: tego, co dzieje się w szpitalu, nie należy pod żadnym pozorem wnosić poza jego mury, a zwłaszcza opowiadać swoim bliskim, którzy i tak doświadczają różnego rodzaju dyskomfortu związanego z pracą domownika w służbie zdrowia. Przeprowadzane warsztaty pokazują, że jest akurat odwrotnie. To, co nieopowiedziane, siedzi w lekarzach i pielęgniarkach przez lata. Wystarczy np. podczas warsztatów zapytać, czy spośród przebytych wydarzeń jest takie, które pozostawiło przez lata traumę i nigdy nie zostało opowiedziane ani kolegom w pracy, ani rodzinie. Każdy z uczestniczących w tego rodzaju spotkaniach ma w pamięci niejedną bolącą narrację, którą wreszcie może wypowiedzieć przed obcymi, bo przez bliskich nie została nigdy wysłuchana. I nawet po latach wywołuje w opowiadającym ogromne emocje.

Alternatywną kartę lekarza założył brytyjski rezydent pracujący w publicznej służbie zdrowia. Została ona przedstawiona w formie dziennika, który niemal natychmiast po opublikowaniu w 2017 r. stał się światowym bestsellerem. Warto go

przywołać, bo w czasie naszej zarazy nabiera szczególnej aktualności. To sekretnie spisywane relacje z dyżurów ekslekarza Adama Kaya[6], który po pięciu latach pracy doświadczył wypalenia zawodowego. Załamanie nastąpiło po śmierci pacjentki, której nie udało mu się uratować, ale głównym winowajcą jego traumy była niewydolność brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej. Kay porzucił medycynę, wybierając fach komika-celebryty. Od lat osiąga sukcesy w telewizyjnych programach typu *comedy show*, a rozliczenia ze swoim poprzednim zawodem ginekologa-położnika dokonał we wspomnianej już książce, którą prowokacyjnie zatytułował *Będzie bolało*. I rzeczywiście boli, gdy czyta się o intrygujących przypadkach z jego praktyki szpitalnej: wielogodzinnych dyżurach, nieprzespanych nocach, nieustającym napięciu i braku wsparcia ze strony kogokolwiek w decydujących momentach. Recenzenci, wydawcy, a przede wszystkim czytelnicy docenili wyjątkowość przetłumaczonej na wiele języków książki, dzięki której odbiorca czuje, co przeżywają lekarze-rezydenci, których każdy dzień wypełniony jest chorobą, rozpaczą i śmiercią. Być może jednak największą jej wartością jest prawda, o której często zapominamy my-pacjenci: że lekarze to też ludzie. I właśnie jako ludzie też mają prawo do błędów, do narzekania, a nawet do gniewu, nad którym nie potrafią niekiedy zapanować.

Tytułowe „będzie bolało”, które zapewne słyszał każdy pacjent, można odnieść do doświadczeń, jakich nie szczędzi dziś epidemia koronawirusa. Zarówno pacjentom, jak i lekarzom – tym wszystkim, którym bliskie są wartości reprezentowane przez Kaya. I boli, gdy nie umiemy odpowiedzieć na pytanie, jak to jest, że błaznem został lekarz z prawdziwego zdarzenia. Wszak uprzedzając, że będzie bolało, autor książki podsumowuje swoje rozstanie z medycyną w taki sposób: wynagrodzenie okropne, warunki skandaliczne, nieustanne lekceważenie, brak wsparcia, a nawet zagrożenie fizycznym unicestwieniem, ale na świecie nie ma lepszej roboty.

Boli, bo czujemy, że jeszcze sporo lekarzy przemieni się – być może właśnie w czasie pandemii – w błaznów. Boli, bo wiadomo, że czasy zarazy sprzyjają coraz liczniejszym przypadkom zawodowych wypaleń medyków. Boli, bo pogłębi się przepaść pomiędzy lekarzami i pacjentami, boli, bo nikt nie wysłuchał tysięcy opowieści, które zostały przemilczane. Boli, bo w mediach zabrakło słuchu wyczułonego na cierpienie, rozpacz i śmierć. Na usłyszenie tych wszystkich, których najczęściej świat nie dopuszcza do głosu, pomimo że to właśnie oni najbardziej go potrzebują. Nie słyszymy tego głosu w naszych mediach, a jeśli uznać za Ryszar-

dem Kapuścińskim, że cechą ubóstwa jest milczenie czy niemożność wypowiedzenia się, to właśnie te tysiące zakażonych koronawirusem, odciętych od świata i przebywających za murami oddziałów zakaźnych, to dzisiejszy wielki niemowa. Tak rosyjski antropolog historii Aron Guriewicz nazwał niepiśmienny lud średniowiecza, który nie pozostawił po sobie żadnego słowa, żadnego świadectwa o własnym losie; nie pozostawił, bo był niepiśmienny. Dziś piśmienność (*literacy*) to uczestnictwo w szeroko ujmowanych mediach: od portali internetowych przez serwisy audio-wizualne, po media drukowane. Czyż ten właśnie wielki niemowa

sprzed wieków nie odżywa ponownie w postaci setek tysięcy zarażonych wirusem i zamkniętych w różnego rodzaju izolatoriach i szpitalach zakaźnych, zza których – jak z inferna Tomasza Manna – nie dociera żaden głos, bo nasze media nawet nie próbują go usłyszeć? Przegapiają to, co najważniejsze dla najbardziej cierpiących w czasie epidemii – ich prawo do podmiotowości.

Jak dotrzeć do polany? Takim właśnie poetyckim określeniem dr Charon – nawiązując do Heideggera – nazywa miejsce spotkania pacjenta z lekarzem. Jak przebić się przez gęsty las uprzedzeń i lęków narastających od wieków po obu stronach? Jak budować utraconą normalność tej relacji? Może trzeba zacząć od przełamania stereotypów, od porzucenia bezpiecznej rutyny i podjąć zadanie budowania na nowo normalności, a nawet tworzenia nowej normalności? Może czas epidemii, czas przewartościowań i czas stawiania sobie trudnych pytań stwarzają szansę na uzdrawianie i medycynę, i mediów?

W mediach zabrakło słuchu wyczułonego na cierpienie, rozpacz i śmierć. Na usłyszenie tych wszystkich, których najczęściej świat nie dopuszcza do głosu. Jeśli uznać za Ryszardem Kapuścińskim, że cechą ubóstwa jest milczenie czy niemożność wypowiedzenia się, to właśnie te tysiące zakażonych koronawirusem, odciętych od świata i przebywających za murami oddziałów zakaźnych, to dzisiejszy wielki niemowa.



BIBLIOGRAFIA

- [1] Charon R., *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, New York 2006.
- [2] Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa 2012.
- [3] Guriewicz A., *Problemy średniowiecznej kultury*, przeł. Z. Dobrzyński, Warszawa 1987.
- [4] Kay A., *Będzie bolało, Sekretny dziennik młodego lekarza*, przeł. K. Dudzik, Kraków 2018.
- [5] Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków 2006.
- [6] Woźny A., *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej*, Wrocław 2020.

PRZYPISY KOŃCOWE

- [1] Problematykę rozważaną w poniższym artykule autor poruszał także w tekście pt. *Dostrzec człowieka*, opublikowanym w sierpniowym numerze „Gościa Niedzielnego”. Ze względu na specyfikę obu tytułów („Gość Niedzielny” a „D&D”) w obu jest naświetlona z innej perspektywy.
- [2] A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa 2012, s. 247 – 248.
- [3] „New York Times”, <https://www.nytimes.com/article/doctors-treating-coronavirus.html>, [dostęp: 6. 05. 2020 r.].
- [4] A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków 2006, s. 15.
- [5] R. Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, New York 2006, s. 215.
- [6] A. Kay, *Będzie bolało. Sekretny dziennik młodego lekarza*, przeł. K. Dudzik, Kraków 2018.



OUTLINE OF THE MEDIA PORTRAIT OF THE CORONAVIRUS. WITH NARRATIVE MEDICINE IN THE BACKGROUND

ENGLISH SUMMARY

The article proves the thesis that the time of the pandemic is a great challenge to ask new questions about the most important rules related to sense of our ontological security. The author searches for answers in narrative medicine, unknown in Poland, which demands a radical change in the approach to patients and overcoming stereotypes in the world of doctors. He also accuses the Polish mainstream media of ignoring the voice of patients during the coronavirus epidemic, flooding recipients with soulless data and statistics on the pandemic.

Keywords: coronavirus pandemic, media, ontological security, narrative medicine

Aleksander Woźny

Uniwersytet Wrocławski
aleksander.wozny@uwr.edu.pl



nr ORCID 0000-0001-7454-5343

Autor jest medioznawcą i literaturoznawcą, profesorem Uniwersytetu Wrocławskiego, ostatnio opublikował książkę o scenariuszach kultury w mediach i w medycynie narracyjnej, w której dowodzi rangi pradawnych „matryc” kulturowych w mediach i wprowadza w świat wciąż jeszcze raczkującej w Polsce medycyny narracyjnej. Ta praca jest kontynuacją prowadzonych od lat – przez autora i zespół jego doktorantów – studiów, w których wyniku budowany jest uniwersalny aparat badawczy do rekonstrukcji scenariuszy kultury skrywanych w narracjach, produkcjach medialnych i w relacjach instytucji quasi-totalnych.