

Dariusz Brzostek

Katedra Kulturoznawstwa, UMK

Kaszel.

## Abiekty dźwiękowe w audiosferze pandemii

Niech wolno mi będzie rozpocząć tę refleksję od przykładu, którego oczywistość sprawia, że łatwo może zostać zignorowany przez badacza, pragnącego poświęcić uwagę pejzażowi dźwiękowemu czasów pandemii. Mowa tu o jednym z najsłynniejszych literackich opisów owego fenomenu akustycznego, będącego niezmiennie przez stulecia najbardziej spektakularnym objawem „chorób piersiowych”:

Na pierwszym piętrze Hans Castorp zatrzymał się nagle, uderzony jakimś niezwykle przykrym odgłosem, który rozlegał się gdzieś blisko, za zakrętem korytarza; odgłos ten nie był intensywny, ale tak wyjątkowo ohydny, że Hans Castorp skrzywił się i szeroko otwartymi oczami spojrzął na swego kuzyna. Był to wyraźny kaszel – kaszel mężczyzny, ale nie przypominał żadnego z kaszłów, które Hans Castorp dotychczas słyszał; każdy inny znany mu kaszel był raczej wspaniałym i zdrowym wyrazem żywotności w porównaniu z tym beznadziejnym kaszlem, który nie składał się z poszczególnych wybuchów, ale brzmiał jak straszliwie bezsilne gmeranie w papce organicznego rozkładu<sup>1</sup>.

W opisie tym bez trudu rozpoznamy doskonale znany literaturze pięknej i publicystyce medycznej pierwszej połowy minionego stulecia obraz „suchotnika”, a zatem człowieka „kaszlącego, chudnącego i gorączkującego”, niezmiennie dręczonego i osłabianego przez „gwałtowny kaszel; przy którym – jak mówią nie bez słuszności – suchotnik »wypluwa swoje płuca«<sup>2</sup>. W świecie *Czarodziej-skiej góry*, tak jak i we współczesnej jej autorowi rzeczywistości, gruźlica oraz jej symptomy zajmują bowiem poczesne miejsce, przyjmując formę choroby cywilizacyjnej oraz pandemii, z którą zmagają się całe kraje i kontynenty:

Uczeni obliczyli także, ile co roku umiera na suchoty ludzi w tych lub owych krajach. Otóż najwięcej umiera ich w Rosyi i w Austryi, mianowicie, więcej niż 3500

<sup>1</sup> T. Mann, *Czarodziejska góra*, przeł. J. Kramsztyk, tom 1, Warszawa 1972, s. 22–23.

<sup>2</sup> J. Rzepko, *Co to są suchoty i jak należy z niemi walczyć*, Warszawa 1914, s. 5.

na każdy jeden milion mieszkańców, najmniej w Anglii i Japonii, 1500 na milion, we Francji prawie tyle, co i w Rosji, a w Niemczech liczba śmierci na suchoty stoi pośrodku pomiędzy tamtymi liczbami<sup>3</sup>.

W świecie tym kaszel – jako zjawisko chorobowe oraz akustyczne posiada swoją systematykę i klasyfikację: Paweł Niemeyer w swoim *Poradniku dla wszystkich* wyróżnia towarzyszący krupowemu zapaleniu krtani „kaszel szczekający” („nazwany tak od podobieństwa do szczekania psa”<sup>4</sup>) oraz „kaszel zwany kaznodziejskim”, będący „skutkiem nadwężenia strun głosowych forsowną i głośną mową lub krzykiem”<sup>5</sup>. Niektóre z cech kaszlu bywają określane w praktyce diagnostycznej za pomocą kategorii wprost muzykologicznych, by wspomnieć tu tylko określenia użyte w podręczniku badania chorób wewnętrznych autorstwa Szczęsnego Bronowskiego, wprowadzającym pojęcia „barwy” oraz „rytmu” kaszlu: „Wszyscy przecież znamy śpiewającą barwę kaszlu kłuszkowego (pianie koguta), barwę szorstką, przytłumioną kaszlu krupowego, bezdźwięczny kaszel w owrzodzeniach krtani (gruźlica, rak) itd.”<sup>6</sup>. Rytm kaszlu jest skomplikowany i bywa niezwykle cenną informacją diagnostyczną: „Obok małych suchych wstrząśnięć kaszlowych, nieustannych, które w gruźlicy płuc początkowej następują po wdechu, obok kaszlu histerycznego, mocnego, szczekającego, wybuchającego skutkiem wstrząśnięć w różnych odstępach czasu, spotykamy kaszel **kapryśny**, który powstaje napadowo złożony z całej serii wstrząśnięć wydechowych mniej lub więcej nierównych, pomieszanych z wdechem głębokim i z przerwami służącymi do zaczerpnięcia powietrza do płuc, którego dopływ był zatrzymany, poczem znów następuje nawrót kaszlu itd.”<sup>7</sup>. Dowodzi to w sposób niezbity tego, że w tej rzeczywistości społecznej kaszel jest nie tylko objawem chorobowym, ale także zjawiskiem akustycznym – fenomenem dźwiękowym, który przykuwa uwagę lekarzy, starających się z jego cech strukturalnych wywnioskować stan organizmu, przyczynę choroby, jej przebieg i rokowania na przyszłość.

Opisana powyżej sytuacja związana wprost z kwestią higieny i zdrowia publicznego doprowadziła do powstania swoistej kulturowej przestrzeni słyszenia i nasłuchiwania (kaszlu) oraz funkcjonujących w jej ramach praktyk społecznych. Ich specyfikę i zasady poznamy najlepiej, gdy przyjrzymy się nieco uważniej regulaminom tych instytucji, które w sposób bezpośredni zajmowały się stanem zdrowia osób z „chorobami piersiowymi”, a więc szpitali i przede

<sup>3</sup> S. Łagowski, *Co to jest gruźlica (suchoty) i jak się od niej chronić należy*, Warszawa 1907, s. 6.

<sup>4</sup> P. Niemeyer, *Kaszel i choroby piersiowe, ich przyczyny, leczenie i zapobieganie. Poradnik dla wszystkich*, Warszawa 1887, s. 5.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 12.

<sup>6</sup> S. Bronowski, *Podstawowe sposoby klinicznego badania chorób wewnętrznych. Tom II. Obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie*, Warszawa 1922, s. 323.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

wszystkim sanatoriów. Jak bowiem pamiętamy z *Nadzorować i karać*, zdaniem Foucaulta szpital „ma wprawdzie leczyć, ale właśnie dlatego musi być swego rodzaju filtrem, urządzeniem, które przyszpila i parceluje; tym samym winien zagwarantować panowanie nad całą tą ruchliwą zgrają, rozbierając na czynniki pierwsze mieszaninę, będącą siedliskiem zła i bezprawia”<sup>8</sup>. Sytuacja nadzoru i dyscypliny potęguje się jeszcze w klinice, w której „badana jednostka jest nie tyle osobą chorą, ile faktem patologicznym, który może się w nieskończoność odtwarzać u wszystkich osobników dotkniętych tą samą chorobą”<sup>9</sup>. Sprawia to, że nie tylko szpitale kliniczne, ale także sanatoria przybierają, właśnie za sprawą dyscypliny i nadzoru – sformalizowanych w niezliczonych regulaminach – kształt instytucji, które Erving Goffman określił niegdyś mianem „totalnych”, a zatem tworzących „miejsce pobytu i pracy znacznej liczby osób znajdujących się w podobnej sytuacji, odciętych na jakiś czas od reszty społeczeństwa i prowadzących sformalizowany tryb życia”<sup>10</sup>.

Abym się o tym przekonać, wystarczy rzut oka na zachowane do dziś „regulaminy dla chorych” dawnych sanatoriów, określających nie tylko porządek dnia oraz powinności i przywileje pensjonariusza, ale także określające dopuszczalne ramy artykulacji objawów choroby, wśród których istotne miejsce zajmuje właśnie kaszel. Znajdują one swoje miejsce wśród innych przepisów odnoszących się do sanatoryjnej audiosfery, której podstawowym elementem winna być, zdaniem twórców regulaminów, „bezwzględna cisza”: „Podczas godzin ciszy głośne rozmowy są wzbronione, jak również chodzenie po korytarzach i dzwonienie na służbę, z wyjątkiem wypadków naglącej potrzeby. Cisza obowiązuje w całym gmachu oraz na leżalniach. Podczas godzin ciszy chorzy, pozostający w gmachu zakładu, powinni znajdować się w swoich pokojach”<sup>11</sup>. W ogóle zresztą: „Wszelkie hałasy w obrębie Sanatorium są surowo wzbronione”<sup>12</sup>, a kuracjusze winni „uniknąć hałaśliwego zachowania się”<sup>13</sup>. Bywa także, że sanatoria wprowadzają dodatkowe ograniczenia dotyczące czasu, miejsca lub konkretnych aktywności pensjonariuszy, wprowadzając np. od godziny 14:00 do 16:00 instytucję „cichej werandy”, podczas której: „nie wolno rozmawiać, czytać, grać w szachy, karty itp.”<sup>14</sup>. Co więcej: „Prowadzenie dysput, także śpiewy, tańce i gry w karty na pieniądze są wzbronione”<sup>15</sup>. Nie dziwi tym

<sup>8</sup> M. Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant, Warszawa 1993, s. 171.

<sup>9</sup> M. Foucault, *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Warszawa 1999, s. 130.

<sup>10</sup> E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz, Sopot 2011, s. 11.

<sup>11</sup> *Sanatorium dla chorych piersiowych Rudka. Regulamin zakładowy*, Warszawa 1930, s. 5.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> *Sanatorium Akademickie w Zakopanem. Warunki przyjęcia i pobytu*, Warszawa 1932, s. 9.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 11.

bardziej taki przepis, który głosi, że: „Gra na instrumentach dozwolona jest tylko osobom umiejącym grać i tylko w świetlicy”<sup>16</sup>. W tym kontekście (akustycznym) miejsce szczególne zajmują regulaminowe obostrzenia dotyczące aktywności dźwiękowej pensjonariuszy związanej z samą chorobą. Po pierwsze zatem: „Rozmowy o chorobach pomiędzy pacjentami są surowo wzbronione”<sup>17</sup>. Po drugie, przede wszystkim: „W jadalni należy możliwie wstrzymać się od kaszlu”<sup>18</sup>. Kaszel bowiem nie tylko jest niehigieniczny, ale w przestrzeni sanatoryjnej jest także, podobnie jak rozmowa o stanie zdrowia, niepożądana i podejrzana. Kieruje uwagę kuracjuszy na (pogarszający się lub niepewny) stan zdrowia i przyczynia się do rozpowszechnienia dręczących chorych fantazmatów związanych z chorobą, śmiercią i rozkładem. Parafrazując znaną opinię Louisa-Vincenta Thomasa na temat ambiwalentnego statusu kulturowego ludzkich zwłok, można by z powodzeniem napisać, że w sanatoryjnym pejzażu dźwiękowym kaszel reprezentuje „brud śmierci, który kała [...] i naraża na skalanie [...] przez zakażenie”<sup>19</sup>. Należy zatem wyeliminować go z przestrzeni akustycznej lub zminimalizować jego społeczne oddziaływanie na tyle, na ile jest to możliwe w świecie ludzi nieustannie kaszlących. W tym kontekście kaszel, ale także dźwięki etiologicznie z nim stowarzyszone: odchrząkiwanie, chrypka, a nawet kichnięcia, stają się bez wątpienia odgłosami o statusie abiektu dźwiękowego *par excellence*: „niekontrolowanego hałasu pochodzącego z ciała lub też produkowanego przez niezdiscyplinowane ciało, zawsze zaś – odnoszącego się do tego, co cielesne”<sup>20</sup>. Jego abiektualny charakter ujawnia się tym bardziej, że odnosi się on nie do samego ciała lecz do stanu, w jakim organizm się znajduje, świadcząc o zaburzeniu jego funkcjonowania – chorobie, która może być zakaźna i powodować zagrożenie w przestrzeni publicznej. Chciałbym więc teraz przyjrzeć się nieco uważniej temu, jak ów dźwiękowy abiekt funkcjonuje w kulturze pandemicznej pierwszej połowy 2020 roku.

Obserwacje i wnioski przytoczone poniżej będą miały oczywiście charakter subiektywny i nieuporządkowany – trudno jest w sposób metodyczny obserwować, a tym bardziej badać, ludzi kaszlących w przestrzeni publicznej. Będą to zatem uwagi antropologa obserwującego praktyki napotykanych przezeń ludzi oraz własne zachowania w audiosferze pandemii, w której funkcjonuje on na takich samych zasadach jak inni członkowie społeczeństwa, a zatem załatwiając sprawunki, poruszając się w ogólnie dostępnych miejscach i korzystając z publicznych instytucji (poczta, środki transportu etc.). Obserwacje te są po części przygodne i przeważnie niezdiscyplinowane, bo nie poddane

<sup>16</sup> *Sanatorium dla chorych...*, *op. cit.*, s. 10.

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 17.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> L.V. Thomas, *Trup: od biologii do antropologii*, przeł. K. Kocjan, Łódź 1991, s. 85.

<sup>20</sup> *O abiektach dźwiękowych. Intymne hałasy, zdyscyplinowana spontaniczność i wstąpienie do improwizacji*, „Res Facta Nova” 2016, nr 17 (26), s. 100.

rygorom metody naukowej, ale tym bardziej „towarzyszące” – przemianom nieskomplikowanych praktyk codzienności w stanie podwyższonego ryzyka epidemiologicznego. Dlaczego jednak kaszel? Odpowiedź na to pytanie wydaje się akurat dość prosta: po pierwsze, jak wskazywałem powyżej, jest on czytelnym sygnałem dźwiękowym (*sound signal*)<sup>21</sup> niedyspozycji organizmu, pogorszonego stanu zdrowia – stawiającym „podmiot kaszlący” – jako byt cielesny, w stanie podejrzenia. Po drugie – jest on, jako sygnał akustyczny w przestrzeni publicznej, wyraźnie słyszalny i dzięki temu łatwo obserwowalny, co więcej, wydaje się w sposób szczególny przykuwać uwagę słuchacza – kierując ją w stronę osoby kaszlącej jako potencjalnie zarażonej. I wreszcie – po trzecie – w społecznym imaginarium ostatnich miesięcy zrosł się on trwale z objawami niebezpiecznej choroby. O tym, że to właśnie kaszel został powiązany bezpośrednio – jako symptom – z ostatnią epidemią SARS-CoV-2 świadczą choćby takie przykre incydenty, o których donosiła polska prasa: „Mieszkającą w Poznaniu Chinkę zaczepiło trzech nastolatków – jeździli wokół niej na rowerach i **udawali, że kaszlą**. Później na ulicy opluł ją obcy mężczyzna”<sup>22</sup>. Widać tu całkiem wyraźnie, że to właśnie kaszel stał się nie tylko z perspektywy medycznej (lekarze bowiem spierają się wciąż o reprezentatywne symptomy COVID-19), ale przede wszystkim w potocznym odbiorze najbardziej charakterystyczną oznaką choroby, świadczącą o jej bliskiej i niepokojącej obecności.

W początkowej fazie pandemii w Polsce – a zatem między stwierdzeniem pierwszego w naszym kraju przypadku zachorowania na COVID-19 (4 marca 2020 w Zielonej Górze) a wprowadzeniem stanu epidemii (20 marca 2020) – trwał swoisty stan niepewności, dotyczący objawów, przebiegu choroby, rokowań w kwestii tempa i stopnia rozprzestrzeniania się epidemii. Był to zarazem czas, w którym większość instytucji funkcjonowała normalnie – stopniowo uzyskując świadomość wzrastającego zagrożenia epidemiologicznego i wprowadzając krok po kroku obostrzenia sanitarne dotyczące praktyk życia codziennego – zwłaszcza tego, toczącego się w przestrzeni publicznej. Czyniły tak m.in. szpitale i przychodnie lekarskie, szkoły i uczelnie wyższe, oddziały Poczty Polskiej etc., starając się chronić swoich pracowników i klientów przed możliwym (choć nie do końca wiadomo jak prawdopodobnym) zarażeniem. Głównie w tym okresie, a także w pierwszych tygodniach po wprowadzeniu stanu epidemii, gdy aktywność życia w przestrzeni publicznej była osłabiona

<sup>21</sup> Sygnał dźwiękowy to w terminologii zaproponowanej przez R. Murraya Schafera „dowolny dźwięk, który skupia na sobie uwagę słuchacza” (*Any sound to which the attention is particularly directed*). R. Murray Schafer, *The Soundscape. Our Sonic Environment and the Tuning of the World*, Rochester 1994, s. 275.

<sup>22</sup> P. Żytnicki, S. Sałwacka, *Biją, kaszlą, opluwają. W czasie epidemii rośnie nienawiść. Rękę przykładają TVP i Kościół*, „Gazeta Wyborcza” 2020, 13 maja, <https://poznan.wyborcza.pl/poznan/7,36001,25940251,bija-kaszla-opluwaja-w-czasie-epidemii-rosnie-nienawisc.html?disableRedirects=true> [dostęp 31.06.2020].

lecz wciąż funkcjonowała w stanie swego rodzaju przedłużenia praktyk sprzed epidemii, pozwoliłem sobie dokonać prostych obserwacji, wykorzystując w tym celu działania podejmowane w związku z wyzwaniem codzienności w naznaczonym już obecnością wirusa SARS-CoV-2 Toruniu: robieniem zakupów, korzystaniem z komunikacji miejskiej, odbieraniem przesyłek pocztowych, a także udziałem w zebraniu elektorów podczas wyborów rektora UMK (12 marca 2020). We wszystkich tych sytuacjach, wśród osób mających świadomość rozprzestrzeniającej się epidemii (informacje o niej rozpowszechniały już wówczas wszystkie media) oraz tych, którym zdarzyło się w owym czasie cierpieć z powodu różnych infekcji dróg oddechowych, obserwowałem niezmiennie dwa typy zachowań: usilne próby tłumienia kaszlu, obejmującego nie tyle zasłanianie ust, ile próbę wygłuszenia odgłosu kasłania, a także mniej lub bardziej zdecydowane działania mające na celu odseparowanie się słyszającego kaszel od źródła dźwięku (a zatem osoby kaszlącej). Byłem zatem świadkiem kasłania nie tylko w chusteczkę, ale także w rękaw, kaptur czy golf – podejmowanego z nadzieją wytłumienia abiektualnego hałasu, który przykuwał uwagę otoczenia. I zdarzało mi się również widywać reakcje słuchaczy na takie właśnie – tłumione lub nie – wybuchy kaszlu. Należały do nich: gwałtowne odwracanie głowy od źródła dźwięku, odsuwanie się od kaszlącego, a sporadycznie także (w środkach komunikacji miejskiej) zmienianie zajętego miejsca na odleglejsze od osoby potencjalnie zarażonej. O czym mogą świadczyć te dość powszechne praktyki czasu pandemii?

Teza, którą chciałbym sformułować w tym tekście oraz poprzeć kilkoma niezdiscyplinowanymi obserwacjami nasłuchującego kaszlu antropologa, dotyczy zatem pozornej (nie)obecności kaszlu w pejzażu dźwiękowym przestrzeni publicznej czasów pandemii. Jej istotnym kontekstem staną się dwa aspekty życia społecznego: formalne regulacje dotyczące higieny związanej z kaszlem towarzyszącym chorobie COVID-19 – formułowane przez adekwatne służby i instytucje oraz faktyczne praktyki życia codziennego, wynikające po części z respektowania owych instytucjonalnych nakazów i zakazów, po części zaś z prywatnej troski o zdrowie własne i osób najbliższych. Najbardziej reprezentatywnym oraz wiążącym dla zinstytucjonalizowanych praktyk społecznych dokumentem będzie tu zapewne *Informacja Głównego Inspektora Sanitarnego w związku z potencjalnym ryzykiem zakażenia koronawirusem* z 20 marca 2020, która wyraźnie zaleca, by „przestrzegać higieny kaszlu i oddychania”<sup>23</sup>, a następnie formułuje szereg szczegółowych instrukcji, takich jak następujące zalecenie: „Podczas kaszlu i kichania należy zakryć usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką – jak najszybciej wyrzucić chusteczkę do zamkniętego kosza i umyć

<sup>23</sup> *Informacja Głównego Inspektora Sanitarnego w związku z potencjalnym ryzykiem zakażenia koronawirusem*, <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-glownego-inspektora-sanitarnego-w-zwiazku-z-potencjalnym-ryzykiem-zakazenia-koronawirusem> [dostęp 31.06.2020].

ręce używając mydła i wody lub zdezynfekować je środkami na bazie alkoholu (min. 60%)<sup>24</sup>. Czy też nie mniej istotne pouczenie: „Należy zachować co najmniej 1–1,5 metr odległości z osobą, która kaszle, kicha lub ma gorączkę”<sup>25</sup>. Instrukcjom tym towarzyszyły bardziej szczegółowe rozwiązania przyjmowane przez konkretne instytucje. Ich dobrym przykładem może być np. *Komunikat Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu z dnia 09.03.2020 w sprawie wytycznych i zaleceń w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2*, w którym znajdujemy następujące sugestie i informacje określające warunki „właściwego kasłania” w miejscach publicznych:

Należy pamiętać szczególnie o przestrzeganiu podstawowych zasad higieny – jak najczęstsze mycie rąk, zasłanianie nosa i ust podczas kichania i kasłania:

– wirusy giną w kontakcie z mydłem, a zasłanianie nosa i ust przy kichaniu i kasłaniu ogranicza szerzenie się infekcji, dzięki czemu chronimy osoby wokół nas [...].<sup>26</sup>

W zaleceniach tych widać wyraźnie dwie tendencje – skierowane do dwóch różnych grup odbiorców. Pierwsza z nich odnosi się do osób kaszlących (a zatem – potencjalnie zarażonych i zarażających) i skłania ich do „zasłaniania” ust w trakcie kasłania, względnie kasłania „w łokieć lub chusteczkę”, co ma ograniczać szerzenie się infekcji. Tendencja druga skierowana jest ku osobom zdrowym i zachęca je wyraźnie do zachowywania dystansu (co najmniej 1–1,5 metra) wobec osób kaszlących. Jak sądzę, obie te tendencje regulujące „higienę kaszlu i oddychania”, niezależnie od ich instytucjonalnej mocy oraz faktycznej skuteczności, doskonale opisują rzeczywiste praktyki związane z (nie)obecnością kaszlu w pandemicznym pejzażu dźwiękowym przestrzeni publicznej. Można je w skrócie określić odpowiednio jako tendencje do: „ukrywania” (kaszlu) oraz „unikania” (kaszlących). Sprawiają one, że, w sposób paradoksalny, w świecie dotkniętym epidemią choroby dróg oddechowych, której istotnym objawem jest uporczywe kasłanie<sup>27</sup> – w przestrzeni publicznej kaszlu praktycznie nie słysząc. I ta obserwacja nie powinna nas, bynajmniej, dziwić, jeśli tylko przypomnimy sobie uporczywe wysiłki zarządców sanatoriów „chorób piersiowych”, by w przestrzeni sanatoryjnej chorujący na gruźlicę pacjenci nie hałasowali – kaszłąc.

<sup>24</sup> *Ibidem.*

<sup>25</sup> *Ibidem.*

<sup>26</sup> *Komunikat Rektora Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu z dnia 09.03.2020 w sprawie wytycznych i zaleceń w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2*, <https://www.umk.pl/wiadomosci/?id=26633> [dostęp 31.06.2020].

<sup>27</sup> *Definicja przypadku na potrzeby nadzoru nad zakażeniami ludzi nowym koronawirusem SARS-CoV-2 z 22 marca 2020 wymienia kaszel jako jedno z trzech (obok gorączki i duszności) kryteriów klinicznych zarażenia koronawirusem*, <https://gis.gov.pl/aktualnosci/definicja-przypadku-na-potrzeby-nadzoru-nad-zakazeniami-ludzi-nowym-koronawirusem-sars-cov-2/> [dostęp 31.06.2020].

Swoją refleksję chciałbym również poprowadzić ku konkluzji wyznaczonej przez te dwie tendencje i odpowiadające im praktyki. Zacznę zatem od rozpowszechnionej skłonności do „ukrywania” (swojego) kaszlu przejawianej przez kaszlących, którzy zmiierzają nie tylko do higienicznego ograniczania swych objawów chorobowych (niezależnie od tego, czy podejrzewają u siebie obecność wirusa SARS-CoV-2, czy też dokuczają im inne zdiagnozowane bądź domniemane choroby dróg oddechowych), kasłając w rękaw bądź chusteczkę, ale wręcz starają się kamuflować sam atak kaszlu, czyniąc go możliwie niedostrzegalnym dla postronnych obserwatorów. Prowadzi to do istotnego z naszej perspektywy badawczej zjawiska „tłumienia” kaszlu (kichania, odchrząkiwania etc.) jako potencjalnie niepożądanego społecznie abiektu dźwiękowego, spełniającego zarazem nie tylko kryterium symptomu chorobowego, ale także Goffmanowskiego „zachowania nie na miejscu” (*situational impropriety*)<sup>28</sup>. Warto przy tym podkreślić, że internetowa wersja *Słownika języka polskiego PWN* podaje pięć znaczeń czasownika „tłumić”, wśród których na naszą szczególną uwagę zasługują trzy: 1. „przyciszać, głużyć”, 2. „opanowywać jakiś odruch” i 3. „hamować, opanowywać coś”<sup>29</sup>. Wszystkie one wskazują na działanie zmierzające do ograniczenia pewnej aktywności, przy czym jedno (1.) precyzuje, że aktywność ta odnosi się do emitowania dźwięku, podczas gdy inne (2.) dookreśla, iż chodzi tu o aktywność cielesną (odruch). Z kolei *Wielki słownik języka polskiego* w wersji online wprowadza ciekawą modyfikację w postaci czasownika „tłumić się”, którego znaczenie opisuje jako „stawać się mniej słyszalnym”<sup>30</sup>. I to właśnie ono zdaje się, jak sądzę, odgrywać kluczową rolę w codziennych praktykach osób kaszlących, zmiierzających właśnie do tego, by (ostatecznie) „stać się mniej słyszalnym” w środowisku akustycznym wyczulonym na pewien typ abiektualnych sygnałów dźwiękowych. W tym celu kaszlący starają się „przyciszyć” atak kaszlu, „opanowując naturalny odruch” zainfekowanego organizmu. Sądzę, że dzieje się tak nie tylko z powodu czysto ludzkiej empatii w stosunku do osób potencjalnie narażonych na zarażenie wirusem, ani też przez wzgląd na posłuszeństwo wprowadzonym przez państwo przepisom sanitarnym. Uważam bowiem, że w procesie tym istotną rolę odgrywa inny czynnik społeczny, który, pozostając w ramach terminologii zaproponowanej przez Ervinga Goffmanna, można określić mianem „lęku przed napiętnowaniem”. Kaszel staje się w kontekście pandemii rodzajem społecznego piętna, czyli „atrybutu dotkliwie dyskredytującego”<sup>31</sup> – odnoszącego się wprost do pierwszej z Goffmanowskich

<sup>28</sup> Zob. E. Goffman, *Symptomy psychiatryczne a porządek publiczny*, [w:] idem, *Rytuał interakcyjny*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa 2006, s. 138–50.

<sup>29</sup> Hasło: tłumić, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/tlumic.html> [dostęp 31.06.2020].

<sup>30</sup> Hasło: tłumić się, [https://www.wsjp.pl/index.php?id\\_hasla=69436&id\\_znaczenia=5180880-&l=25&ind=0](https://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=69436&id_znaczenia=5180880-&l=25&ind=0) [dostęp 31.06.2020].

<sup>31</sup> E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, przeł. A. Dzierżyńska, J. Tokarska-Bakir, Gdańsk 2005, s. 33.

kategorii – „deformacji fizycznych”<sup>32</sup>, sugeruje bowiem postronnym słuchaczom niebezpieczną, bo zaraźliwą, niesprawność organizmu osoby kaszlącej. I w tym właśnie miejscu docieramy do drugiej tendencji – ujawniającej się w postawach osób zdrowych, reagujących na pojawiający się w przestrzeni publicznej kaszel taktyką unikania zakażenia przez separowanie się od osób kaszlących jako potencjalnie zainfekowanych wirusem SARS-CoV-2. Sprawia to, że każdy kaszel w miejscu publicznym przykuwa uwagę, stając się *par excellence* abiektualnym sygnałem dźwiękowym piętnującym kasłającego i wyzwalającym określone reakcje otoczenia a zarazem warunkującym przyszłe zachowania osoby cierpiącej z powodu choroby dróg oddechowych.

Pokuśmy się zatem o konkluzję. Przede wszystkim w audiosferze pandemii kaszel staje się czytelnym, przykuwającym uwagę otoczenia sygnałem dźwiękowym – stając się na powrót dźwiękiem słyszalnym (bo nie ignorowanym jako banalny) i znaczącym (bo zwiastującym zagrożenie). Po drugie, każde źródło dźwiękowe emitujące odgłos kasłania jest natychmiast rozpoznawane jako potencjalne źródło infekcji. W konsekwencji kaszel staje się wyrazistym abiektem dźwiękowym – niepożądaną (przez kaszłących i słyszających ów odgłos) ingerencją w audiosferę. Prowadzi to do sytuacji, w której osoby chorujące unikają kasłania w przestrzeni publicznej, a osoby zdrowe starają się unikać kaszlących. Ostatecznym tego skutkiem jest zaś pozorna nieobecność kaszlu w pejzażu dźwiękowym pandemii. Paradoksalnie jednak możemy stać się w mniej lub bardziej odległej przyszłości świadkami i takiej sytuacji, w której widok ludzi kaszlących bez skrępowania w miejscach publicznych oznaczać będzie nie dramatyczny wzrost zachorowań na COVID-19, lecz wręcz przeciwnie, wygaśnięcie epidemii, lub też powszechne oswojenie lęku przed nią. Można zatem sformułować na koniec i taki postulat (niekoniecznie badawczy): Nasłuchujmy nadchodzącego kaszlu.

---

<sup>32</sup> *Ibidem*, s. 34.