

Edyta Zierkiewicz

<https://orcid.org/0000-0003-0312-874X>

Uniwersytet Wrocławski

Anatomia (fantazmatu) męskiej porażki. (Nie)radzenie sobie z doświadczeniem choroby żony. Analiza narracji nieformalnego opiekuna

Anatomy of the (phantasmatic) male defeat.
(Not) coping with an experience of illness with wife's. Narrative
analysis of the informal caregiver

Streszczenie. Przedmiotem prezentowanych analiz jest refleksja męża kobiety z rakiem piersi nad funkcjonowaniem w roli jej nieformalnego opiekuna. W wypowiedziach narratora bardzo wyraźnie zarysowało się napięcie między wyobrażeniem o idealnym mężu i opiekunie a oceną własnych wysiłków w zakresie wspierania chorującej żony. Autoewaluacja dokonana przez narratora wypada zdecydowanie na jego niekorzyść, a przy tym pozostaje w jawnej sprzeczności z opisem podejmowanych przez niego działań na rzecz dobrostanu żony i wysokiej jakości ich związku.

Słowa kluczowe: rak piersi; mąż jako nieformalny opiekun; wywiad narracyjny; metoda *Listening Guide*

Summary. The subject of the analysis is the reflection of a woman with breast cancer's husband on his role as her informal caregiver. In the narrator's statements, the tension between the idea of an ideal husband and caregiver and the assessment of his own efforts to support a ill wife was very clear. The self-evaluation made by the narrator definitely disadvantages him, and at the same time is in clear contradiction to his description of his actions for the well-being of his wife and the high quality of their relationship.

Keywords: breast cancer; husband as an informal caregiver; narrative interview; Listening Guide method

Wprowadzenie

Rak piersi jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów wskaźnik zacho-

rowalności na raka piersi w Polsce systematycznie rośnie (15,784 nowych rozpoznań w 2010 r.; 17,142 w 2013 r.; a w 2016 r. już 18,615; zob. <http://onkologia.org.pl/raporty>; Wojciechowska i in., 2018, s. 45), co oznacza, że coraz więcej kobiet, a tym samym ich rodzin, konfrontuje się z trudnościami towarzyszącymi przewlekłej utracie zdrowia. Najbliżsi krewni przejmują nad chorymi opiekę, a jednocześnie sami doświadczają dolegliwości psychosomatycznych (np. zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, zmęczenie, depresja), co przyczyniło się do określenia ich mianem pacjentów drugiego rzutu (ang. *second-order patients*; por. np. Lederberg, 1998, s. 981; Bigatti, i in., 2011, s. 193; Sherman i in., 2016, s. 1).

Najczęściej nad chorującą kobietą opiekę przejmuje jej mąż. Jednakże nieprawdziwe byłoby stwierdzenie, że oboje w taki sam sposób podlegają krytycznemu zdarzeniu, jakim jest doświadczenie choroby onkologicznej. Usytuowanie chorej i jej partnera jest inne. Ona mierzy się z rakiem, rejestrując sygnały płynące z własnego ciała, odczuwa ból, wypróbowała różne remedia. Jednocześnie więc uczy się rozpoznawać swoje reakcje somatyczne i troszczyć się o siebie. Poza tym doświadcza profesjonalnej uwagi specjalistów podczas procesu leczenia i w czasie wizyt kontrolnych – zdobywa wiedzę, która jest adresowana bezpośrednio do niej i dotyczy jej przypadku, weryfikuje swoje przekonania, wypełnia lukę informacyjną itp. Oprócz lekarzy może spotkać psychologów i psychoonkologów, którzy udzielają jej emocjonalnego wsparcia. Czasami ma kontakt z ochotniczkami – przeszkolonymi wolontariuszkami z klubu amazoнок, które udzielają jej praktycznych rad i służą własnym przykładem, dając nadzieję na wyzdrowienie i dalsze udane życie. W prasie kobiecej może znaleźć wiele medycznych informacji o raku piersi (choć raczej rzadko jej już potrzebnych, *gros* z nich dotyczy bowiem tzw. profilaktyki, czyli wczesnych metod wykrywania choroby) oraz reportaże o kobietach, które „wygrały wojnę z rakiem”. Głośno jest w mediach o znanych osobach, które chorowały na raka i które „przyznają się” do przebytej choroby, aby przekonać innych, że rak to nie „wyrok” ani społeczne odium. Opieki i troski chora doświadcza też ze strony przyjaciółek, znajomych, wtajemniczonych krewnych oraz, co najistotniejsze, partnera (jeśli takiego ma).

W przeciwieństwie do kobiety mąż/partner często nabiera przekonania, że jest sam z problemem, wobec którego czuje się skrajnie bezradny. W polskim społeczeństwie głównym źródłem wsparcia dla mężczyzny jest jego partnerka życiowa (por. np. Filipiak, 2001; Dzwonkowska-Godula, 2016; zob. też Ostroch-Kamińska, 2017). Sytuacja zachorowania na raka piersi przez żonę powoduje, że dostępne mu wsparcie niejako się kur-

czy (sam zresztą często odmawia sobie możliwości proszenia jej o pomoc, zasięgnięcia porady itp., ponieważ w jego odczuciu w zaistniałej sytuacji jego problemy nie mogą się równać z jej; zob. np. Zierkiewicz, Mazurek, 2015). Dodatkowo mężczyzna zostaje obciążony nowymi obowiązkami – zarówno związanymi z leczeniem żony (np. dowożenie jej na wizyty kontrolne, odwiedziny w szpitalu), jak i wynikającymi z przejścia zadań dotychczas wypełnianych przez nią (np. organizacja życia domowego, opieka nad dziećmi). Trudne okazują się dla niego także konsultacje z lekarzami: nie zawsze wie, o co zapytać, nie zawsze rozumie otrzymane informacje lub nie wie, jak je wykorzystać (por. Morris, Thomas, 2002). Co więcej, otoczenie często oczekuje od niego, że w sytuacji kryzysowej okaże się „prawdziwym mężczyzną”, tzn. będzie silny/wytrzymały, zaradny, aktywny, odpowiedzialny, zorganizowany, samodzielny i twardy, nie będzie narzekać, nie załamie się, nie popadnie w bierność, nie okaże się nieodpowiedzialny i nieopiekuńczy itp. (zob. np. Perez-Belda, 2010, s. 98).

Jeszcze kilkanaście, kilkadziesiąt lat temu partnerzy chorujących na raka piersi żon w pewnym sensie mieli społeczne przyzwolenie (choćby nawet niewielkie) na ich opuszczenie. Funkcjonowało bowiem przekonanie, że po mastektomii kobieta traci kobiecość (albo wręcz przestaje być kobietą). Niektórzy mogli z ulgą przyjmować, że choroba niejako unieważnia złożoną przysięgę małżeńską i zwalnia z konieczności trwania w związku*. Obecnie jednak znacząco zmienił się klimat społeczny otaczający choroby onkologiczne – od mężczyzn związanych z pacjentkami wymaga się, by okazali troskę, dostarczyli wsparcia i uczestniczyli w procesie leczenia/ /zdrowienia. Powszechnie propaguje się też przekonanie, że mężczyźni powinni brać udział w zabiegach pielęgnacyjnych po operacji, a także otwarcie komunikować żonom, że nadal są dla nich atrakcyjne pod względem fizycznym i seksualnym**. I tak się rzeczywiście często dzieje – panowie angażują

* Trudno stwierdzić, czy historie o tym, że mężczyźni opuszczali swoje chorujące partnerki, to tzw. miejska legenda czy fakt, ponieważ nie prowadzono badań na ten temat. Z przekazów modelowych (a za takie można uznać reportaże prasowe, które z jednej strony „odbijały” dominujące w społeczeństwie wzory zachowań, a z drugiej kreowały i upowszechniały określone zachowania, ukazując je jako obowiązujące, oczekiwane lub typowe), opublikowanych na przestrzeni ponad 30 lat wynika, że mężowie wcale nie porzucali żon, które przeżyły amputację piersi, z powodu choroby. Na 66 zebranych do innych badań reportaży prasowych jedynie w 10 mowa jest o takich przypadkach, a w jednej opowieści to amazonka zerwała niedający jej satysfakcji związek (Zierkiewicz, 2013).

** Warto dodać, że m.in. takie słowa do mężów pacjentek już w latach 50. ubiegłego wieku kierowała Terese Lasser, pomysłodawczyni amazońskiego wolontariatu na oddziałach szpitalnych i zarazem założycielka (obecnie już międzynarodowej) organizacji Reach-to-Re-

się we wspieranie swoich chorujących partnerek, nie dostrzegają w utracie zdrowia powodu czy pretekstu do porzucenia ich. Coraz rzadziej uważa się, że jeśli związek się rozpada, to dzieje się tak z powodu choroby – ona nie jest czynnikiem, a którego wynikają trudności małżeńskie, ale swoistym szkłem powiększającym istniejący wcześniej (tj. przed chorobą) kryzys (Zahlis, Lewis, 2010).

Podjęcie roli opiekuna niedomagającej żony przyczynia się do doświadczania przez mężczyznę wszystkich czterech rodzajów konfliktów opisywanych w literaturze przedmiotu w kontekście pełnienia opieki:

- konflikt roli opiekuna z innymi dotychczas pełnionymi obowiązkami (np. pracownika, ojca),
- zmiana w relacji z osobą wymagającą opieki,
- wewnętrzna niespójność roli opiekuna (tu: wspieranie chorej *versus* odczuwanie potrzeby otrzymania wsparcia dla siebie),
- konflikt pomiędzy przyjętym w procesie socjalizacji wzorem męskości a zakresem nowych obowiązków tradycyjnie określanych jako kobiece (zob. np. Hagedoorn i in. 2000; Gilbar, Ben-Zur 2002; Hanlon, 2009).

Choroba żony jest dla mężczyzny źródłem ogromnego obciążenia, ale może także umacniać relację małżeńską, a nawet stać się czynnikiem uruchamiającym wzrost posttraumatyczny (Weiss, 2004). Warto przy tym zauważyć, że radzenie sobie pary małżeńskiej z problemami jest sumą nie tylko strategii indywidualnych zabiegów, ale także konsekwencją działań podejmowanych wspólnie (Revenson, 2003).

Metodologia badań własnych

Badania naukowe nad różnymi aspektami funkcjonowania kobiet po leczeniu raka piersi weszły już do kanonu empirycznego socjologii, psychologii, pedagogiki i – oczywiście – medycyny. Czasami w obszarze zainteresowań badaczy pojawia się rodzina pacjentki, która jest przede wszystkim postrzegana jako jej główne źródło wsparcia (zob. np. Deręgowska, 2012; Kurowska, Adamczyk, 2014). W polskiej literaturze przedmiotu brakuje natomiast analiz poświęconych sytuacji życiowych partnerek pacjentek oraz adresowanych do nich form profesjonalnej pomocy (nadal bardzo nielicznych).

covery (do której należy także polska Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”; zob. Zierkiewicz, Wechmann, 2016, s. 23).

Identyfikując potrzebę podjęcia badań nad doświadczeniami mężów kobiet z rakiem piersi, w latach 2014–2015 wspólnie z Emilią Mazurek przeprowadziłyśmy wywiady narracyjne z 10 mężczyznami (tekst w przygotowaniu). Prezentowana poniżej opowieść jest częścią wspomnianego projektu. Zdecydowałam się wyodrębnić wywiad Roberta (imię zmienione) z powodu jego wyjątkowości. Ta narracja była nie tylko najbardziej obszerna z zebranych, ale także najbardziej autorefleksyjna.

Wywiad narracyjny jest metodą bardzo absorbującą poznawczo i emocjonalnie – nie tylko dla badanego, lecz również dla badacza. Pozwala włączyć się w opowieść narratora, zobaczyć świat z jego perspektywy, odczuć jego sposób przeżywania zdarzeń, a także, zwrotnie, poczuć bliskość i sympatię do niego. Narrator, zwłaszcza taki, który „hojnie” dzieli się swoimi przemyśleniami, „zaprasza” do swojego życia, ujawnia skrywane przed innymi intymne uczucia itp., obdarza badacza ogromnym zaufaniem, ale też niejako obarcza odpowiedzialnością. W konsekwencji badacz może doświadczyć np. niepewności albo wręcz zwątpienia co do upublicznienia wyników swoich interpretacji (zob. Josselson, 2007; por. też Chase, 2009, s. 37, przyp. 18). Narracje nie są bowiem po prostu relacjami z życia (*life stories*), są także opowieściami o codziennych doświadczeniach, w szczególności tych zakłóconych, trudnych, a nawet traumatycznych (Murray, 2003, s. 117). W tym kontekście niezwykle ważne jest przyjęcie przez badacza postawy zaciekawienia i wewnętrznego przyzwolenia na bycie zaskoczonym, a nawet wstrząśniętym opowieścią (Gilligan, Eddy, 2017, s. 77). Najważniejszą umiejętnością, która powinna charakteryzować badacza, jest uwrażliwione, nieoceniające i pełne zaciekawienia słuchanie. „Akt słuchania nie jest prosty. To, co powiedziane bezpośrednio, może różnić się od tego, co niedopowiedziane. Ludzie mogą mówić pozornie sprzeczne rzeczy – tak jak dzieci mogą jednocześnie kochać i nienawidzić swoich rodziców, a wszystko, co powiedziane nie jest jednakowo ważne i wartościowe” (Gilligan, Eddy, 2017, s. 77). Dlatego właśnie kluczowy jest dobór podejścia badawczego do zgromadzonego materiału empirycznego, a także zwrócenie uwagi na kwestię wielopoziomowości czy złożoności interpretacji narracji (Riessman, 2008, s. 540). W badaniach narracyjnych splatają się ze sobą opowieści wygenerowane przez respondenta podczas wywiadu, a sprowokowane zaproszeniem go do badań i rozwijane przez niego w relacji z badaczem (opowieści, które są jego interpretacją własnego życia) oraz narracje formułowane przez badacza, które są naukową, a jednocześnie w jakimś stopniu subiektywną interpretacją opowieści respondenta.

W swoim projekcie wykorzystałam popularną w psychologii metodę gromadzenia danych jakościowych i jednocześnie procedurę analityczną autorstwa Carroll Gilligan (*The Listening Guide*), którą można określić mianem metody relacyjnej skoncentrowanej na głosie badanego (*voice-centered relational method*). Polega ona na przeprowadzeniu wywiadu narracyjnego, który kładzie nacisk „na relacyjne i osobiste znaczenia doświadczenia” (Werner-Lin, 2010, s. 18) oraz – w części analitycznej – na przygotowaniu transkrypcji, w którą badacz „zanurza się”, tzn. wielokrotnie odczytuje zapis rozmowy. W tym procesie można wyróżnić cztery etapy (por. Taylor, Gilligan, Sullivan za: Chase, 2009, s. 34–35; Forrest i in., 2015; Gilligan, Eddy, 2017). Pierwszy z nich polega na rozpoznaniu ogólnego charakteru i kształtu narracji i pomaga odpowiedzieć na pytania: co się tu dzieje? o czym jest mowa i do kogo?, a więc zidentyfikować tematy, ważne wydarzenia, chronologię zdarzeń, protagonistów. Drugi etap to „wysłuchanie się” w głos badanego, tzn. skoncentrowanie się na zdaniach, w których narrator mówi o sobie. Istotne jest tu zwrócenie uwagi na użycie zaimka „ja” i te momenty opowieści, w których następuje przejście do innych form osobowych (m.in. zaimków „my”, „ty”). Trzeci etap wiąże się z czytaniem skoncentrowanym na relacjach społecznych i bliskich związkach, a więc na „ja relacyjnym” (*narrated self-in-relation*). Etap czwarty natomiast polega na odkrywaniu strukturalnych relacji władzy i dominujących ideologii, a więc na poszukiwaniu powiązań między indywidualnym poziomem narracji a poziomem makrostruktur i procesów społecznych (Doucet, Mauthner, 2008; Woodcock, 2010; Gilligan, Eddy, 2017).

Analiza przeprowadzona w celu udzielania odpowiedzi na dwa kluczowe pytania badawcze: jak mężczyzna przeżywa proces choroby i zdrowienia swojej żony? jakie znaczenia nadaje swojemu zaangażowaniu w tę trudną sytuację?, pozwoliła głęboko wniknąć w struktury myślenia i przeżywania badanego zawarte w snutej przez niego narracji. W kolejnej części tekstu zaprezentuję omówienie i interpretację dwóch najważniejszych tematów w opowieści Roberta, rozpoznanych w wyniku przeprowadzonej analizy: (1) narracyjnego domykania struktury opowiadanego zdarzenia, obrazującego podejmowane przez niego wysiłki poradzenia sobie z doświadczanym problemem, oraz (2) rozwijanie nieadaptacyjnego, głęboko raniącego go sposobu reagowania na kryzys zdrowotny u żony, odzwierciedlającego jednocześnie jego filozofię życiową i reakcję na presję społeczną związaną z kulturowym wzorcem męskości.

Analiza narracji męża kobiety chorej na raka piersi

Wywiad, który przeprowadziłam z Robertem, odbył się w podwrocławskiej miejscowości. W momencie udziału w badaniach narrator miał 30 lat i żonę, u której raka zdiagnozowano w 2013 r., oraz dwoje dzieci (dwa i pięć lat). Oboje z żoną pracowali w wyuczonych zawodach i od dziewięciu lat tworzyli szczęśliwy związek małżeński. Wywiad rozpoczął narrator obszerną, ponad godzinną opowieścią, po której nastąpiła, trwająca godzinę, swobodna rozmowa dotycząca poruszonych przez niego wcześniej kwestii.

Przebieg procesu kumulowania się cierpienia w narracji męża osoby chorej na raka piersi

Analiza narracji pozwoliła na dostrzeżenie, że mężczyzna nadał swojej opowieści domknętą strukturę, wyznaczając jej początek, rozwinięcie i zakończenie. W sumie wyróżnił osiem swoistych etapów procesu zachodzącego w nim i w jego relacji z żoną pod wpływem jej zachorowania na raka piersi (tytuły tych „etapów” pochodzą z jego wypowiedzi):

1. „Dziwny początek”. Krótco przed wykryciem guza Robert wraz z żoną obejrzał kilka programów telewizyjnych, których tematem były remonty domów. Nieoczekiwanie w każdym z nich pojawił się wątek zachorowania na raka. Oboje zwrócili na to uwagę, a żona dodatkowo skomentowała, że „to trudna sytuacja jest z tymi nowotworami”. Robert zinterpretował to zdarzenie jako „preludium” do nadchodzącej tragedii, zapowiedź nadciągającego fatum, którego znaczenia nie zrozumiał w chwili spotkania z nim, ale które stało się dla niego jasne, gdy „los się dopełnił”.

Przed odkryciem tego wszystkiego, właśnie, było takie myślenie, takie **informacje, takie, jakby ten nowotwór sam się pchał**. Coś na takiej zasadzie. Nie wiem. I w każdym razie, no, to jedyne takie pierwsze przemyślenie, które można gdzieś tam wrzucić, dosyć niezwykle, przynajmniej dla mnie. No i... Nie potrafię inaczej tego wytłumaczyć, ale wiem, że to był, no, pierwszy taki zjazd [wyróż. E. Z.].

2. „Nastanie chaosu – kompletne zaskoczenie połączone z paniką”. Etap ten rozpoczyna się w momencie wycucia guza w piersi żony (choćby wtedy jeszcze ani Robert, ani żona nie myśleli o najgorszym). Przerażenie na myśl o raku pojawiło się dopiero w trakcie badań medycznych, na które żona udała się sama, sądząc, że to nic groźnego. Diagnoza raka u tak młodej – za-

ledwie 30-letniej – kobiety, jawiła się jej i mężowi jako coś nierzeczywistego. Od tej chwili wszyscy członkowie ich rodziny próbowali coś gorączkowo zrobić, ale nikt właściwie nie wiedział, co. Chaos i podejmowanie nieskoordynowanych działań nasilały mało zrozumiałe, przygnębiające, a najczęściej sprzeczne ze sobą informacje od miejscowych lekarzy, do których zaczęła chodzić żona.

3. „Sprawa nie jest stracona, jest szansa, że można powalczyć”. Na tym etapie wreszcie ktoś podjął decyzję, by szukać ratunku w bardziej wyspecjalizowanym ośrodku medycznym. Zaczął się okres pogłębionej diagnostyki i przygotowania pacjentki do leczenia i wtedy u wszystkich pojawiła się nadzieja.

No i tą drogą, po nitce do kłębka, poszliśmy do Wrocławia, do Centrum [Onkologii – E. Z.]. No i tam w zasadzie nam powiedziano, że jeszcze sprawa nie jest stracona, jest szansa, że można powalczyć. Nikt nic nie obiecywał, oczywiście, nikt nie dawał gwarancji, ale można powalczyć.

4. „Ciśnienie zeszło”. Na tym etapie nadzieja przerodziła się w zaufanie do kompetentnych specjalistów, niejako gwarantujących skuteczne leczenie. Etap ten był bardzo krótki, ale ważny dla narratora, ponieważ oboje z żoną odczuli wielką ulgę, poczuli, że są w dobrych rękach i znaleźli się w profesjonalnym ośrodku (mimo że obserwowane tam „scenki” z udziałem innych pacjentów wcale nie dodawały otuchy).

Natychmiast wróciliśmy [...], przeszliśmy do Wrocławia, no i tam, w zasadzie, po kilku wizytach jakby troszeczkę ciśnienie nam zeszło. To znaczy, troszeczkę zrozumieliśmy wtedy... [...] Był taki natłok złych informacji [...] i to powodowało chaos. Poszliśmy do Wrocławia i zaczęli porządkować nam te informacje. I zaczęli w pewnym sensie też wspierać. Mówili: „Dobra, spróbujemy, walczymy, zbierzemy konsylium, ustalimy program leczenia i zobaczymy”. No i się zaczęło.

5. „Ciągła jazda”. To wyrażenie może zostać zinterpretowane metaforycznie jako rozpoczęcie intensywnego leczenia, ale narrator rozumie je dosłownie – z jego perspektywy pobyt żony w szpitalu i oczekiwanie na operację to było ciągle przemieszczanie się: podróżowanie z miejsca zamieszkania i pracy do odległego o kilkadziesiąt kilometrów wrocławskiego Centrum Onkologii, by poprzybywać z żoną, i powrót do domu.

6. „Straciłem na mocy/godziłem się z drugim planem”. Wbrew pozorom zacytowane sformułowania to nie tylko opis siebie i zmiany zachodzą-

cej w relacji z żoną, ale bardzo ważny dla narratora etap, na którym zaczął się wycofywać się, „usuwać w cień”. To na tym etapie wyraźnie zaznaczyła się i zaczęła „wzbierać” trajektoria cierpienia (w rozumieniu Fritza Schützego, por. np. Riemann, Schütze, 1991). On sam dobrze ją zlokalizował.

7. Odwlekane, ale w końcu dokonane „ścięcie włosów żonie”. Na tym etapie następuje punkt kulminacyjny trajektorii. Robert dokładnie go rozpoznał jako „namacalny moment, punkt kulminacyjny wycofania się”, załamania.

Bardzo długo powstrzymywałem żonę: „Poczekaj, poczekaj. Nie każdy cytostatyk działa tak samo i nie każdy daje takie same efekty”. [...] Ale w pewnym momencie ona powiedziała: „Teraz”. [...] Chciałem to zrobić. Chciałem, żeby to było, żeby odrobinę ciepła w tym było, nie? Żeby luźną atmosferę zasiać itd. itd. Ale wtedy coś tak pękło i po prostu wtedy już tak całkowicie... po prostu kompletnie odsunąłem się od tego. Powiedziałem, że chcę zapomnieć, chcę to przetrwać i nie wracać do tego. Nie, i koniec.

8. „Zamknąłem pewien rozdział i nie wracam do niego”. Etap ten rozpoczął się tuż po „rytuale” ścięcia włosów i właściwie trwa do dzisiaj. Niejako został on zarządzony przez Roberta, który zapragnął „zakopać” złe wspomnienia z czasów leczenia szpitalnego i „zapomnieć o chorobie, wyprzeć ją” z życia własnego i żony, by móc wrócić do „normalności”.

Przedstawiona struktura czy etapowość procesu pustoszenia świata Roberta i jego żony przez chorobę (a raczej narastające u niego cierpienie i poczucie bezradności) nastrocza pewnych trudności. Po pierwsze, „zdarzenie” zdaje się mieć kilka „początków”, które wcale nie były ulokowane w jednym czasie.

O **początku inicjacyjnym** opisanego szczegółowo przez narratora procesu własnej porażki życiowej można mówić na kilka lat przed diagnozą raka. Robert mocno akcentował jego znaczenie dla kierunku rozwoju swojej roli jako opiekuna chorującej żony. W tamtym czasie narrator był już żonaty, ale z powodu przebywania na emigracji zarobkowej miał utrudniony kontakt z żoną. Telefonicznie dowiedział się, że przydarzył się jej niegroźny, choć dość przykry wypadek. Sytuacja ta okazała się dla niego bardzo trudna, ponieważ nie mógł porzucić pracy i osobiście wesprzeć cierpiącej żony. Szukając sposobu na poradzenie sobie z wewnętrznym napięciem, zaczął, jak sam mówił, nieświadomie „trenować” siebie w tłumieniu emocji, odcinaniu się od swoich doznań i pragnień, niejako hartować w nieodczuwaniu. Strategiczne dystansowanie się od problemu, na który nie mógł nic zara-

dzić, w konsekwencji spowodowało, że od tej pory zwykł przyjmować pozycję obserwatora.

Początek metafizyczny, zwiastujący fatum, wydarzył się kilka miesięcy przed wykryciem guza w piersi żony. Przepowiednią nadchodzących zdarzeń w interpretacji narratora były oglądanie wspólnie z żoną programów o remontach domów. Jednocześnie był to **początek narracyjny**, ponieważ Robert od tematu raka w przekazach telewizyjnych zaczął swoją opowieść.

Ostatnim z dających się wyłonić w przedstawionej narracji był **początek medyczny** – najbardziej „konkretny” i legitymizowany autorytetem nauki, a związany ze zdiagnozowaniem choroby, będącym wstępem do rozpoczęcia intensywnego leczenia. Bardzo wiele narracji amatek i/lub towarzyszących im w chorobie mężów czy córek rozpoczyna się od tego „miejsca”, prawdopodobnie dlatego, że łatwo jest go umiejscowić w czasie, a poza tym właśnie wtedy następuje mentalna zmiana obrazu siebie: osoba zdrowa „staje się” nagle chorą (por. np. Sontag, 1999, s. 1; Hitchens, 2013, s. 5), a jej najbliżsi przyjmują rolę nieformalnych opiekunów. Wszyscy znajdujący się w „epicentrum raka” doświadczają – w ten czy inny sposób – przerwania biografii (Bury, 1982).

Podobne trudności związane z określeniem początku historii dotyczą jej „końca”; jego ogłoszenie nosi oczywiste znamiona myślenia życzeniowego, a medycyna nie zgodziłaby się tego „autoryzować” (od zakończenia leczenia bowiem minął wówczas zaledwie rok). Zresztą doświadczenia ani chorej, ani jej najbliższych nie pozwalają na jednoznacznie stwierdzenie, kiedy nastąpiło rozwiązanie kryzysu, a co dopiero wyzdrowienie. W tym kontekście warto podkreślić, że Robert włożył bardzo dużo wysiłku psychicznego, by przekonać sam siebie, iż **rozdział choroby** jest w „księdze jego życia” zamknięty. W tym celu opracował zestaw własnych metafor, np.:

Ten nowotwór to jest jakby taka kula, tak? I w tej kuli zawierają się coś... wszystkie wydarzenia. Jak to powiedzieć, tak? I ona ma kształt regularny i można ją otoczyć jakąś tam zbroją, tak? A sytuacje dnia codziennego, stresy są nieregularne. Są różne bodźce. To jest praca, perturbacja finansowa, zdarzenia losowe, typu... Strzelam zupełnie, na potrzeby tej rozmowy – stłuczka, tak? To są sytuacje nieregularne. Tutaj sytuacja była niepewna, w odniesieniu do tej choroby. Gdyby zdarzyła się... jeszcze jakaś komplikacja, na przykład przerzut, to nie byłoby to takie proste, tak? Ale my mówimy, że wszystko przeszło gładko, że była diagnoza, leczenie [...] i efekt tego pozytywnego leczenia. Regularny kształt, tak? Wszystko się domknęło, można to otoczyć. A życie codzienne? Co chwilę coś innego. Jak nie to, że... Jak nie mała nabroi,

to na przykład w pracy dadzą w kość. Jeżeli w pracy nie dadzą w kość, to wracając z pracy ktoś po prostu... Nie wiem, strzelam – ja nie miałem na szczęście – stłuczka. Albo jak nie stłuczka, to jak się wróci do domu, to wtedy się coś wydarzy [*śmiech*]. I to nie jest coś, co można ubrać w otoczkę, można się na to uodpornić. Nie można. W takim kontekście ja to rozumiem. I tak, tak to się dzieje.

Metafora kuli posłużyła mu do wyjaśnienia, dlaczego doświadczenie choroby jest czymś odrębnym, innym niż zwyczajne życie, dlaczego da się je wyabstrahować i „zamknąć w szafie” (celowo używam tu tego, kulturowo znaczącego, wyrażenia figuratywnego).

Wracając do etapów doświadczenia choroby, a właściwie do wciąż mocno akcentowanego wątku (i zapowiedzianego w tytule „fantazmatu porażki”), trzeba zauważyć, że Robert w sposób błyskotliwy, a przy tym nieświadomy, w snutej opowieści krążył wokół własnego cierpienia, ale nie był w stanie się z nim otwarcie zmierzyć. Nietrudno stwierdzić, że w kokonie/kuli zamknął nie nowotwór, ale swoje lęki i wyrastające z nich cierpienie. Wiele osób, które doświadczają sytuacji trudnej, aby sobie z nią poradzić, zaczyna „leczyć” objawy, cały czas, mniej lub bardziej świadomie, unikając zajęcia się przyczyną kryzysu – od pewnego momentu zaczynają więc cierpieć z powodu samego cierpienia, a nie tego, co je wywołało, bojąc się kryjącego się za nim... lęku. Przy tym ich koncentracja na radzeniu sobie z uciążliwymi objawami jest tak duża, że nie widzą, jak nieskuteczne, niekonstruktywne, a nawet irracjonalne są ich działania. Tak właśnie jest z Robertem.

Interpretacja jego słów/doświadczeń pozwala dostrzec, w jaki sposób Robert wypracowywał własny, nieprzynoszący pożądanych rezultatów, sposób mierzenia się z kryzysem zdrowotnym żony – sposób, który ujawnia trajektoryjny charakter zachodzącego procesu. Koncepcja trajektorii cierpienia, opracowana przez Fritza Schützego, opisuje proces psychospołecznej adaptacji do wybranego trudnego doświadczenia, np. choroby onkologicznej, przeżywanego przez pacjentów jako psychiczny szok. Ten proces, nadający strukturę biografii, można zdefiniować jako sekwencję zachodzących zdarzeń, którym podlegają bezradne wobec nich jednostki. Trajektoria cierpienia opisuje niemożność organizowania swojego życia w sposób aktywny – pomimo podejmowania różnych, ostatecznie nieskutecznych, aktywności. Dlatego też koncepcja ta umożliwia ukazanie stopniowej utraty „normalności” i popadanie w sytuację anomii, tj. rozpadu społecznych więzi między jednostką a jej społecznością, włączając w to częściowy rozpad społecznej i osobistej tożsamości (Heine i in., 2012, s. 108).

Rezygnacja ze sprawowania kontroli nad zachodzącymi zdarzeniami i porzucenie ważnych dla siebie ról społecznych jako decyzja narratora w obliczu nadchodzącej klęski

Cała wypowiedź Roberta przywodzi na myśl wytężoną pracę tożsamościową, by opowiedzieć o sobie w sytuacji dla niego traumatycznej, ale wysiłki te nie przynoszą satysfakcji ani nawet pocieszenia: zamiast sobie radzić, popada w samooskarżenia i doznaje coraz większego bólu emocjonalnego. Trajektorię cierpienia, którą uwidacznia cała jego narracja, można „porównać do kataklizmu, który zwala się nieoczekiwanie na człowieka, niszczy jego porządek świata, powoduje bankructwo «pewnej koncepcji siebie»” (Borkowska, 2004, s. 35). Odwołująca się do Schützego Agnieszka Kołodziej-Durnaś dodaje, że w takiej sytuacji zachodzi „proces wypracowywania nowych interpretacji, pracy nad tożsamością jednostki [...], która zostaje poddana zewnętrznym, niezależnym od jej woli okolicznościom, czemu towarzyszy cierpienie” (Kołodziej-Durnaś, 2010, s. 61).

Jednym z ważniejszych, mocno podkreślanych, tematów w narracji Robert jest negatywny obraz siebie – żal i rozczarowanie z powodu niezaliczenia sprawdzianów życiowych, gdy żona przeżywała różne trudne chwile (a więc testów na prawdziwego mężczyznę i idealnego męża). Jednocześnie narrator nie potrafi siebie docenić za to, że był przy niej w sytuacjach zwyczajnych, nieprzełomowych, np. bagatelizuje swoją codzienną obecność w szpitalu, gdy żona czekała na operację („Chciałem być bliżej żony, więc codziennie [jeździłem] do Wrocławia, bo żona była we Wrocławiu”), towarzyszenie jej na kolejnych etapach leczenia/zdrowienia.

I znowu okazało się, że ja byłem z żoną, byłem tam, na tych kropłówkach, byłem podczas ciąży... Tak że wchodziłem tam. Ale mimo wszystko, w moim odczuciu, nie dawałem jej takiego wsparcia, **jak ktoś by pomyślał, że powinien mąż dawać**, tak? Nie było tak, nie byłem w stanie [wyróż. E. Z.].

Nie umie też zauważyć swojego zaangażowania w podejmowanie decyzji dotyczących zdrowia i samopoczucia żony (np. odnośnie do rekonstrukcji piersi). W pewnym momencie jednak stwierdza, że może jakoś wspierał żonę. Wniosek ten formułuje na podstawie braku jawnej krytyki z jej strony, tj. tego, że niczego mu nie wypominała, nie odrzuciła go, nie miała mu za złe niczego konkretnego. O tej ostatniej kwestii mówi w sposób dość paradoksalny:

Przejawem jej takiego poczucia [tj. nieotrzymania wsparcia z jego strony], mogłoby być odepchnięcie mnie później. Nic takiego nie nastąpiło. Nie. Jak-

by **nie poniosłem tego konsekwencji**, więc domniemam, że nawet jeżeli to nie wywarło, nie stworzyło w niej to takiej zadry, która gdzieś tam... **Nawet jeżeli gdzieś tam ją w ten sposób zraniłem, to nie była to taka rana, która się nie zagoi.** Teraz nie... Dla nas nie... Nie stworzyło to między nami, w naszym związku takiego muru, który powodowałby jakieś niesnaski, żal. Być może w tamtym okresie... w tamtym okresie być może tak. Ale ja nie mogę tego jednoznacznie stwierdzić. Nie potrafię [wyróż. E. Z.].

Innym kluczowym tematem narracji Roberta, ukazującym rozpad społecznej tożsamości, była jego, wielokrotnie ponawiana, decyzja o poddaniu się walkowerem w sytuacji spotkania z innymi, którzy znaleźli się w „orbicie” żony i wchodzili w jej sieć wsparcia (w szczególności cztery osoby: teściowa, onkolog operujący żonę, koleżanka z oddziału szpitalnego, bioenergoterapeuta). Znaczące jest, że to nigdy nie były konfrontacje, rywalizacja o względy żony czy otwarte wyzwanie do walki. Zanim w ogóle do czegoś doszło, Robert sam się wycofywał. Być może z jego perspektywy, której do końca nie ujawnił w wywiadzie, kwestie te były bardziej skomplikowane: a więc teściowa mogła kwestionować wartość działań Roberta lub krytykować go w obecności swojej córki, a jego żony, lekarz mógł ośmieszać jego brak rozeznania w wiedzy medycznej i postępowaniu z chorymi onkologicznie, koleżanka amazonka mogła go zupełnie zlekceważyć jako nienależącego do tej samej falangi (tu: grupy kobiet albo – co jeszcze istotniejsze – grupy pacjentów z rakiem), a bioenergoterapeuta mógł sugerować żonie, że Robert wywiera na nią zły wpływ, niszczy jej życiową energię itp. W wywiadzie jednak w ogóle o tym nie wspomina – wręcz przeciwnie, miejsce każdej z tych osób w sieci wsparcia żony zdaje się akceptować i uznawać „użyteczność” ich oddziaływań. Odpowiednio wszystko wyjaśnia, uzasadnia ważność ich obecności w życiu żony i przydziela każdemu odrębne funkcje: teściowa troszczy się o swoją córkę (mówi, że on też zrobiłby wszystko, by ochronić i wesprzeć swoje dziecko), lekarz ma wiedzę i kompetencje (może zdiagnozować i leczyć chorobę, jego słowa działają kojąco na żonę, jest w nich pewność specjalisty i naukowa prawda – on przecież tego nie ma), koleżanka amazonka ma inny **konkret** – własne doświadczenia zmagania z rakiem (trudno zaprzeczyć, że wypływa z nich swego rodzaju mądrość, której on sam nie ma), bioenergoterapeuta przekonał żonę, że dba o jej zdrowie duchowe i energetyczne (a on sam przecież nawet w to nie wierzy).

Zastanawiające jest, dlaczego Robert, rozumiejąc, że każda z wymienionych osób oferowała jego żonie coś innego (rodzicielską troskę, wiedzę merytoryczną, podobieństwo doświadczeń oraz wiarę w świat duchowy) i że

żadnej z tych kompetencji sam nie ma, nie podjął współpracy z tymi poszczególnymi „specjalistami” lub po prostu nie towarzyszył żonie podczas kontaktów z nimi, ale „uciekał”, wycofywał się na drugi plan. Ciekawe są też jego uzasadnienia, a raczej usprawiedliwienia, podszyte zarzutami wobec wymienionych Innych (wtedy zdarza mu się używać bezokoliczników, jakby ukrywał swoje pretensje w formach nieosobowych, odcinając się od swoich prawdziwych emocji, albo nieświadomie zmienia podmiot mówienia – przechodzi z zaimka „ja” lub „my” na „ona”):

- teściowa zrzuciła na niego odpowiedzialność, której nie mogła podjąć:

Ja pamiętam jedną rzecz, która była dosyć ciężka, bo mama żony powiedziała mi, że teraz, prawda, oni nie mają siły i teraz to ja muszę wszystkich wspierać. Co było dosyć obciążające, ale być może to nie były takie... to nie były takie intencje, żeby zepchnąć wszystko na mnie... Ale mimo wszystko gdzieś tam słowo się rzekło. No, nieważne. Być może ona w takiej czy innej sytuacji, w jakimś kontekście... ale gdzieś słowo się rzekło. I to mi utkwilo w głowie.

- lekarz zakwestionował nie tylko jego autorytet, ale podważył jego męskość i niejako odebrał rolę męża – zastępując go w funkcji opiekuńczej wobec żony:

Wtedy zrozumieliśmy, że jesteśmy w dobrych rękach. No więc, jak żona uzyskała taką pewność, że jest w dobrych rękach i poczuła, że ktoś się nią opiekuje... Bo wiedziała, że... no, ja jej nie mogłem dać takiej opieki. Ja mogę dać jej wsparcie, takie: „słuchaj, będzie dobrze, ale ja ci tego nie zagwarantuję”. Lekarz... lekarz mógł jej dać pewność, taką, że robi, co w jego mocy. Jakby piłeczka była po jego stronie, tak? On mógł leczyć, on mógł diagnozować. Ja tego nie mogłem, więc straciłem trochę na mocy [*autoironiczne zachnięcie*] Straciłem na mocy. Ja mogłem jedynie zapewniać, że mi to nie zrobi różnicy to, co nastąpi, jaka będzie sytuacja po. Ale nie byłem w stanie wesprzeć żony. Wiedziałem dobrze, że to, co ja powiem, to nie zbuduje u niej takiej osłony, że te złe informacje będą się od niej odbijać. A dopiero lekarz, dopiero lekarz przyjął takie podejście. Więc ja tutaj byłem, w pewnym momencie, drugoligowym graczem, tak? Ja byłem na drugim miejscu. Po prostu lekarz przejął tę rolę takiego opiekuna.

- koleżanka odbierała mu żonę, poprawiała jej nastrój, utrudniała pogłębianie więzi emocjonalnej z żoną:

Ja widziałem po żonie, że jak tylko [...] z tą koleżanką wymieniały się pozytywnymi wynikami badań [...] to to był stuprocentowy efekt.

Jego „dezercja”, jak zdaje się mówić, wynikała nie tylko z zaobserwowanych efektów relacji żony z innymi jej „pomocnikami”, ale też z poczucia bezwartościowości i nieudolności własnych wysiłków (np. z powodu braku wiedzy medycznej czy informacji o danych epidemiologicznych czuł, że zmuszony jest kłamać żonie, że wszystko będzie dobrze, choć sam w to nie wierzył, a ona na początku wciąż zadawała mu to samo pytanie) oraz reakcji żony na próby okazania jej wsparcia (zwłaszcza, że ciągle próbowała wciągać go w potyczki słowne, przyłapując na niewiedzy i kwestionując jego słowa otuchy z powodu braku merytorycznych uzasadnień). Jeszcze jednym ważnym powodem wycofania się ze wspierania żony była obawa o zranienie jej, która zresztą jest dość powszechna u opiekunów pacjentek (u niego jednak przybrała szczególną formę).

Ja próbowałem przez krótki okres, ale to był bardzo krótki okres, próbowałem i nawet poczułem się przez chwilę dowartościowany. Ale szybko zobaczyłem, właśnie poprzez obserwacje sytuacji z lekarzem, poprzez obserwacje sytuacji, gdy rozmawiała żona z koleżanką, gdy się dzielił pozytywnymi wynikami. Widziałem efekt, a widziałem też efekt moich starań. Więc próby wsparcia różne były, krótkotrwałe, no ale po porównaniu efektu jednego do drugiego stwierdziłem, że to jest bez sensu, to nic nie daje. A wręcz przeciwnie, w takich próbach można się zapętlić, powiedzieć dwa słowa za dużo albo **wyrazić mimochodem swoje wątpliwości**. To może tylko podkopać grunt, który gdzieś ktoś sobie zbudował. A... z moją żoną jest tak, że trzeba uważać. Jak jest problem, to trzeba uważać, żeby czegoś nie powiedzieć, bo **bardzo łatwo zdestabilizować**, tak? No i właśnie tego się także bałem. **Wycofałem się i pozostawiłem to w gestii ludzi, którzy potrafią zrobić to w taki sposób**... Żona jest nauczycielem, ma swój świat i wie... musi... To też ma troszeczkę z tym związek, nie? Że ona musi mieć kompetentne informacje. Że jak nie, to jest bubel i... Po prostu musi... Jak ma coś wiedzieć, to sięga do źródeł, prawda, swoich tych papierów, konspektów i innych rzeczy i ona tam sobie wyszukuje te informacje. Jest nauczona takiej metodologii działania – przekłada to też na życie codzienne. Więc nie można jej wcisnąć kitu, że będzie dobrze. Ona pyta: „Ale czemu sądzisz, że będzie dobrze? No? Czemu sądzisz, że będzie dobrze?”. I się zaczyna. Bo tutaj lekarz powiedział: „ponieważ to, ponieważ tamto”. To jest konkretne źródło wiedzy. Koleżanka powie: „słuchaj, bo ja to przeszłam; zobaczysz, nie będzie bolało, choć nie będzie przyjemnie” itd. To jest konkretne źródło wiedzy. To jest konkretny przykład. A ja co powiem? To był problem, to był problem. To była przyczyna mojego wycofania [wyróż. E. Z.].

Wycofanie może mieć także inną przyczynę – głębszą, sięgającą fundamentów tożsamości rodzajowej Roberta. Na zajęciach z kickboxingu, na które krótko uczęszczał, usłyszał:

Sztuką jest stanąć do walki [jeśli nie ma innej możliwości], ale sztuką też jest uciekać do momentu, kiedy nie trzeba będzie walczyć. To traktuję jako przejaw męskości. Takie podejście do sprawy, żeby wycofywać się, nie podejmować walki, żeby się nie tyle nie narażać, ile bez potrzeby niczego nie ryzykować. **Wycofywać się, bo być może uniknie się problemu – po co wychodzić mu na przeciw. Może się go uniknie, może ten problem nas jakby nie dopadnie.** To jest moje pojmowanie męskości [wyróż. E. Z.].

Ze słów Roberta można wnioskować, że zaszło kilka równoległych zdarzeń, które były konsekwencją lęku wzbudzonego przez zachorowanie żony.

Ja wtedy tak się przestraszyłem chwilowo, jak żona zadzwoniła i powiedziała, że to nowotwór. A jej natłuki takie rzeczy do głowy w tym szpitalu, że po prostu... Kto wie, czy ona do przyszłego tygodnia dożyje...? **że po prostu ja byłem wystraszony** [wyróż. E. Z.].

Mówi o tym wprost, ale ten komunikat jakby nie dociera do niego, tj. do jego sfery emocjonalnej, a gdy jednak próbuje się przebić, to Robert, dzięki swojemu „treningowi”, skutecznie go blokuje. I dlatego w „szklanej kuli”, w „zbroi”, w „otocze”, odseparowującej go od tego, co w środku, zamknął – jak wspominałam – nie nowotwór, ale swój lęk wywołany traumą.

Trajektoria cierpienia Roberta przyniosła załamanie – zdrzgotowała go i nie pozwala mu się podnieść (ani nawet wyraźnie pamiętać przebieg zdarzeń).

Być może sam nie widziałem, że się odsuwam. Może to też było to, że ja nie dostrzegałem tego, że się odsuwam, że jestem zachowawczy, że nie podchodzę. **Być może to był ze mną problem, a tak naprawdę nie z żoną.** Nie wiem... [...] Ja zamknąłem pewien rozdział i nie wracam do niego. Fragmenty pamiętam. Całość jakby zamknąłem. I moją formą walki z tym wszystkim jest to zakopać. Zakopać, nie wracać do tematu. Było, nie było. Owszem, udało się, wygraliśmy. Przechodzimy dalej. Nie ma [wyróż. E. Z.].

Pomimo refleksyjności, koncentracji na emocjach, uważności, bliskości z żoną i pogłębionej samoanalizy Robert czuje lub komunikuje (niezupełnie tego świadomy), że doświadcza porażki we wszystkich ważnych dla siebie rolach: partnera, męża, opiekuna, ale też ojca (czego w tej pracy nie analizowa-

łam), mężczyzny. Jednocześnie nie szuka dla siebie profesjonalnej pomocy psychologicznej ani wsparcia – jakby karząc siebie za przeżywane cierpienie.

[Żona mnie] nie wspierała, dlatego że ja nie dawałem jej szansy, dlatego że... Staralem się w ogóle nie mówić, co ja czuję na ten temat. Znaczący, stwierdziłem, że to, co ja myślę, i to, co czuję, to jest zbędne obciążenie dla niej. Uważałem, że... Tak jak mówię, nie czułem tego, tej możliwości wsparcia jej w sposób taki, jak powinienem, więc stwierdziłem, że nie będę szkodził, mówiąc o moich obawach, moich uczuciach czy o tym, że jest mi źle, ciężko itd. Stwierdziłem, że to jest rzecz, którą mogę zrobić dla niej w tej chwili czy tamtej chwili. Po prostu nie mówiąc kompletnie [nic]. Stwierdziłem, że to, co ja czuję, to jest [tylko] mój problem. Muszę sobie z tym poradzić. A jak sobie poradzę, to zawocuje, zaprocentuje to w naszym związku. Ja sobie z tym poradzę.

Opisany przez Roberta proces formułowania i realizowania w życiu pomysłu na to, jak odnaleźć się w sytuacji choroby żony, został przeze mnie określony mianem anatomii (fantazmatu) męskiej porażki. Narrator w trakcie trwania ponad dwugodzinnego wywiadu starał się mnie „przekonać” do racjonalności swojego pomysłu, tzn. najpierw ukazać, jak powoli, systematycznie i z rozmysłem „usuwał się w cień”, potem uzasadnić, skąd wzięła się taka jego „decyzja”, a na sam koniec nakłonić mnie do oceny jej jako właściwej. Taką mentalną aktywność podjął wobec siebie i udało mu się przekonać samego siebie, że postępuje adekwatnie do sytuacji, po myśli żony i dla dobra ich wspólnego związku. Ja jednak przede wszystkim usłyszałam, jak (przy użyciu określonych środków narracyjnych i konkretnych działań) dokonuje zaawansowanej autodevaluacji. Jego narracja na temat swojej stałej, ale niecenionej przez niego i w jego przekonaniu nieważnej dla żony, obecności w czasie jej powracania do zdrowia bardzo mnie zaniepokoiła. Słuchając go, a potem czytając transkrypcję wywiadu, ten lęk o jego samopoczucie, funkcjonowanie i, ogólnie, tożsamość tylko się nasilał. (Konsekwencją głębokiego „zanurzenia się” w narracji Roberta było przeżycie przeze mnie zaskakująco silnych emocji. Nie sądzę jednak, by wpłynęły one na dokonaną interpretację, którą starałam się prowadzić rzetelnie i zgodnie z wytycznymi sformułowanymi przez Gilligan).

Robert snuł opowieść o swoim przywiązaniu do żony, oddaniu i wspieraniu jej w powrocie do **normalności**, a przy tym relacjonował, jak zatracca siebie, jak sam zadaje sobie cierpienie. Ta wewnętrzna sprzeczność ujawniła się jako kluczowa w przeprowadzonej analizie – poczucie porażki jako mężczyzny, męża, opiekuna, u Roberta, drobiazgowo przez niego argumentowane, przeczyło jego zaangażowaniu we wspieranie żony (tj. słowom opi-

sującym jego codzienne towarzyszenie jej i jego oddanie). Narracja Roberta zinterpretowana, zgodnie ze wskazaniami Carol Gilligan, w kontekście dominujących ideologii wskazuje na „źródło” doznawanej przez niego klęski, tj. na kulturowe wyobrażenia dotyczące męskości, które nieświadomie, ale dobitnie – w swoim „apelu” do niego o przejęcie kontroli nad chaosem wywołanym chorobą żony – przywołała teściowa, a których on nie był w stanie zrealizować, przede wszystkim dlatego, że nie wiedział, jakie dokładnie są te oczekiwania, a przecież sam też był zagubiony i zdezorientowany.

Przeprowadzona analiza wywiadu narracyjnego z Robertem ukazała jego styl interpretowania własnych doświadczeń, związanych z „uwikłaniem” w sytuację choroby żony. Znaczącym elementem tej autoanalizy jest ujawniona przez narratora reakcja emocjonalna na problem w jego rodzinie (tu: bezradność, lęk, cierpienie) i wynikająca z niej postawa (dystans, odsuwanie się, zaprzeczanie itp.). Robert, tracąc „grunt pod nogami”, stara się zachować poczucie sprawczości, które utożsamia z dokonaniem dwóch „wyborów” – jednym było zapomnienie o obecności choroby w życiu żony, drugim świadome zejście na drugi plan (tu: nienarzucające się jej towarzyszenie i odstąpienie pola bardziej autorytatywnym postaciom). Powstaje jednak pytanie, czy rzeczywiście oba wybory były konsekwencją samotnych przemyśleń Roberta i jego decyzji? Być może, nie zdając sobie z tego sprawy, odpowiadał na zachowanie żony, która mogła prezentować „oderwany sposób radzenia sobie” z chorobą (*disengaging coping*; por. Łuszczynska i in., 2007), sygnalizując mu, że potrzebuje jego obecności i uwagi, ale nie chce nadmiernej bliskości i wspólnego otwartego mierzenia się z problemem. Przeprowadzony wywiad nie pozwala wyciągnąć wniosków na ten temat – narrator w swoich wypowiedziach koncentrował się na sobie i w przekonaniach oraz emocjach poszukiwał źródeł swoich zachowań, niemniej jest to interesujące i warte zbadania zagadnienie.

Zakończenie

Analiza wywiadu narracyjnego, przeprowadzonego z mężem chorującej na raka kobiety, ujawnia głębię przemyśleń, emocji, wewnętrznych napięć i skompilowanych decyzji tożsamościowych rozmówcy. Pozwala wglębić się w proces konstruowania (fantazmatu) „męskiej porażki” przez mężczyznę, który w rzeczywistości jest odpowiedzialnym, lojalnym i bardzo wspierającym partnerem. To nierealistyczne wyobrażenie o samym sobie odciska się bolesnym piętnem na jego samoocenie i podejmowanych aktywnościach.

Z pewnością w tym kontekście warto byłoby dokonać pogłębionej refleksji nad społeczno-kulturowymi uwarunkowaniami doświadczeń Roberta w reakcji na chorobę żony, tzn. nad dominującymi stereotypami męskości (oraz kobiecości), które wydają się formować jego przekonania o obowiązkach, zadaniach i rolach właściwych prawdziwemu mężczyźnie. W naszej kulturze ciągle funkcjonuje przekaz, że mężczyźni powinni pozostawać niewzruszeni wobec najtrudniejszych zdarzeń, skutecznie działać i sprawować kontrolę nad własnym życiem i otoczeniem. Oczywiście, takich oczekiwań nie komunikuje się mężczyznom wprost – „to się po prostu wie”. Robert w bolesny dla siebie sposób zderzył się z tym kulturowym skryptem męskości, a przy tym w sposób niezwykle refleksyjny niejako go demaskuje. W tym tekście zajęłam się wyłącznie analizą wybranego przypadku, potraktowanego z bardzo bliskiej, osobistej/relacyjnej perspektywy. Skoncentrowanie się na pojedynczej sytuacji nie pozwala na uogólnienia dotyczące funkcjonowania mężczyzn w relacjach z chorującymi żonami. W zamian jednak takie podejście odsłania rozległy krajobraz refleksji i emocji narratora, które zwykle pozostają ukryte przed innymi, także najbliższymi, osobami, a nawet przed nim samym. Narracja Roberta jest na wskroś uczciwa i zaskakująco – nawet dla niego samego – otwarta. Z tego też powodu pozwala rozumieć, z jakimi obciążeniami zмага się wielu mężczyzn, których żony chorują na raka piersi, i jak siebie z tą sytuacją (nie) radzą, a także w jakich zakresach należałoby im profesjonalnie pomóc.

Bibliografia

- Bigatti S. M., Brown L. F., Steiner J. L., Miller K. D. (2011), *Breast cancer in a wife: How husbands cope and how well it works*, „Cancer Nursing”, 34(3).
- Borkowska G. (2004), *Opowiedzieć umieranie*, „Teksty Drugie”, 5.
- Bury M. (1982), *Chronical illness as biographical disruption*, „Sociology of Health and Illness”, 4(2).
- Chase S. E. (2009), *Wywiad narracyjny. Wielość perspektyw, podejść, głosów*, [w:] N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*, t. 2, PWN, Warszawa.
- Deręgowska Justyna, 2012, *Kobieta z chorobą nowotworową piersi w sieci wsparcia społecznego: kontekst jakościowy*, „Nowiny Lekarskie”, 81(3).
- Doucet A., Mauthner N. S. (2008), *What can be known and how? Narrated subjects and the Listening Guide*, „Qualitative Research”, 8.
- Dzwonkowska-Godula K. (2016), *Podejście genderowe w analizie kapitału społecznego*, „Rocznik Lubuski”, 42(1).

- Filipiak G. (2001), *Kompetencja emocjonalna kobiet i mężczyzn a życie w rodzinie*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, XIII.
- Forrest J., Nikodemos L., Gilligan C. (2015), *The experience of receiving scholarship aid and its effect on future giving: a listening guide analysis*, „Qualitative Research in Psychology”, 13(1).
- Gilbar O., Ben-Zur H. (2002), *Cancer and the Family Caregiver: Distress and Coping*, Charles C Thomas Publisher Ltd., Springfield Illinois.
- Gilligan C., Eddy J. (2017), *Listening as a path to psychological discovery: an introduction to the Listening Guide*, „Perspectives on Medical Education”, 6, s. 76–81.
- Hagedoorn, M., Buunk B. P., Kuijer R. G., Wobbes T., Sanderman R. (2000), *Couples dealing with cancer: Role and gender differences regarding psychological distress and quality of life*, „Psycho-Oncology”, 9(3).
- Hanlon N. (2009). *Masculinities and affective equality: Love labour and care labour in men's lives*, [w:] *Deconstructing the hegemony of men and masculinities* (conference materials, vol. VI), https://www.researchgate.net/publication/253658199_Masculine_identities_and_affective_equality_the_role_of_love_and_care_in_men's_lives_Exploratory_Findings_of_Phase_1 (dostęp: luty 2019).
- Heine V., Schütze F., Koehler M., Frommer J. (2012), *From life-threatening experiences to ideas of rescue: Coping with „trajectories of suffering” in adult acute leukaemia survivors*, „Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome”, 15(2).
- Hitchens Ch. (2013), *Śmiertelność*, Sonia Draga, Katowice.
- Josselson R. (2007), *The ethical attitude in narrative research principles and practicalities*, [w:] D. J. Clandinin (red.), *Handbook of narrative inquiry*, Sage, Thousand Oaks.
- Kołodziej-Durnaś A. (2010), *Autobiografia Alice Salomon – struktury procesowe biografii a losy narodu niemieckiego*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 2.
- Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/> (dostęp: luty 2019).
- Kurowska K., Adamczyk I. (2014), *Rola wsparcia i zachowań zdrowotnych w zmaganiu się kobiet z rakiem piersi*, „Current Gynecologic Oncology”, 12(4).
- Lederberg M. S. (1998), *The family of the cancer patient*, [w:] J. C. Holland (red.), *Psychooncology*, Oxford University Press, New York–Oxford.
- Łuszczczyńska A., Gerstorf D., Boehmer S., Knoll N., Schwarzer R. (2007), *Patients' coping profiles and partners' support provision*, „Psychology and Health”, 22(7).
- Morris S. M., Thomas C. (2002), *The need to know: informal carers and information*, „European Journal of Cancer Care”, 11.
- Murray M. (2003), *Narrative psychology*, [w:] J. A. Smith (red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*, Sage, London.
- Ostrouch-Kamińska J. (2017), *Konstruowanie „małżeńskiego ja”. Rodzina jako przestrzeń wsparcia i uczenia się partnerstwa małżonków*, „Rocznik Andragogiczny”, 24.
- Perez-Belda M. C. (2010), *Main changes experienced by husbands involved in the caring for their wives with multiple sclerosis in Finland, Austria and Spain*, „Kultūra ir

- Visuomenė. Socialinių tyrimų žurnalas” (Culture and Society. Journal of Social Research), 1.
- Revenson T. A., Abraido-Lanza A. F., Majerovitz S. D., Jordan C. (2005), *Couples coping with chronic illness: What’s gender got to do with it?*, [w:] T. A. Revenson, K. Kayser, G. Bodenmann (red.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*, American Psychological Association, Washington.
- Riemann G., Schütze F. (1991), „Trajectory” as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes, [w:] D. R. Maines (red.), *Social organization and social process: essays in honor of Anselm Strauss*, De Gruyter, New York.
- Riessman C. K. (2008), *Narrative analysis*, [w:] L. M. Given (red.), *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*, Sage, Los Angeles–London–New Delhi–Singapore.
- Sherman D. W., Austin A., Jones S., Stimmerman T., Tamayo M. (2016), *Shifting attention to the family caregiver: The neglected, vulnerable, at-risk person sitting at the side of your patient and struggling to maintain their own health*, „Journal of Family Medicine”, 3(7).
- Sontag S. (1999), *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, PIW, Warszawa.
- Ussher J. M., Perz J., Gilbert E. (2013), *Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer*, „Journal of Advanced Nursing”, 69(2).
- Weiss T. (2004), *Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors*, „Psycho-Oncology”, 13.
- Werner-Lin A. (2010), *Building the cancer family: Family planning in the context of inherited breast and ovarian cancer risk*, „Journal of the Society for Social Work and Research”, 1(1), doi: 10:5243/jsswr.2010.3.
- Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J. (2018), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku*, Warszawa, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2016.pdf (dostęp: luty 2019).
- Woodcock Ch. (2010), *The Listening Guide for coaching; exploring qualitative, relational, voice-centered, evidence based methodology for coaching*, „Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice”, 3(2).
- Zahlis E. H., Lewis F. M. (2010), *Coming to grips with breast cancer: The spouse’s experience with his wife’s first six months*, „Journal of Psychosocial Oncology”, 28(1).
- Zierkiewicz E., Mazurek E. (2015), *Couples dealing with breast cancer. The role of husbands in supporting their wives*, „Studia Humanistyczne AGH”, 14(2).
- Zierkiewicz E. (2013), *Prasa kobieca jako medium edukacyjne. Kulturowe reprezentacje raka piersi w czasopismach kobiecych*, Impuls, Kraków.
- Zierkiewicz E., Wechmann K. (2016), *Życie od nowa. Społeczne zaangażowanie amazońki – aktywnych pacjentek*, Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”, Poznań.

