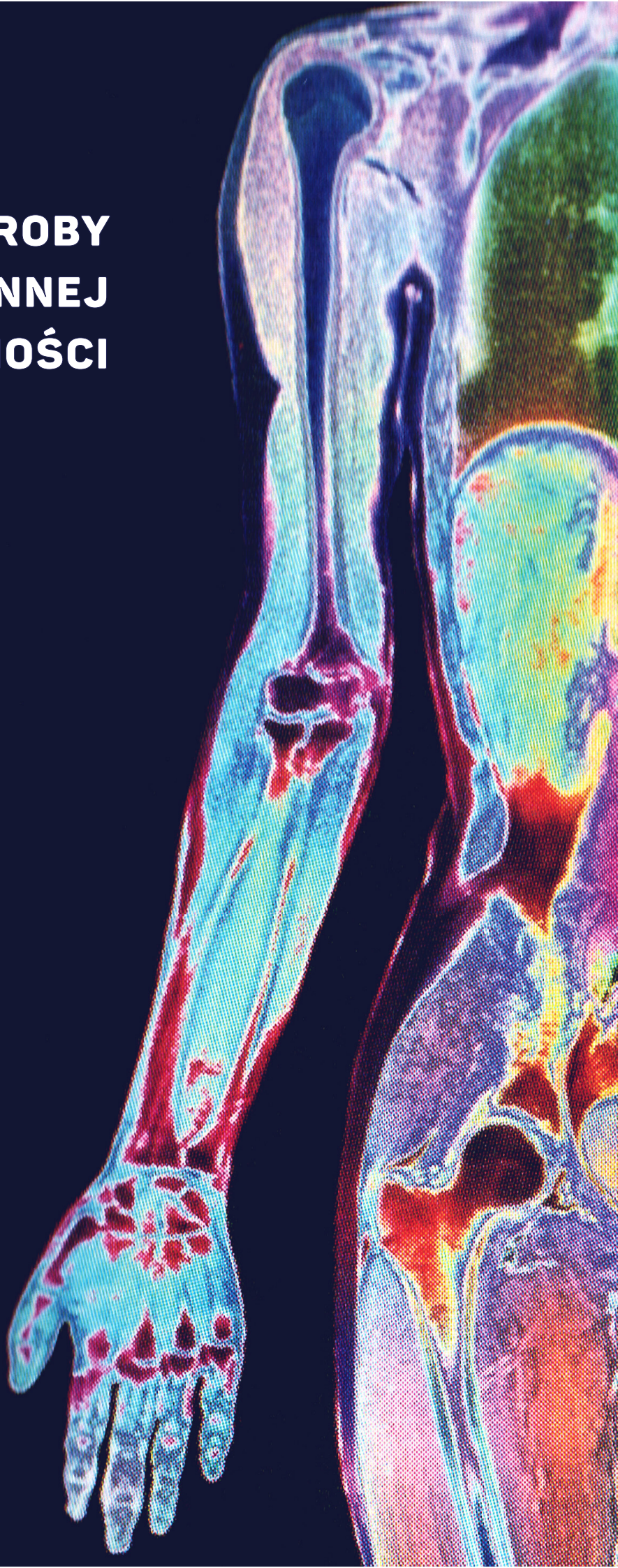
OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI



redakcja

Ewa Nowina-Sroczyńska
Sebastian Latocha
Tomasz Siemiński

OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

redakcja naukowa

Ewa Nowina-Sroczyńska
Sebastian Latocha
Tomasz Siemiński

Bytów – Łódź 2016

Redakcja naukowa

Ewa Nowina-Sroczyńska
Sebastian Latocha
Tomasz Siemiński

Recenzja naukowa

Władysław Baranowski

Projekt okładki

Paweł Fijałkowski

Skład

Paweł Fijałkowski

Korekta

Rafał Gawin
Sebastian Latocha

Wydawca

Muzeum Zachodniokaszubskie w Bytowie
Ul. Zamkowa 2
77-100 Bytów

ISBN 978-83-65472-01-4

Copyright by Muzeum
Zachodniokaszubskie
w Bytowie ITD

Bytów – Łódź 2016

Spis treści

8 **Słowo redaktorów**

11 **Introdukcja**

12 **Ewa Nowina-Sroczyńska, Sebastian Latocha**
Oblicza choroby

23 **Przeszłość/Przyszłość**

24 **Paweł Szczepanik**
Choroba jako kara za wystąpienie przeciw bogom. Przykłady z przedchrześcijańskiej Słowiańszczyzny

36 **Wojciech Łysiak**
Zapobieganie chorobom w tzw. medycynie ludowej na Pomorzu Zachodnim (XIX/XX w.)

61 **Ada Florentyna Pawlak**
Biotechnotransformacje. Ciało w projekcie transhumanistycznym

92 **Egzemplifikacje**

93 **Katarzyna Łeńska-Bąk**
Jak trwoga to do Boga, czyli jak wymodlić zdrowie

111 **Anna Chowaniec-Rylke**
Choroby rzadkie – perspektywa antropologiczna

129 **Matylda Borczyńska**
Codzienność z dodatkowym chromosomem. Zespół Downa a funkcjonowanie rodziny. Szkic do antropologii medycyny

147 **Anna Sznajder**
„To jest teraz Twój dom" – czasoprzestrzenie zwyczajnej niecodzienności w brytyjskich domach opieki

173 **Karol Walczak**
Dlaczego warto zdrowo jeść? Kulturowe znaczenie zdrowego jedzenia w procesach stratyfikacji społecznej

186 **Anna Pietrzyk**
Kulturowe mechanizmy oswajania biomedycyny w świetle współczesnych przekazów o przeszczepach

205 **Sebastian Latocha**
Przeszczep jako dar. Banalna asocjacja, niebanalne implikacje. Perspektywa antropologii medycznej

240 **Michalina Rutka**
Słowa, które leczą. O autoterapeutycznej roli blogów

256 **Magdalena Zdrowicka-Wawrzyniak**
Pacjent pozostawiony sam sobie. O społecznych zbiórkach pieniędzy na kosztowne leczenie w telewizyjnych magazynach informacyjnych

276 **Jacek Kowalewski**
Choroba w medialnym sporze politycznym

298 **Przestrzenie symbolicznej egzystencji**

299 **Jadwiga Agata Kałużewska**
Rola wizerunku ciała zdeformowanego chorobą w kulturze wizualnej płynnej nowoczesności

330 **Dominika Łarionow**
Gdy lekarz wkracza na scenę... czyli chorzy artyści

361 **Jowita Jagla**
Szpital św. Ducha we Fromborku w kontekście historycznym, muzealnym i kulturotwórczym

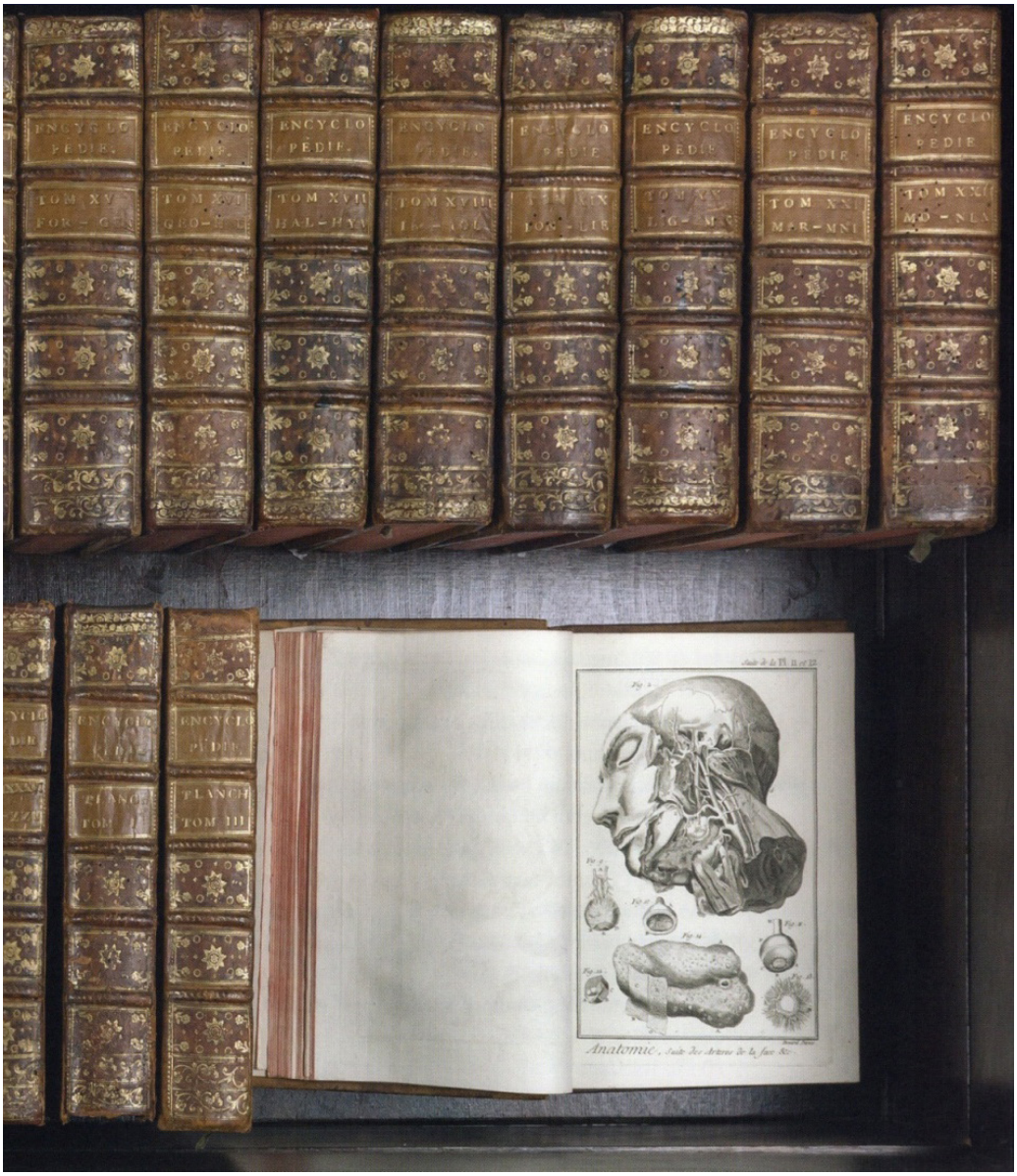
378 **Wykluczenie, tabu, stygmatyzacja**

379 **Ewa Nowina-Sroczyńska**
Podhalańskie przestrzenie terapeutyczne: Górka. Z cyklu: intermedia podhalańskie

411 **Inga Kuźma**
Bezdomność z punktu widzenia problematyki zdrowia i choroby

426 Noty o autorach

432 Spis i źródła ilustracji wykorzystanych na przekładkach



OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

Słowo redaktorów

Oddajemy Państwu – z niekłamaną nadzieją na uważną lekturę – książkę będącą efektem kolejnego, czwartego już spotkania środowiska antropologicznego – akademickiego i muzealnego, które odbyło się w listopadzie 2016 roku w Muzeum Zachodniokaszubskim w Bytowie.

Jesienne Warsztaty Antropologiczne powstały z inicjatywy pracowników bytowskiego muzeum i profesorów z uniwersyteckich ośrodków antropologicznych w Łodzi i Krakowie. Pierwsze spotkanie w 2005 roku poświęciliśmy *Obliczom sztuki nieprofesjonalnej*; drugie – w 2006 roku – obejmowało refleksję nad różnymi *Obliczami współczesnego muzealnictwa*. Rezultaty obu naukowych spotkań opublikowano w „Naszym Pomorzu. Roczniku Muzeum Zachodniokaszubskiego" – odpowiednio: nr 9 (2007 r.) i nr 10 (2008 r.).

Trzecie Warsztaty – *Oblicza małych miast. Małe miasta w czasach płynnej nowoczesności* – zorganizowane tradycyjnie przez Muzeum Zachodniokaszubskie w Bytowie i Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UŁ, dotyczyły humanistycznej eksploracji miejskiej rzeczywistości kulturowej. Wydana w 2014 roku książka była próbą prezentacji antropologicznego namysłu nad problematyką małych miast w czasach politycznej, społecznej, kulturowej transformacji.

Ostatnie spotkanie – *Oblicza choroby w czasach płynnej nowoczesności* – opatrzyliśmy listem intencyjnym, w którym pisaliśmy:

> Czasy płynnej nowoczesności stawiają przed nami wymóg mobilności, wymaga się od nas gotowości rozpoczynania wszystkiego od nowa, bo płynna nowoczesność nie da się ująć w określony kształt. To rzeczywistość charakteryzująca się fragmentarycznością, epizodycznością i małą stabilnością form kulturowych. Nasza tożsamość także podlega fragmentaryzacji, procesom rozproszenia osobowości. Stary profesor z Leeds, twórca pojęcia płynnej nowoczesności, pośród wielu znaczących jej kwantyfikatorów, wymienia i ten postulowany dziś wymóg: **bycia zdrowym, sprawnym, wiecznie młodym**. Tymczasem, niestety, chorujemy. (...) Choroba – mówią antropolodzy medyczni – ma dwa oblicza, jako że stanowi **fenomen biologiczny i kulturowy**. (...) Jakie dziś przypisujemy jej znaczenia? [http://www.etnologia.uni.lodz.pl/oblicza-choroby/]

Humanistyczny namysł nad chorobą można rozpisać na wiele dyskursów. Nasze propozycje skierowane do Państwa dotyczyły:

- temporalnych aspektów choroby,

- przestrzeni chorowania (domu, szpitala, apteki, domu opieki społecznej, przestrzeni działań współczesnych uzdrowicieli),

- przestrzeni symbolicznej egzystencji choroby (choroby jako metafory, medycyny w przestrzeniach muzealnych, choroby w sztukach wszelakich, ikonosfery chorób),

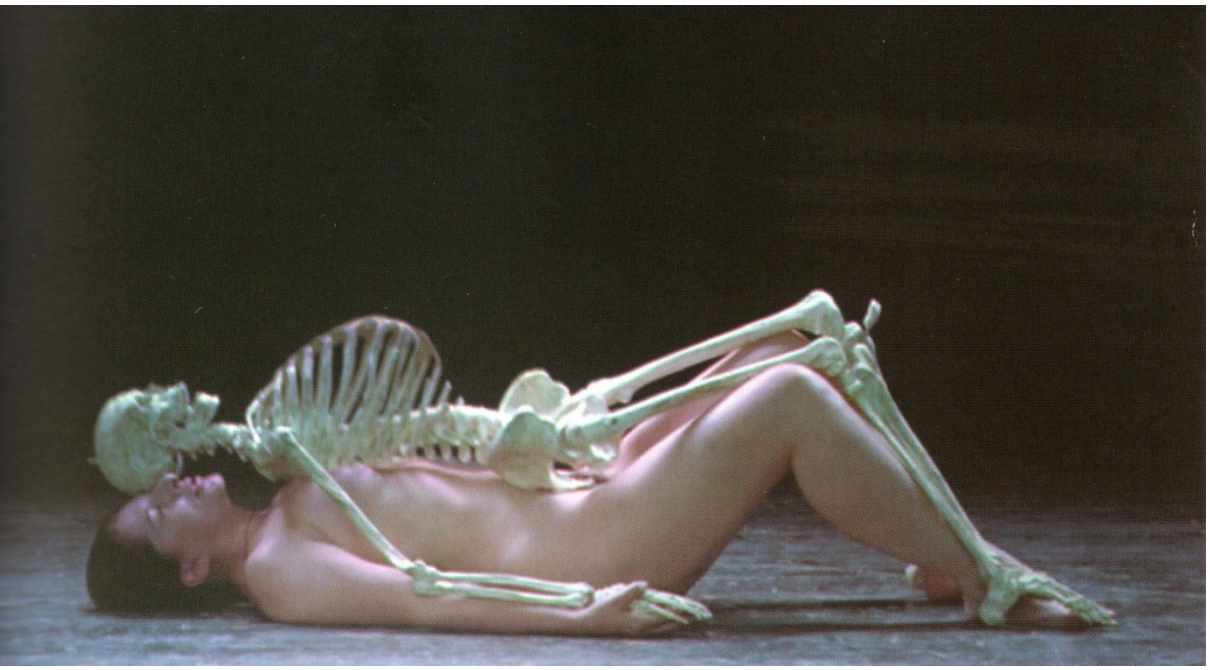
- relacji z *sacrum* (religijnych i magicznych aspektów choroby i leczenia, cudownych uzdrowień),

- dyskursów wykluczających (chorób wstydliwych, tabuizacji choroby, stygmatyzacji chorych, niepełnosprawności, kalectwa).

Tegoroczne spotkanie i książka, którą Państwu prezentujemy, bez wątpienia nosi grzech eklektyzmu. Zaletą jej jest jednak to, że każdy mówił w swoim imieniu; problematyka choroby – okazuje się – narzuca pewien sposób myślenia, skłaniając do indywidualizowania antropologicznych doświadczeń, zamiast do formułowania znaczących uogólnień. Czwarte Jesienne Warsztaty Antropologiczne były areną wystąpień wielu młodych antropologów; prezentowana praca jest przede wszystkim ich głosem[1].

Ewa Nowina-Sroczyńska
Tomasz Siemiński
Sebastian Latocha

1 Przepraszamy Autorów i jednocześnie zawiadamiamy Czytelników, że tradycją naszych bytowskich spotkań było publikowanie obrad Okrągłego Stołu. Tymczasem nadal czekamy na autoryzację wypowiedzi kilku Autorów. Zobowiązujemy się, że w kwietniu 2017 roku złożymy drugie wydanie uzupełnione.



OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

Introdukcja_

Ewa Nowina-Sroczyńska
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Sebastian Latocha
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Oblicza choroby

Antropologia medyczna to, mówiąc ogólnie, korzeniami sięgająca lat 70. XX wieku[1] subdyscyplina antropologii kulturowej (etnologii), „badająca społeczne i kulturowe aspekty zdrowia, choroby i medycyny" [Lambert 2008: 89], pokazująca, że z chorobą zawsze wiąże się określony zespół znaczeń i symboli. Pokrewne (lecz osobne) obszary refleksji stanowią: etnomedycyna, etnofarmakologia, etnopsychiatria, socjologia medycyny, bioetyka, historia medycyny, pedagogika zdrowia czy zdrowie publiczne. W Polsce już wielokrotnie prezentowano osobliwość i przedmiot badań antropologii medycznej, porządkowano jej nurty, bilansowano i aktualizowano sukcesy [zob. Penkala-Gawęcka 1987; Penkala-Gawęcka 1995; Penkala-Gawęcka 2010; Rakowski 2013; Radkowska-Walkowicz, Wierciński 2014]. Wymieniano mistrzów światowej antropologii medycznej: Byrona Gooda, Atwooda Gainesa, Roberta Hahna, Arthura Klenmana, Hansa Baera, Merilla Singera oraz polskiej: Danutę Penkalę-Gawęcką, autorkę m.in. *Medycyny komplementarnej w Kazachstanie* [2006], Adama Palucha – autora chociażby *Etnologicznego atlasu ciała ludzkiego i chorób* [1995], Zbigniewa Liberę – autora m.in. *Znachora w tradycjach ludowych i popularnych XIX-XX wieku* [2003]. Antropolodzy nie negowali i nie negują biologicznego istnienia chorób, lecz podkreślają ich metafory funkcjonujące w społecznej *praxis*. Niniejszy artykuł stanowi przegląd ważnych – w naszym przekonaniu – antropologicznych (lecz nie tylko) refleksji nad samą chorobą będącą fenomenem społeczno-kulturowym.

1 W drugiej połowie XX wieku antropologia medyczna stała się odrębną, prężnie rozwijającą się subdyscypliną antropologii kulturowej, ale za jej „ojca", prekursora uważa się W.H. Riversa (1864-1922). Nazwa tej gałęzi etnologii wykształciła się i przyjęła w latach 60. XX wieku.

Choroba ma dwa podstawowe oblicza, które w języku angielskim „obsługiwane są" przez dwa osobne słowa: *disease* i *illness*; pierwsze – odnosi się do kontekstów biomedycznych i stanu biologicznego, drugie – do kontekstów potocznych, stanu mentalnego i społecznych relacji. Słowa te mają swoje określone konotacje:

> Mdłości bądź ból głowy lepiej jest określić mianem złego samopoczucia (*illnness*) niż choroby (*disease*), gdyż złe samopoczucie wiąże się z występowaniem symptomów, to jest bólu i dyskomfortu odczuwanych przez człowieka, który źle się czuje. Zarazem jednak termin „choroba" (*disease*) sugeruje, że mamy do czynienia z leżącym u podłoża określanego zjawiska procesem fizjologicznym, możliwym do zidentyfikowania, mającym określoną etiologię i występującym w różnych, odrębnych od siebie stadiach rozwoju, których wszelkie możliwe oznaki mogą pojawić się nawet wtedy, gdy chory nie jest ich świadomy, to jest gdy nie doświadcza on jakichkolwiek symptomów. W istocie wielu ludzi choruje, wcale źle się nie czując, a wielu ludzi chorych czuje się nawet lepiej niż w stanie normalnym, na przykład ludzie cierpiący na nadciśnienie tętnicze bądź na różne formy pobudzenia maniakalnego [Gert, Cluver, Clouser 2009: 179].

Nasuwają się pytania: Na mocy czyjej decyzji jednostka staje się „chora"? Sam człowiek odczuwający ból? Czy społeczeństwo, jego otoczenie stojące na straży obyczaju, higieny i moralności? Czy lekarze ze scjentystycznym aparatem pojęciowym?

„Lekarz diagnozuje i leczy *disease*, (...), a pacjent cierpi na *illness*" [Pool, Geissler 2005: 53]. Ta sama choroba inaczej jest opisywana przez lekarzy, a inaczej doświadczana przez pacjentów, co może generować przestrzeń konfliktów światopoglądowych; z jednej strony – dyskredytację przekonań zakorzenionych w kulturze, a z drugiej – nieufność, podejrzenia, lęk i stres. W obiektywnym kodzie biomedycyny choroby i problemy zdrowotne są posegregowane i opatrzone kodami w obrębie klasyfikacji nozologicznej ICD-10, którą opracowuje Światowa Organizacja Zdrowia. Dyskurs potoczny, zawsze subiektywny, w inny sposób eksplikuje choroby – poprzez kategorie zdroworozsądkowe, mit, metaforę, stereotyp, stygmatyzację, milczenie, sferę obyczajowości, dyskurs cudu, itp. *Disease* i *illness* (słowa niemające dobrych analogii w języku polskim) to nie różne choroby, tylko różne jej wymiary. Lekarze są specjalistami od pierwszego, a antropolodzy – od drugiego z nich. Mildred Blaxter definiuje *disease* jako „zdefiniowaną medycznie patologię", a *illness* – jako

„subiektywne odczuwanie złego stanu zdrowia" [Blaxter 2009: 29]. Z jednej strony, człowiek może czuć się chory, nie cierpiąc na żadną chorobę z „katalogu" ICD-10. Z drugiej – może być (obiektywnie, fizjologicznie) chory, lecz nie chorować (nie wejść w rolę chorego) – wplatając chorobę w codzienne życie, nie dostrzec jej. Pewne społeczeństwa mogą w ogóle nie wiedzieć, że są chore, ponieważ choroba może występować powszechnie i jej cechy mogą zostać wzięte za normalne. To „kultura wpływa na określanie różnych stanów mianem choroby" [Gert, Cluver, Clouser 2009: 223].

Choroba to „rzeczywistość dynamiczna". Przesunięcie granicy „normalnych" wartości wskaźników zdrowotnych (np. BMI czy ciśnienia tętniczego) lub wizyta u lekarza może zmienić człowieka, u którego nie występują jeszcze objawy chorobowe, w chorego poddawanego systematycznemu leczeniu. W zmedykalizowanym świecie to lekarze zostali arbitrami zdrowia i choroby. Zygmunt Bauman pisze:

> Współcześnie (...) terminu »choroba« używa się często wymiennie z pojęciem »stanu wymagającego interwencji medycznej« (*medical condition*). To drugie pojęcie jest jednak tylko pozornie odpowiednikiem pierwszego. Po cichu wprowadza dodatkowe, nader istotne znaczenie, które przenosi kwestę »braku zdrowia« w całkiem inny wymiar, przesuwając akcent ze stanu na interwencję, której jakoby wymaga ów stan. (...) Dzisiaj z chorobą mamy do czynienia w chwili, gdy na scenę wkraczają lekarze" [Bauman 2011: 123].

Różnicę między perspektywami lekarza i pacjenta „oświetla" ten oto przykład: transplantacja serca o kodzie Z94.1 – jako *disease* – pociąga za sobą rutynowe, powtarzalne, sprawdzone gesty według „klinicznego scenariusza", lecz ten sam przeszczep jako *illness* – implikuje okoliczności, których nie da się dobrze opisać językiem biomedycznym [zob. Latocha; Pietrzyk – artykuły znajdujące się w prezentowanej książce].

Celem antropologii medycznej jest, między innymi, przekład jednego języka medycznego (potocznego, zdroworozsądkowego) na drugi (biomedyczny) lub odwrotnie. Marsha Quinlan pisze, że antropolodzy powinni nie tylko badać kultury medyczne oraz tradycje i kulturowe wzory, które określają ich specyfikę, ale i powinni dodatkowo tłumaczyć racje jednego systemu medycznego na kategorie drugiego w celach: otwarcia biomedycyny na inne kultury medyczne oraz uprzystępnienia samej biomedycyny [Quinlan 2015: 382]. Jest to powinność trudna w realizacji. M. Quinlan:

> Ludzie bywają etnocentryczni co do swojej medycyny – trzymają się kurczowo własnych tradycji medycznych. Globalizacja prowadzi jednak do sprzeczności. Konflikty pojawiają się, gdy: (1) ludzie z różnych zakątków świata migrują do miejsc, gdzie dominuje biomedycyna; (2) choroby przybywają razem z migrantami do świata, który nigdy ich nie doświadczał; (3) biomedycyna kolonizuje inne kultury medyczne, oparte na lokalnych tradycjach, w optyce których uchodzi za nową, obcą i podejrzaną. Antropolodzy medyczni to mediatorzy [Quinlan 2015: 383].

Antropolog powinien te sprzeczności (paralelne racjonalności) namierzać i problematyzować, przy czym jest to zadanie trudne.

Są choroby, które występują tylko lokalnie; to syndromy przypisane do kultury (ang. *culture-bound syndromes*), na przykład: *amok* w Malezji, *dhat* w Indiach, *koro* w Tajlandii, *crazy cat lady* w świecie zachodnim, czyli syndrom miłośniczki kotów, która zamienia swoje mieszkanie w kociarnię [Quinlan 2015: 389].

Wszyscy wszakże jesteśmy niewolnikami rozmaitych wyobrażeń o chorobie. Choroby zawsze powoływały metafory. „Siła metafory – mówi Susan Sontag – polega bowiem na tym, że przywołuje obraz choroby otoczonej tajemnicą, przesyconej zmyśleniem i nieodzownym fatalizmem" [Sontag 2016: 86]. Pisała: „Choroba jest nocną stroną życia, naszym uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych" [Sontag 2016: 5]. Prezentując wyobrażenia dotyczące chorób, zarówno te czyniące z nich rodzaj kary, jak i te, które nadają im treści sentymentalne, analizowała powstałe wokół chorób stereotypy myślowe, figury, fantazmaty, metafory, po to, by uwolnić się od ich wpływu. Celem esejów Sontag jest uspokojenie wyobraźni, a nie jej rozbudzenie. Oddajmy ponownie jej głos: „Nie nadawać rzeczom znaczenia, co jest tradycyjnym celem przedsięwzięcia literackiego, lecz pozbawić rzecz znaczenia: zastosować ową donkiszotowską, wysoce polemiczną strategię «przeciw interpretacji»" [Sontag 2016: 95]. Bowiem metafory i mity mogą zabijać; zniechęcają ludzi do znalezienia kompetentnej prawdy, a uwiarygodniają procedury bezużyteczne (egzotyczne lekarstwa, psychoterapie). Choroba nie może być przekleństwem, nie może być postrzegana w kategoriach kary, nie jest powodem do wstydu, nie powinna podlegać tabuizacji i stygmatyzacji. Trzy zwłaszcza choroby – bohaterki esejów Sontag – gruźlica, rak i AIDS kultura spowiła w kostium metafory. Sontag ma rację, gdy konstatuje, że metaforyzowane choroby uważane są za śmiertelne. Największą grozę budzą jednak te, które degradują, odczłowieczają. Pośród metafor niezwykle nośne wydają

się te militarne (atak, wojna, wróg), a więc choroba jako fenomen przychodzący z zewnątrz, obcy, bo tak traktujemy zwykle najeźdźców.

Mamy także niezwykłą skłonność do objaśniania chorób w kategoriach psychologicznych, bo przecież choroba to okazja do pewnego rodzaju autotranscendencji [Sontag 2016: 118]. I jeszcze jeden sposób metaforyzacji – plaga – szczególnie w przypadkach dawnych i współczesnych epidemii; ważna jest też metafora choroby jako podróży przede wszystkim inicjacyjnej (tak często analizowana przez antropologów kultury); choroba jako znak wyniesienia ponad przeciętność, ale i choroba ograbiająca nas z ekspansji „ja". W metaforach, fantazmatach, figurach wyobraźni jej podstawową cechą jest ambiwalencja. Analizując źródła naukowe i literackie (Homer, Baudelaire, Mann, Joyce, Auden i inni), pisarka prezentuje sposoby, w jakie społeczeństwo – m.in. dzięki metaforom – stygmatyzuje chorych. Ambiwalencja choroby to wielki temat sztuk wszelakich. W arcyksiążęce Tomasza Manna dają temu wyraz wiecznie dialogujący Settembrini i Hans Castorp:

> [H. Castorp] Jakież to dziwne – chora i głupia – nie wiem, czy dobrze się wyrażam, ale wydaje mi się to bardzo dziwnym, jeżeli ktoś jest głupi, a przy tym chory; gdy się te dwie cechy spotkają, to jest to chyba najsmutniejsza rzecz w świecie. Zupełnie nie wiadomo jak się do tego ustosunkować, bo wobec chorego chciałoby się zachować powagę i okazywać mu szacunek; czyż nie? Choroba jest poniekąd czymś godnym szacunku (...).
>
> [Settembrini] Muszę jednak zaprotestować, jeżeli pan uważa połączenie choroby z głupotą za pewien błąd w stylu (...). Nie mogę się zgodzić, że choroba jest czymś tak wytwornym – i jak pan powiedział – godnym szacunku, że nie powinna iść w parze z głupotą. (...) A ja twierdzę, że nie! Choroba nie jest bynajmniej wytworna ani godna szacunku – takie zapatrywanie jest już samo chorobą albo do niej prowadzi. (...) Tak więc choroba, niech pan to sobie zapamięta, bynajmniej nie jest niczym wytwornym ani tak godnym szacunku, żeby nie mogła iść w parze z głupotą, jest raczej poniżeniem – bolesnym i wrogim wszelkiej idei poniżeniem człowieka; można ją tu i ówdzie otaczać opieką i troszczyć się o nią, ale żywić dla niej cześć w duchu jest zboczeniem – niech pan to zapamięta! – jest zboczeniem i początkiem dalszych zboczeń duchowych [Mann 1992: 165-169].

Chorobę, jeden z naczelnych toposów literackich, wiązano nierzadko ze śmiercią. Dwa utwory Lwa Tołstoja wyznaczają tzw. początek kłamstwa

w kulturze europejskiej[2]. Otoczenie chorego boi się wyznać prawdę, zresztą jest przekonane, że chory wie, powinien znać swoje położenie. Bliskim brakuje odwagi – niech to zrobią inni. Pacjent, choć przeczuwa nieodwracalność choroby, podziela milczenie innych. Nieoceniony tanatolog – Philippe Ariès – pisze: „Ale publiczne stwierdzenie tego zniszczyłoby iluzję, którą chciał przez pewien czas jeszcze utrzymywać, bo inaczej traktowano by go jako umierającego i on musiałby się zachowywać tak jak umierający. Dlatego milczał" [Ariès 1989: 551].

Różne inne „twarze" kłamstwa odnajdujemy w *Śmierci Iwana Iljicza*; bohater Tołstoja dostaje się w zaklęty krąg medycyny. Jest samotny w chorobie, „ale osamotnienie chorego nigdy nie jest tak absolutne, aby nie mógł przechwycić jakiegoś sygnału" [Ariès 1989: 556]. Wszyscy, włącznie z lekarzem Iwana, uczestniczą w spektaklu kłamstwa; jemu pozostaje cierpienie, samotność, lęk metafizyczny. Dla bohatera najcięższą męką było kłamstwo; jest tylko chory, a nie umierający – zapewniają bliscy. Tołstoj jako jeden z pierwszych w literaturze uczynił tematem chorobę leczoną w szpitalu i śmierć ukrywaną w szpitalnej przestrzeni. Tak rozpoczyna się wiek XX – kłamstwem śmierci.

Choroba jest źródłem wielu tematów będących immanentną częścią ludzkiej egzystencji. Medycyna jest stałym dostawcą symboli; artyści czerpią z niej, bo jest wymarzonym polem dla sztuki [Potocka 2016: 104]. Badacze problemu, w tym także antropolodzy, piszą o dwóch medycynach – wschodniej i zachodniej. Ta pierwsza nastawiona jest na profilaktykę, jej ambicją – niedopuszczenie do choroby. Zachodnia – pojawia się w momencie jej ujawnienia; wówczas lekarze „wchodzą na scenę". Symbolika, która towarzyszy medycynie „naprawczej", związana jest z chorobą, zabiegami, cierpieniem, samotnością, kalectwem. „To symbole pochodzące z dziwnego, groźnego świata, który doceniamy, ale którego nie pragniemy. Stąd symbole zachodnie są podszyte lękiem. Medycyna wschodnia – z racji swoich metod zapobiegawczych – jest przede wszystkim źródłem symboli opiekuńczych" [Potocka 2016: 104].

Artystyczna działalność w pakt bierze symbole zachodnie – są bardziej związane z ludzką, niejednokrotnie tragiczną egzystencją. Obszary symbologenne, najbardziej podstawowe to: zdrowie/choroba, ciało, narodziny/śmierć, anatomia, patologie, anomalie, eksperymenty, estetyka, psychiatria. Sztuka współczesna niezwykle często podejmuje problematykę choroby. Historycy sztuki utrzymują, iż wykreowała ona dwa pola symboliczne.

2 *Trzy śmierci* i *Śmierć Iwana Iljicza*.

> Jedno dotyczy przepaści między ludźmi zdrowymi a chorymi, ukazując dwa odległe światy: lęk i samotność chorego i bezradność zdrowego. (...) Drugie odnosi się do refleksji człowieka chorego. Choroba zmusza do spojrzenia na siebie z pozycji przymusowego outsidera doświadczającego stanu obcego reszcie świata [Potocka 2016: 106].

Pierwsze pole symboliczne należy przede wszystkim do sztuk wizualnych, drugie – ma swoje największe egzemplifikacje w literaturze.

Były i są choroby elitarne i egalitarne. Nie wszyscy mają prawo chorować na migrenę, chyba że na zwykły ból głowy. Są choroby typowo męskie i takie, na które wypada chorować tylko kobietom. Są choroby starych i choroby młodych, bogatych i biednych, modne i niemodne. Inaczej się choruje w mieście i na wsi. Te sprawy nie do końca dają się uchwycić w biomedycznych, obiektywnych, ścisłych kategoriach. Tym, czego nie da się zmierzyć stetoskopem, ani narysować na elektrokardiogramie, ani prześwietlić, ani przedstawić w obrazie ultrasonograficznym, zajmuje się antropologia medyczna.

Choroba, chcąc nie chcąc, jest częścią ludzkiej kondycji, a nie tylko biologiczną patologią czy niedoskonałością, którą próbują jakoś „obejść" transhumaniści, spadkobiercy Gilgamesza i Prometeusza, obiecujący nieśmiertelność. Mateusz Szubert każe wyobrazić sobie filozofię europejską bez apoteozy cierpienia u Friedricha Nietzschego i Émila Ciorana [Szubert 2011: 119-122]. Małgorzata Halber – europejską literaturę, muzykę i film bez Franza Kafki, Fiodora Dostojewskiego, Kurta Cobaina, Virginii Woolf i Ingmara Bergmana [Halber 2016: XI]. A jednak choroba i cierpienie dzisiaj są dezawuowane, lepiej się do nich nie przyznawać, ponieważ aktualnie tryumfuje moda na dobre samopoczucie.

Czasy płynnej nowoczesności stawiają przed nami wymóg mobilności, wymaga się od nas gotowości rozpoczynania wszystkiego od nowa, bo płynna nowoczesność nie da się ująć w określony kształt. To rzeczywistość charakteryzująca się fragmentarycznością, epizodycznością i małą stabilnością form kulturowych. Zygmunt Bauman pośród wielu kwantyfikatorów ponowoczesności wymienia postulowany dziś wymóg bycia zdrowym, sprawnym, wiecznie młodym, zadowolonym – lepszym, a nie zmęczonym, chorym, cierpiącym. „Każdy z nas jest zwycięzcą. A na takie dylematy jak *Mdłości* Sartre'a nie ma już w ogóle miejsca, tak bardzo są one nieefektywne" – ironicznie pisze M. Halbar [Halbar 2016: IX].

Carl Cederström i Andre Spicer w *Pętli dobrego samopoczucia* piszą, że współcześnie dobre samopoczucie przekształciło się w opresję, ponieważ nie wypada dzisiaj czuć się źle. Ideologia *wellness*, którą propagują trenerzy personalni (jeszcze dziesięć lat temu ich nie było), ludziom nią oczarowanym zaciska

jednak pętlę na szyi. Oferuje ona wysportowanym „foodystom" niemal świąteczne, podniecające przeżycie zjedzenia jarmużu, a „korporacyjnym atletom" – narcystycznym, niepalącym beneficjentom karty „MultiSport" – życie w „płynnej hybrydzie pracodomu", pracę przy biurku-bieżni czy biurku-rowerze, spacerowe spotkania oczyszczające z grzechu siedzenia. Filozofia dobrego samopoczucia pociąga za sobą „samopoprawę", samodyscyplinę, samokontrolę wytrenowanego „ja", które „zostało przygotowane na spotkanie z wymaganiami współczesnego kapitalizmu" [Cederström, Spicer 2016: 4]. Odpowiedzialność za chorobę spoczywa na jednostce. Zdrowie i radość stały się moralnym imperatywem. Ludzie, którzy nie dbają o swoje dobre samopoczucie, są podejrzani we współczesnym społeczeństwie, w którym choroba została skojarzona z niezdolnością do pracy. Jednocześnie stygmatyzuje się i demonizuje: grubych, palących, pijanych, źle ubranych, leniwych, niezdyscyplinowanych, zaniedbanych jako „bezwstydnie czerpiących przyjemności z czegoś, czemu każda rozsądna osoba powinna stawiać opór" [Cederström, Spicer 2016: 4]

C. Cederström i A. Spicer w swoich konstatacjach są o krok od asocjacji tej ideologii z rządomyślnością Michaela Foucaulta, w której chodzi o tendencję do pozornego w gruncie rzeczy przesuwania odpowiedzialności i rządzenia z państwa na jednostki „dysponujące strefami dowolności, zarządzające się same, wyręczające państwo, które wszakże zachowuje kontrolę nad społeczeństwem, dbając jednocześnie o to, by rządzeni mieli poczucie, że są autonomicznymi podmiotami (pracownikami, obywatelami, ludźmi spędzającymi czas wolny itd.)" [Czyżewski 2009: 87]. Człowiek zdrowy, wysportowany, zdyscyplinowany to człowiek gotowy do pracy, który nie korzysta z opieki państwowej, ponieważ jej nie potrzebuje. Filozofia *wellness* zabezpiecza jednostkę przed bezrobociem (jako chorobą), a państwo – przed opieką nad społeczeństwem, które samo sobą zarządza:

> Bądźmy zadowoleni, ludzie lubią osoby zadowolone, jako zadowoleni łatwiej znajdziemy pracę i zarobimy pieniądze. (...) Zadowolony i zdrowy członek społeczeństwa będący świetnym kowalem własnego losu nie obciąż budżetu państwa świadczeniami socjalnymi, tylko napędza kapitał wielkich korporacji. Oto obywatelu, masz być kreatywny i zdrowy, a jeśli nie jesteś, to znaczy, że robisz coś niewystarczającego, że ponosisz porażkę [Halber 2016: X].

Wydaje się, że to stanowi właśnie rys ponowoczesnego chorowania – wyrugowanie ze świadomości choroby, cierpienia, złego samopoczucia, co jest tylko piękną iluzją. To przejaw „pociągu do życia wiecznego", antycypowanego przez przenikliwego obserwatora naszej rzeczywistości – Jerzego Pilcha [2007].

Streszczenie

Autorzy przedstawiają w skrócie antropologiczne podejście do choroby w opozycji do biomedycznego. Podkreślają, że choroba jest nie tylko zjawiskiem biologicznym, ale i społeczno-kulturowym, czego dowód stanowi funkcjonowanie licznych mitów, metafor, znaczeń i symboli. Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na pytanie: Jak płynna nowoczesność wpływa na społeczny wymiar choroby?

Słowa kluczowe: choroba, antropologia medyczna, płynna nowoczesność

Anthropological reflection on diseases in liquid modernity

The autors try to gather basic concepts of disease in medical anthropology and other social sciences. They briefly present a disease as not only biological, but social and cultural phenomenon. The paper aims to answer the questions: What is a characteristic of a disease in liquid modernity? How liquid modernity influence social image of disease?

key words: disease, medical anthropology, liquid modernity

Bibliografia

Ariès Philippe (1989),
Człowiek i śmierć, PIW, Warszawa.

Bauman Zygmunt (2011),
44 listy ze świata płynnej nowoczesności, Kraków.

Cederström Carl, Spicer Andre (2016),
Pętla dobrego samopoczucia, tłum. Żurek Łukasz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Czyżewski Marek (2009),
Między panoptyzmem i „rządomyślnością" – uwagi o kulturze naszych czasów, „Kultura Współczesna, nr 2, s. 83-95.

Gert Bernard, Cluver Charles M., Cluser K. Danner (2009),
Bioetyka. Ujęcie systematyczne, tłum. Chojnacki Marek, Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk.

Halbar Małgorzata (2016),
Przedmowa do polskiego wydania. Nie ma nic złego w czuciu się dobrze. Nie jest jednak dobrze, kiedy masz poczucie, że nie możesz czuć się źle, w: Cederström Carl, Spicer Andre, *Pętla dobrego samopoczucia*, tłum. Żurek Łukasz, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. VII-XIX.

Lambert Helen (2008),
Antropologia medyczna, w: Barnard Alan, Spencer Jonathan (red.), *Encyklopedia antropologii społeczno-kulturowej*, tłum. Barbaruk-Fereńska Magdalena i in., Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa, s. 89-93.

Mann Tomasz (1992),
Czarodziejska góra, tłum. Kramsztyk Józef, Warszawski Dom Wydawniczy, Warszawa.

Penkala-Gawęcka Danuta (1987),
Etnomedycyna, w: Staszczak Zofia (red.), Słownik *etnologiczny. Terminy ogólne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa – Poznań, s. 100-102.

Penkala-Gawęcka Danuta (1995),
Folk and Complementary Medicine in Polish Ethnological Investigations, „Lud", t. 79, s. 121-141.

Penkala-Gawęcka Danuta (2010),
Wprowadzenie, w: Penkala-Gawęcka Danuta (red.), *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, Wydawnictwo Telgte, Poznań, s. 9-17.

Pilch Jerzy (2007),
Pociąg do życia wiecznego, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa.

Pool Robert, Geissler Wenzel (2005),
Medical Anthropology, Open University Press, Maidenhead.

Quinlan Marsha (2015),
Etnomedicine, w: Singer Merrill, Erickson Pamela (red.),
A Companion to Medical Anthropology, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, s. 381-403.

Radkowska-Walkowicz Magdalena, Wierciński Hubert (2014),
Wstęp. Biomedycyna, reprodukcja, antropologia, w: Radkowska-Walkowicz Magdalena, Wierciński Hubert (red.), *Etnografie biomedycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 7-24.

Rakowski Tomasz (2013),
Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna. Założenia, cele, praktyki, w: Ząbek Maciej (red.), *Antropologia stosowana*, IEiAK UW, Warszawa, s. 355-374.

Szubert Mateusz (2011),
O „przyjemności" chorowania, w: Łeńska-Bąk Katarzyna, Sztandara Magdalena (red.), *O rozkoszach wszelakich... Od przyjemności do ekstazy w kontekstach kultury*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 115-125.

OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

Przeszłość / Przyszłość

Paweł Szczepanik
Instytut Archeologii
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Choroba jako kara za wystąpienie przeciw bogom. Przykłady z przedchrześcijańskiej Słowiańszczyzny

Postrzeganie choroby jako wyniku działalności postaci o charakterze transcendentnym – boskim, demonicznym, mitycznym itd., o wszelkich możliwych waloryzacjach i funkcjach, związanych z niemal każdym aspektem ludzkiego życia, jest zjawiskiem powszechnie występującym w praktycznie każdej kulturze o charakterze tradycyjnym, niezależnie od chronologii [Brzeziński 1988: 134]. Podobne przeświadczenie miało być również charakterystyczne dla kultury ludowej Słowian, a przekazy takie zostały zebrane już w jednym z najstarszych opracowań słowiańskiej medycyny ludowej. Według Henryka Biegeleisena najważniejsze przyczyny chorób, które podają włościanie, to nic innego jak: „dopust boży, nasłanie złego ducha, przekleństwa, czary, uroki" [Biegeleisen 1929: 1].

Porównywalne informacje odnoszące się do pochodzenia wszelakich dolegliwości podaje również Kazimierz Moszyński, podkreślając jednak, że powszechność takich przeświadczeń u Germanów, Finów i Bułgarów, u Słowian miałaby dotyczyć jedynie części chorób [Moszyński 1934: 186–195]. To właśnie działanie demonów, niejednokrotnie pochodzących jeszcze z czasów przedchrześcijańskich, obok działania szeroko rozumianej grupy czarowników miałaby być przyczyną większości chorób, dopiero kolejnym źródłem chorób miałaby być zaś wola boska [Marczewska 2012: 85].

Analogiczne przekonania wydają się również powszechne w okresie średniowiecza, i to nie tylko wśród ludu, ale także wśród uczonych teologów. Doprowadziły one wręcz do stworzenia tak zwanej jatroteologii – teorii, według której choroba i uzdrowienie zależne są tylko od woli Boskiej, a człowiek może uzyskać uzdrowienie tylko dzięki pokucie i wstawiennictwu świętych [Kracik 2012: 106]. Jak widać, przyczyny powstawanie chorób, w ujęciu pozamedycznym, są niezwykle złożone i, co ciekawe, mogą być wywołane zarówno przez postacie waloryzowane negatywnie, jak i związane z wolą boską.

Problem, jakim chciałbym zająć się w tym niewielkim szkicu, to możliwość określenia przyczyn chorób w kontekście kultury wczesnośredniowiecznych Słowian i związane z nim zasadnicze pytanie: czy choroby w tym kontekście

kulturowym były uznawane za swoistą karę boską czy też nie? Oczywiście w literaturze przedmiotu niejednokrotnie podaje się informacje na temat demonologicznego podłoża występujących chorób, jednak podstawy źródłowe dla takich rozważań wykorzystują przed wszystkim komparatystyczny materiał etnograficzny, a nie teksty źródłowe pochodzące bezpośrednio z okresu wczesnego średniowiecza. Takie podejście jest oczywiście wynikiem bardzo nikłej bazy źródłowej dla czasów przed przyjęciem chrześcijaństwa.

Tymczasem już w jednym z najstarszych źródeł dotyczących religijności Słowian, spisanym przez Prokopa z Cezarei, a zatytułowanym *Wojny Gockie*, czytamy:

> Uważają bowiem, że jeden tylko bóg, twórca błyskawicy, jest panem całego świata i składają mu w ofierze woły i wszystkie inne zwierzęta ofiarne. O przeznaczeniu nic nie wiedzą ani nie przyznają mu żadnej roli w życiu ludzkim, **lecz kiedy śmierć im zajrzy w oczy, czy to w chorobie, czy na wojnie, ślubują wówczas, że jeśli jej unikną, złożą bogu natychmiast ofiarę w zamian za ocalone życie, a uniknąwszy, składają ją, jak przyobiecali, i są przekonani, że kupili sobie ocalenie za tę właśnie ofiarę** [podkr. P.S.] [Labuda 1999: 170].

Fragment ten, spisany przez bizantyjskiego historyka w VI wieku, przy okazji opisu wojen prowadzonych przez jego patrona [Szyjewski 2003: 44], przynosi niezwykle cenną wzmiankę dotyczącą chorób i leczenia ówczesnych Słowian. Pomimo że jest to *passus* powszechnie znany i przytaczany w literaturze przedmiotu [Brückner 1985: 46; Gieysztor 2006: 109; Kowalik 2004: 147], rozpatruje się go przede wszystkim jako potwierdzenie nadrzędnego charakteru bóstwa uranicznego, a także braku wierzeń dotyczących przeznaczenia [por. Szczepanik 2011: 24]. Dla tematu podejmowanego w tym szkicu najistotniejsze jest natomiast, że ofiara złożona bogu – twórcy błyskawicy, ma uchronić od śmierci, która może spotkać człowieka na wojnie lub, co szczególnie istotne – w tym miejscu może być wynikiem bliżej nieokreślonej, ale groźnej i śmiertelnej choroby.

Wojna i choroba występują również w kolejnym dobrze znanym źródle, odnoszącym się do przedchrześcijańskiej religii Słowian, a mianowicie w pochodzącej z XII wieku kronice Rusi pod tytułem *Powieść minionych lat*. Interesujące nas dane znajdziemy w opisach zawierania pokojów po wojnach z Grekami. W pierwszym z nich, pod rokiem 907, czytamy:

> Tak więc car Leon z Aleksandrem zawarli pokój z Olegiem, przystali na dań i złożyli między sobą przysięgę: sami całowali krzyż, a Olega i jego mężów wezwali do przysięgi wedle zakonu ruskiego, ci klęli się na oręż swój i na Peruna, boga swojego, i na Wołosa, boga bydła, i utwierdzili pokój [PML 1968: 233].

W kolejnej ugodzie z roku 945 tekst przysięgi został już nieco zmodyfikowany:

> Wielki kniaź nasz, Igor, i kniaziowie i bojarzy jego, i wszyscy ludzie ruscy posłali nas do Romana, Konstantyna i Stefana, do wielkich carów greckich, by zawrzeć przyjaźń z samymi carami, ze wszystkim bojarstwem i ze wszystkimi ludźmi greckimi na wszystkie lata, pokąd świeci słońce i wszystek świat stoi. A ktokolwiek ze strony ruskiej zechce zerwać taką przyjaźń, to niech ci, co przyjęli chrzest, przyjmą zemstę od Boga wszechmogącego, osądzeni na potępienie wieczne; ci zaś, którzy nie są ochrzczeni, niech nie mają pomocy ani od Boga, ani od Peruna, niech ich własne tarcze nie chronią i niech zginą od mieczów swoich, od strzał i innego oręża swojego, i niech będą niewolnikami na wieki w życiu przyszłym [PML 1968: 245].

W ugodzie z roku 971, spisanej pomiędzy kniaziem ruskim, Światosławem, i Sweneldem a Janem, carem greckim, znajdziemy zaś informacje bezpośrednio nas interesujące, mówiące o bardzo specyficznej chorobie:

> Jako więc przysięgałem carom greckim, a ze mną bojarzy i Ruś wszystka, zachowamy tę sprawiedliwą umowę. Jeśli zaś tego, cośmy powiedzieli, nie zachowamy, niech ja i ci, co są ze mną i pode mną, mamy klątwę od boga, w którego wierzymy – Peruna i Wołosa, boga bydła, i niech będziemy żółci jako złoto, i swoim orężem niech posiekani będziemy [PML 1968: 263].

Warto zaznaczyć, że przedstawione teksty przysiąg nie są

> świadectwem pochodzącym z zewnątrz, na przykład od rzymskiego historyka lub chrześcijańskiego kronikarza piszącego o barbarzyńskich ludach, ani świadectwem *ex post*, takim jak sporządzona na polecenie chrześcijańskiego władcy kodyfikacja

> (a zarazem modyfikacja) tradycji prawnej epoki.
> Przytoczone roty przysiąg są dosłownym, przepuszczonym jedynie przez filtr przekładu, zapisem tekstów, które w X w. recytowała pogańska Ruś [Modzelewski 2005: 111].

Według Karola Modzelewskiego jest to dla „historyka okazja wyjątkowa: niepiśmienna kultura barbarzyńców przemówiła własnym głosem i pozostawiła nam świadectwo o sobie samej. Powinniśmy wczytać się uważnie w każde słowo tego źródła" [Modzelewski 2005: 111]. Spróbujmy więc przeprowadzić owo „wczytanie się w każde słowo".

Starsza wersja przysięgi, w której pojawia się jedynie Perun i Bóg chrześcijan, informuje nas o karze w postaci śmierci od własnego oręża, która ma dosięgnąć krzywoprzysięzców. O ile taka kara, mająca dosiąc wojowników łamiących przysięgę, nie budzi większych wątpliwości, o tyle druga klątwa, polegająca na „wyzłoceniu", która pojawia się w najmłodszym i najbardziej rozbudowanym zapisie tekstu przysięgi – w wersji oryginalnej zapisana jako: „da budiem zoloty jako zoloto" – wymaga przynajmniej kilku słów komentarza [Gieysztor 2006: 139].

Roman Jakobson widzi w pojawiającym się w tym kontekście „złocie" znak choroby związanej z zżółknięciem [Jakobson 1985: 37–38] – ros. *zolotucha*, która to jest terminem określającym skrofuły, czyli zołzy [Gieysztor 2006: 139]. Według Borysa Uspieńskiego związek złota z chorobą może mieć charakter wtórny, okazujący ogólny związek Welesa z chorobami i leczeniem [Uspieński 1985: 98, przyp. 55]. Jedna z nazw chorób związanych z tym bóstwem to *volosen'*; określa ona właśnie *zolotuchę* – skrofulozę. Co ciekawe, nazwa ziela, które leczy chorobę *volos* i *usowi*, to z kolei również *zolotucha*, zaś leczenie skrofulozy i żółtaczki, a także ospy i innych chorób odbywa się w medycynie ludowej przy użyciu złota [Uspieński 1985: 106].

Te przeciwstawne kompetencje Wołosa, związanego z jednej strony z chorobą / śmiercią, z drugiej zaś z leczeniem / narodzinami, widoczne są w bardzo licznym etnograficznym materiale wschodniosłowiańskim [por. Uspieński 1985: 102–110]. Natomiast złoto będące zmaterializowaną esencją bogactwa pochodzącego ze świata pozagrobowego, który jest, jak wiemy, domeną Welesa / Wołosa, ma powszechne wykorzystanie w medycynie ludowej, gdzie na porządku dziennym jest mycie, i / lub picie, wody, w której znajdowało się złoto, w celach leczniczych [Uspieński 1985: 99], zaś rytualne „mycie się ze złota lub srebra (dla bogactwa i zdrowia) mogło się odbywać w Wielki Czwartek, to jest w dzień wyraźnie związany z kultem Wołosa" [Uspieński 1985: 100]. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na funkcjonujące do dziś przekonanie, dotyczące leczenia jęczmienia poprzez pocieranie złotą obrączką [Stomma 2002: 192]. Kazimierz Moszyński zanotował natomiast niezwykle interesujący tekst zamawiania choroby zwanej *zołotnikiem*:

> Zołotniku – zołotniczku, siądźże sobie na krzesełeczku, gdzie cię matka urodziła... Jakiż ty jesteś? Czyś ty [sc. powstał] z mowy, czy ze spojrzenia, czy ze śmiechu, czy ze spotkania, czyś ty kostny, czy żylny, czy z wiatru – dość już tobie chodzić, kości łamać, krew rozpalać, w żywocie zalegać, w boki kłuć, pod serce się obracać. Siądź że sobie, uspokój się, roztocz się jak ziarenko maku! Jaż ciebie o to proszę, ja cię błagam, ja cię przekonywam, ja cię namawiam i do nóżek twoich padam. **Siądźżeż ty na złotem krześle, na swojem miejscu, gdzie cię matka porodziła, gdzie ci Bóg kazał przebywać** [podkr. P.S.] [Moszyński 1934: 239].

Nie przystępując do analizy wszystkich elementów składowych tego bardzo ciekawego tekstu, warto zwrócić uwagę na fakt, że pojawiające się tutaj „złote krzesło", będące „swojem miejscem" – naturalnym miejscem przebywania Zołotnika – wydaje się niczym innym jak echem złotego tronu Welesa, na którym ma on, według słowiańskiej kosmologii, zasiadać w korzeniach Drzewa Kosmicznego, jako suweren świata pozagrobowego [Szyjewski 2003: 53]. Warto również zaznaczyć, że w tekście tego zamawiania choroba zostaje spersonalizowana – zyskuje cechy osobowe tak dalece metaforyczne, jak posiadanie matki (!).

Nie wchodząc, z racji właściwego tematu prowadzonych rozważań, w pogłębioną analizę powiązań pomiędzy złotem, chorobami, leczeniem a światem pozagrobowym, którego opiekunem był Weles – Wołos, a które zostały doskonale udokumentowane przez Borysa Uspieńskiego [Uśpieński 1985: 90–124], należy zaznaczyć, że w przytoczonych tekstach latopisu znajdujemy nad wyraz klarowną informację, iż karą za niewywiązanie się z przysięgi i / lub krzywoprzysięstwo są konkretne rodzaje chorób: skrofulozy i zołzy – gruźlica węzłów chłonnych i żółtaczka, które mogą być chorobami wyjątkowo bolesnymi, a w okresie wczesnego średniowiecza bywały śmiertelne [Gieysztor 2006: 139].

Warto również zwrócić uwagę na wężowo-smoczy charakter Welesa i objawy wyżej wymienionych chorób, widoczne w postaci bardzo mocno rozbudowanych zmian skórnych, wywołanych przez gruźlicę skóry – skrofuły[1], która mogła być utożsamiana właśnie z łuskami pokrywającymi ciało mitycznych gadów. Możemy zatem zakładać, że choroba nałożona przez bóstwo

1 Przy okazji rozważań nad skrofułami należy zaznaczyć, że dolegliwość ta, z racji żółknięcia skóry, była w średniowiecznej Europie Zachodniej (Francja, Anglia) nazywana chorobą królewską [Pysiak 2000: 508–509] – *the King's Evil*, którą, co ciekawe, mogło uleczyć dotknięcie królewskich dłoni [por. Barlow 1980; Bloch 1998].

o chtonicznej, wężokształtnej postaci [por. Toporow 1977: 139; Tomiccy 1975: 34; Lyle 2009: 149] objawiała się właśnie poprzez fizyczne „upodobnienie" chorego do sprawcy choroby. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że patologiczne zmiany w ciele chorego były również jedną z głównych podstaw do posądzenia danego człowieka o wampiryzm [Stanaszek 2016: 101].

Jak widać, kara za krzywoprzysięstwo była niezwykle sroga, przejdźmy jednak do drugiego tekstu ukazującego chorobę jako karę za naruszenie innych norm i praw boskich, który odnosi się do rzeczywistości kulturowej XII-wiecznego Połabia, a konkretnie Gardźca i głównej książęcej świątyni rugijskiej [Banaszkiewicz 1996: 80]. W grodzie tym miały znajdować się trzy świątynie, w których przechowywane były posągi bóstw: odpowiednio Rugiewita, Porewita i Porenuta, obdarzone ogromną mocą sprawczą, którą potwierdza między innymi interesujący nas w tym miejscu *passus*, znajdujący się w *Gesta Danorum* Saxa Gramatyka:

> Nic dziwnego, że siłą tamtych bóstw byli przestraszeni, bo pamiętali kary od nich zadawane z powodu hańby. Kiedykolwiek mężczyzna z kobietą w ich ogrodzie obcując cieleśnie, za przykładem psów zwykli się łączyć, nie mogli się z tej pozycji od siebie oderwać, wtedy oboje, na drągu z obu stron wywieszeni, niezwykłym tym splotem śmieszny na widok ludowi przedstawiali. Dzięki ohydzie tego cudu wśród prostaków kult ku posągom wzmocnił się i godne jest tamtych mężów zachowanie, którzy demonów byli sztuczkami omamieni
> [Saxo XIV: 39, 43; za: Janik 2010: 196].

Tekst ten, będący dziełem chrześcijańskiego kronikarza, ukazuje aktywny charakter posągów z Gardźca i odmawia im przy tym jednocześnie cech boskości, określając posągi mianem demonów. Pojawiające się w literaturze przedmiotu interpretacje tego fragmentu dotyczą przede wszystkim możliwości przypisania kompetencji związanych ze sferą seksualności któremuś z trójki rugijskich bóstw. Najczęściej pojawia się połączenie kompetencji wojennych – unaocznionych poprzez osiem mieczy, stanowiących wyposażenie bóstwa, a mających być główną domeną Rugiewita, z kompetencjami seksualnymi [Gieysztor 2006: 131]. Na związek tego bóstwa ze sferą płodności mogą wskazywać również jaskółki, które miały zbudować gniazdo poniżej wąsów posągu. To z kolei wywoływało wśród Duńczyków śmieszność w kontekście pokrycia posągu ptasimi odchodami [Gieysztor 2006: 131].

Niestety z treści samego tekstu nie wynika jasno, od którego z bóstw pochodzi kara za niewłaściwe zachowanie seksualne. To właśnie geneza owych

norm seksualnych u wczesnośredniowiecznych Słowian stała się przedmiotem niezwykle ciekawych badań Michała Janika [Janik 2010]. Normy te, według Jacka Banaszkiewicza, stanowią zaś niezbędny element każdej „wspólnoty, która chce przekroczyć próg cywilizacyjnego zaawansowania" [Banaszkiewicz 2002: 127]; możemy go rozumieć jako próg tworzenia się organizmów państwowych.

Z perspektywy naszych rozważań najbardziej interesujące jest, że za wykroczenie przeciw normom boskim należy się kara w postaci choroby określanej mianem waginizmu lub pochwicy. Co ciekawe, zaburzenie to, uniemożliwiające *immisio penis*, według seksuologów występuje szczególnie często z powodu lęku wywołanego przez „ortodoksyjne wychowanie religijne" i może być wynikiem świadomego łamania religijnych, powszechnie wyuczonych, norm zachowania [Janik 2010: 198; por. Jarząbek-Bielecka, Pisarska-Krawczyk, Kedzia, Mizgier, Friebe 2016: 559–560]. W moim przekonaniu zakazy te dotyczą jednak nie tyle niewłaściwej pozycji seksualnej, co miejsca samego aktu. To zbezczeszczenie *sacrum*, związanego z otoczeniem świątyń, miało skutkować pohańbieniem polegającym na wystawieniu kochanków w tej krępującej pozycji na widok publiczny. Kara ta może zaś wynikać z surowego zakazu związanego z przebywaniem w otoczeniu posągu bóstwa, który, jak wiemy, w przypadku Arkony był obdarzony tak wielką czcią, że kapłan przebywający w jego obecności wstrzymywał oddech [Gieysztor 2006: 121–125].

Podobne zakazy dotyczyły gaju Prowego, do którego wstęp mieli jedynie ludzie pragnący złożyć ofiarę, lub szukających zagrożenie przed śmiertelnym zagrożeniem [por. Słupecki 2000: 42–44]. Wydaje się zatem, że kara za akt seksualny, choćby tylko w pobliżu świątyni, musiała być sroga. A forma choroby, odwołującej się wprost do naturalnego świata zwierząt, dodatkowo uderzała w ukaranych, nieszanujących kulturowych norm świata ludzkiego, poniekąd ich odczłowieczając.

Zasadniczo te dwa teksty wyczerpują korpus źródeł pisanych odnoszących się bezpośrednio do chorób jako następstwa wystąpienia przeciw normom religijno-społecznym, nad którymi pieczę sprawowały konkretne bóstwa. Nie posiadamy jednak żadnych informacji pozwalających zakładać, że wśród wczesnośredniowiecznych Słowian istniało przeświadczenie o występowaniu wszystkich chorób jako swoistego boskiego dopustu. Takie podejście wydaje się charakterystyczne dopiero dla średniowiecznego chrześcijaństwa, gdyż wiązało się z ideą grzechu, zasadniczo nieznaną w kulturach przedchrześcijańskich. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że również w materiale skandynawskim, czyli najczęściej przywoływanym tle porównawczym dla Słowiańszczyzny, brak danych źródłowych w tym zakresie, choć pojawia się bardzo duża liczba pojedynczych wzmianek na temat samych chorób i ich leczenia w kontekście mitologicznym [por. Gardeła 2008].

Należy zatem uznać za niezwykle cenne zapis ruskiego latopisu, przekazujący nam dane o karze w formie skrofulozy-zołzy, bądź żółtaczki, mającej spaść na krzywoprzysięzców, a także *passus* z kroniki Saxa Gramatyka, ukazujący normy zachowań seksualnych i karę w postaci waginizmu-pochwicy, którą nakładało konkretne bóstwo / bóstwa (?) za ich przekroczenie. Choroby stanowiły więc swoistą karę za przekroczenie bardzo ważnych norm społecznych, nad którymi pieczę sprawowały bóstwa związane zarówno ze sferą chtoniczną, jak i uraniczną.

Na zakończenie chciałbym zwrócić jeszcze uwagę na wciąż niewyczerpany potencjał interpretacyjny, jaki płynie z analizy, wydawałoby się, powszechnie znanych i przepracowanych ze wszystkich stron źródeł, odnoszących się do religii przedchrześcijańskiej słowiańszczyzny. To pokazuje, że słowa Aleksandra Brücknera, które określały omówiony wyżej fragment kroniki Saxa Gramatyka jako „bezdennie głupią anegdotę komiwojażerską odnoszącą rzeczy psie do ludzi" [Brückner 1985: 200], dalece nie przystają do dzisiejszych rozważań na temat wczesnośredniowiecznej rzeczywistości.

Streszczenie

Przeświadczenie, że choroba to kara za różnorakie wykroczenia przeciw prawom i normom boskim, jest charakterystyczne dla ogromnej liczby kultur typu tradycyjnego, w tym również słowiańskiej kultury ludowej. Podobnie rzecz się ma również w przypadku religijności pogańskich Słowian, znanej z nielicznych źródeł pisanych. W niniejszych tekście została dokonana prezentacja i interpretacja dwóch źródeł. Pierwsze odnosi się do terenów Słowiańszczyzny Połabskiej – *Gesta Danorum* Saxa Gramatyka, drugie do Słowiańszczyzny Wschodniej – *Powieść minionych lat*. W tekstach tych znajdziemy informacje na temat osobliwych chorób, które miały dosięgać na terenie Rusi krzywoprzysięzców, zaś na terenie Rugii osoby łamiące normy seksualne.

Słowa kluczowe: religia Słowian, źródła wczesnośredniowieczne, Weles, złoto, przysięga, normy seksualne, choroby, pochwica, skrofuloza

The disease as a punishment for the occurrence against the gods. Examples from pre-Christian Slavonic territories

The beliefs that the disease is a punishment for various offenses against the laws and divine norms are characteristic of the vast number of traditional cultures, including the Slavic folk culture. The same information we can find in few written sources refer to pre-christian religion of Slavs. In this text, I was presented, and try to interpreted, two written sources. The first refers to the territory of the Polabian Slavs – *Gesta Danorum* written by Saxo Gramaticus, the second refers to the Eastern Slavs – *Powieść minionych lat* (*Primary Chronicle*). In these two texts we can find information about the strange diseases. On the Rus the specific diseases were destined for perjurers, and on Rügen were destined for people's which break sexual standards.

Key words: Slavic religion, early medieval sources, Weles, gold, oath, sexual norms, diseases, vaginismus, scrofula

Bibliografia:

Banaszkiewicz Jacek
1996: *Pan Rugii – Rugiewit i jego towarzysze z Gardźca: Porewit i Porenut (Saxo Gramatyk*, Gesta Danorum *XIV, 39, 38–41)*. [W:] red. Kurnatowska Z., *Słowiańszczyzna w Europie średniowiecznej. Księga ku czci prof. L. Leciejewicza*, t. 1. *Plemiona i wczesne państwa*. Wrocław: Werk / Instytut Archeologii i Etnologii Polskiej Akademii Nauk, s. 75–82.
2002: *Polskie dzieje bajeczne mistrza Wincentego Kadłubka*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Barlow Frank
1980: *The King's Evil*. „The English Historical Review", t. 95, nr 374, s. 3–27.

Biegeleisen Henryk
1929: *Lecznictwo ludu polskiego*. „Prace Komisji Etnograficznej Polskiej Akademii Umiejętności", nr 12.

Bloch Marc
1998: *Królowie Cudotwórcy. Studium na temat nadprzyrodzonego charakteru przypisywanego władzy królewskiej zwłaszcza we Francji i w Anglii*. Przeł. Kłoczowski J.A. Warszawa: Volumen.

Brückner Aleksander
1985: *Mitologia słowiańska i polska*. Wstęp i oprac. Urbańczyk S., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Brzeziński Tadeusz
1988: *Rozwój poglądów na istotę choroby*. [W:] red. Brzeziński T., *Historia Medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 134–157.

Gardeła Leszek
2008: *„Runy otrzymasz i czytelne znaki...". Choroby, dolegliwości i uroki w epoce wikingów*. [W:] red. Dzieduszycki W., Wrzesiński J., *Epidemie, klęski, wojny*. „Funeralia Lednickie. Spotkanie 10". Poznań: SNAP, s. 247–268.

Gieysztor Aleksander
2006: *Mitologia Słowian*. Wydanie III. Wstęp Modzelewski K., posł. Słupecki L.P., oprac. Pieniądz A. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Jakobson Roman
1985: *The Slavic God Veles' and His Indo-European Cognates*. [W:] Jakobson R., *Selected Writings. Volume VII: Contributions to comparative mythology. Studies in linguistic and philology*. Berlin: De Gruyter, s. 33–48.

Janik Michał
2010: *Seksualne kompetencje bóstw z Karentii rugijskiej*. [W:] red. Bogacki M., Franz M., Pilarczyk Z., *Religia ludów Morza Bałtyckiego. Stosunki polsko-duńskie w dziejach. Mare Integrans. Studia nad dziejami wybrzeży Morza Bałtyckiego. Materiały z V Międzynarodowej Sesji Naukowej Dziejów Ludów Morza Bałtyckiego. Wolin, 31 lipca–2 sierpnia 2009*. Toruń: Adam Marszałek, s. 195–205.

Jarząbek-Bielecka Grażyna, Pisarska-Krawczyk Magdalena, Kędzia Witold, Mizgier, Friebe Zbigniew
2016: *Pochwica organiczna a wrodzone wady rozwojowe*. „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej", t. 70, s. 556–561.

Kowalik Artur
2004: *Kosmologia dawnych Słowian. Prolegomena do teologii politycznej dawnych Słowian*. Kraków: Nomos.

Kracik Jan
2012: *Chrześcijaństwo kontra magia. Historyczne perypetie*. Kraków: Wydawnictwo M.

Labuda Gerard
1999: *Słowiańszczyzna starożytna i wczesnośredniowieczna. Antologia tekstów źródłowych*. Poznań: Sorus.

Lyle Emily
2009: *Indo-European Time and the Perun-Veles Combat*. „Studia Mythologica Slavica", t. 12, s. 147–152.

Marczewska Marzena
2012: *Ja cię zamawiam, ja cię wypędzam... Choroba. Studium językowo-kulturowe*. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego.

Modzelewski Karol
2004:, *Barbarzyńska Europa*. Warszawa: Iskry.
2005: *Laicyzacja przez chrzest*. [W:] red. Pieniądz-Skrzypczak A., Pysiak J. *Sacrum. Obraz i funkcja w społeczeństwie średniowiecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 99–113.

Moszyński Kazimierz
1934: *Kultura ludowa Słowian*, t. II. *Kultura duchowa*, z. 1. Kraków: Polska Akademia Umiejętności.

PML
1968: *Powieść minionych lat*. Oprac. Sielicki F. Wrocław: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.

Pysiak Jerzy
2000: *Król i bestia. Cudowne i tajemnicze spotkania królów ze zwierzętami.* „Przegląd Historyczny", t. XCI, z. 4, s. 505–518.

Słupecki Leszek P.
2000: *Sanktuaria w świecie natury u Słowian i Germanów. Święte gaje i ich bogowie.* [W:] red. Moździoch S., *Człowiek, sacrum, środowisko. Miejsca kultu we wczesnym średniowieczu.* „Spotkania Bytomskie", t. 4. Wrocław: Werk / Instytut Archeologii i Etnologii Polskiej Akademii Nauk, s. 39–46.

Stanaszek Łukasz M.
2016: *Wampiry w średniowiecznej Polsce*. Warszawa: Narodowe Centrum Kultury.

Stomma Ludwik
2002: *Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku oraz wybrane eseje*. Łódź: Piotr Dopierała.

Szczepanik Paweł
2011: *Słowiańskie wizje świata pozagrobowego. Obraz mityczny i jego ziemskie realizacje*. [W:] red. Kordel J., Sas M., *Człowiek wobec śmierci na przestrzeni dziejów. Materiały z VII Ogólnopolskiej Sesji Interdyscyplinarnej z cyklu „Historia – różne perspektywy"*. Warszawa: Studenckie Koło Naukowe Historyków Uniwersytetu Warszawskiego, s. 23–29.

Szyjewski Andrzej
2003: *Religia Słowian*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Tomiccy Joanna i Ryszard
1975: *Drzewo życia. Ludowa wizja świata i człowieka*. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza.

Toporow Władimir
1977: *Wokół rekonstrukcji mitu o jaju kosmicznym (na podstawie baśni rosyjskich).* [W:] *Semiotyka kultury*. Wybór i oprac. Janus E., Mayenowa M.R., Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 132–146.

Uspieński Borys A.
1985: *Kult św. Mikołaja na Rusi*. Przeł. Janus E., Mayenowa M.R., Kozłowska Z. Lubin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

Wojciech Łysiak

Zapobieganie chorobom w tzw. medycynie ludowej na Pomorzu Zachodnim (XIX/XX w.)

Kultura jest tą dziedziną istoty społecznej, której interpretacja nastręcza mnóstwo trudności. Wskazał na to angielski uczony Clifford Geerts, by rozmieścić w swych esejach cykl refleksji o antropologii kultury[1]. Tu bowiem można uwikłać się w garnitur religijnych symboli, które „są narzędziem komunikacji, ale, by tak rzec, niekodowanym; ujawniają coś, co nie może być przytłumaczone, ponieważ odsłania się jedynie przez te właśnie symbole…"[2] „w ogólnych stwierdzeniach powiada się, że antropologiczne podejście do kultury uległo ostatnio istotnym zmianom"[3]. Tu bowiem sadowi się nierozwiązywalny problem styku rzeczywistości z jej opisem. Wszak „prawda jest zimniejsza nim mówi o tym podanie"[4].

Na Pomorzu Zachodnim choroby[5] próbowano leczyć przez zamawianie lub inne ludowe środki domowe, rzadko korzystano z usług lekarza, zwłaszcza że dawniej najbliższy mieszkał w Putbus lub Bergen. Jeśli ktoś leżał ciężko chory we wsi, to pastor podczas niedzielnego nabożeństwa modlił się o jego wyzdrowienie lub śmierć, ale umierającemu, o ile pozwalały na to warunki,

1 C. Geertz, *Wiedza lokalna. Dalsze eseje z zakresu antropologii intrepretatywnej*, Kraków 2005; tenże, *Interpretacje kultur. Wybrane eseje*, Kraków 2005.

2 L. Kołakowski, *Kultura i fetysze. Eseje*, Warszawa 2000, s. 222.

3 Cz. Robotycki, *Muzeum miejsce dla rzeczy i idei*, [w:] Werbalizacja obrazu. Wyznania i perswazje, pod red. Marii M. Kośko, Poznań 1998, s. 7.

4 F. Kübler, *Die Klosterhexe Sidonia von Borcke*, „Unser Pommerland", 1921, Jg. VI, nr 9, s. 304; por. F. Petermann, *Das Kloster in Marienfliess*, „Unser Pommerland", 1913/14, Jg. II, nr 5, s. 171–172.

5 W okolicach Nowogardu uznawano, iż choroby w rodzinie pojawią się wówczas, gdy mężczyzna podczas ślubu pozostawił cylinder w kościele. Wierzono także, że po chorobie nie można było wstać w niedzielę; por. A. Lucht, *Pommersche Aberglaube vornehmlich aus den Kreisen Naugard und Regenwalde*, „Unsere Heimat", 1930, nr 20, s. 1–2. Kar Rosenow

przygotowywał komunię[6]. Karl Kaiser zauważał, iż „dlatego do naszego wieku wysoko stojącej techniki, naukowej medycyny odprowadza nas medycyna ludowa i przesądy ludowe”[7]. „Zadziwiające kwiaty puszczały wierzenia w czasach wojny. Wiele żon i narzeczonych drżąc o niepewny los w polu pozostających krewnych udawało się do wróżki wróżącej z kart. Nie tylko z kart, ale także z fusów kawy i linii ręki”[8].Wspominał Alfred Haas, iż w ludzie pomorskim jeszcze dzisiaj z niesłabnącą mocą żyją prastare przekonania, że choroba u ludzi i bydła może być wyleczona lub można jej zapobiec przez magiczne działanie i czarodziejskie sentencje, bez pomocy lekarza: poprzez uspokojenie, złamanie choroby, zwiastun, szeptanie, dmuchanie i wysmaganie[9]. „Sei hätt war för daun” mówiono w południowej części Pomorza. Jednak nie każdy opanował tę sztukę. Przeważnie są to starzy mężczyźni i kobiety, którzy umieją zamawiać. Wielka jest liczba formuł zamawiających:

---

podkreślał, iż z wszelkimi wierzeniami jest szczególny problem. „Pytanie: co to jest wierzenie? Gdzie kończy się nauka i zaczyna wierzenie? Pozostaną zawsze bez odpowiedzi, ponieważ pojęcie »wierzenie« jest zmienne. Jeśli dawniej żeglarze opowiadali o latających rybach lub o pustynnych podróżach, o śpiewających górach, to takie informacje bez dalszego zastanawiania odsyłano w obszar bajek. Dzisiaj nikt już nie wątpi w rzeczywistość takich zjawisk. Używanie czarodziejskiej różdżki jest prastare, a mimo to wyśmiewane. Dziś używa się ich nie tylko do wyszukiwania podziemnych cieków wodnych, lecz także złóż węgla i rudy”; por. K. Rosenow, *Vom Aberglauben*, „Aus der Heimat. Ernstes und Heiteres aus Vergangenheit und Gegenwart”, 1932, nr 7, s. 1.

6 F. Adler, *Geburt, Hochzeit und Tod im alten Mönchgut*, „Baltische Studien”, 1931, Jg. XXXIII, s. 160. Oto podczas epidemii szkarlatyny w 1820 roku (8 zmarłych) i przy epidemii „potówki” w 1827/28 (ta „zła choroba” zabrała również 8 ofiar) Hiddensee była bez lekarza; por. K. Ebbinghaus, *Die alten Greasteine auf dem Kirchhof der Insel Hiddensee*, „Baltische Studien”, 1979, Jg. LXV, s. 22.

7 K. Kaiser, *Pommern in neueren Schriften zur Deutschen Volkskunde bis Ende des Jahres 1933*, „Baltische Studien”, 1934, Jg. XXXVI, s. 342. Dodaje nadto przy tym. To że badając i „oglądając wszystkie środki, które lud przy nieszczęściu i chorobie używał, będziemy z dziwnymi uczuciami duszy ludzkiej ufali. Sympatie i analogie do czarów brały się stąd, by zażegnać i wypędzić złe moce, choroby, które przez złe duchy, czarownice i białe kobiety były zaczarowane. Jakie godne uwagi środki np. dla rodzaju męskiego i żeńskiego (*radix victorialis longa et rotunda: w innych krajach niemieckich mandragora górzysta czy mieczykiem zwana, cebulaste z długimi, rozdzielającymi się, do człowieczego ciała podobnymi korzeniami).* Por. W. Borchers, K. Kaiser, *Leben und Sterben im pommerschen Volksbrauch*, Stettin 1936, s. 24.

8 K. Rosenow, *Vom Aberglauben*, „Aus der Heimat. Ernstes und Heiteres aus Vergangenheit und Gegenwart”, 1932, nr 7, s. 1.

9 A. Haas, *Feiersegen*, „Blätter für pommersche Volkskunde”, 1894, Jg. III, nr 2, s. 26.

Matka Maria i Jezus jej dziecko
Grali oboje o złotożółty pierścień
Jezus zwyciężył, róża przepadła[10].

Dawniej wiara w nadnaturalne siły i moce, w czarowników i czarownice była szeroko rozpowszechniona, bynajmniej nie tylko na wsi, lecz także w miastach. Dowodu dostarczają niezliczone *ówczesne procesy czarownic*, które prawie zawsze kończyły się śmiercią przez spalenie obwinionych ofiar, bowiem po wsiach żyły „mądre" kobiety, które same wierzyły w swą uzdrowicielską moc, przy czym często wykorzystując wątpliwość myślenia bliźnich, otaczając się cieniem nadnaturalności i z datków, które dobrowolnie lub wymuszone od swoich „mocodawców" napływały bez wysiłku utrzymywały się przy życiu, przy tym cieszyły się one nawet pewnym poważaniem, bowiem więcej rozumiały niż wszyscy uczeni doktorzy i inni mędrcy[11].

Tak więc do cudownych właściwości tych „mądrych" kobiet, także „mądrych" mężczyzn (owczarze) należało dawanie zdrowia ludziom przez tzw. zamawianie lub, jak to nazywano w niektórych częściach Pomorza, przez zwiastun (Böten), używanie (Brauchen), szeptanie (Flüstern), uśmierzanie (Stillen), łamanie choroby (Suchtenbrechen) itd. Cała kuracja polegała na tym, że „mądra" kobieta chore miejsce u człowieka smarowała, przy cierpieniu wewnętrznym, określoną część tułowia i przy tym mamrotała tajemnicze sentencje[12]. Te „sentencje" zależne były od różnorodności chorób, okolicy zawsze brzmiały inaczej, jednak dla tego komu były przeznaczone, tkwiła w nich tajemniczość i nadnaturalność[13]. Uznawano tu nadto, że choroba, która zaczęła się

10 W. Borchers, K. Kaiser, *Leben und Sterben im pommerschen Volksbrauch*, Stettin 1936, s. 24.

11 E. Sewerus, *Des Volkes Seele*, „Unser Pommerland", 1931, Jg. XVI, nr 11/12, s. s. 514; por. H. Herzberg, *Die Mühle zwischen Religion und Aberglauben*, Berlin 1994, s. 27.

12 A. Haas, *Handschriftliche Zauberbuch aus Pommern*, „Blätter für Pommersche Volkskunde", 1895. Jg. III, nr 5, s. 69-70.

13 *Aberglaube in Ostpommern – Das „Besprechen"*, „Aus dem Lande Belgard", 1938, Jg. XVII, nr 9, s. 35-36.
Przeciw zaplątaniu:

Hest du di vergreppen im vautter, so
Help die uns Hergott un sien vautter Hest
du Herrgott un sien Mutter. Hest du di
vergreppe im wind, so help di und Hergott
un sien Kind. im Nahmen Gottes des vatters
† des Sohnes † des Heiligen Geistes.†

w niedzielę będzie długotrwała[14]. W pewnej chałupie w Hohen-Mocker przez wiele lat mieszkała stara kobieta, która znała środki na uśmierzenie, ciężki oddech, przełamanie choroby Hukaufziehen [?] i wiele innych środków zdrowotnych, tak że żaden lekarz nie mógł jej dorównać[15].

Oto w początkach XIX wieku podczas rozbiórki domu w Dargikowie koło Białogardu znaleziono pod podłogą tablicę, na której zapisana była znaczna ilość formułek zamówień. Te następnie umieszczono w szkolnej kronice. Według informacji archiwum oryginał mógł pochodzić z czasów wojny trzydziestoletniej, na co bezsprzecznie wskazywała forma pisma. Pan nauczyciel Walter Mass z Dargikowa dokładną kopię przekazał redakcji pisma do dyspozycji.

Oto przeciw zaplątaniu zamawiania brzmią:

14 *Allerhand Aberglauben in Wusseken*, „Heimatbeilage der Schlawer Zeitung", 1930, nr 12, s. 401; por. A. Haas, *Feiersegen*, „Blätter für pommersche Volkskunde", 1894, Jg. III, nr 2, s. 26.

15 A. Haas, *Pommersche Sagen*, Lipsk 1926, s. 6.

Haben dich Neun Stück drei Teufels Augen
gesehen, so sehe dich unser Her Christus mit
seine beide rechte Augen an. †††
wan eine Kuhe die Milch benommen ist
so Spreche man diesen hier solgenden
Spruch in drey mahl zum beispiel Heute
Abend bein Milchen gehen Morgen
srühe, und Morgen Anebd wieder
und so grabe wan man unter die kuhe
sitzet und Ehe man los Milchet zu jedem
Mahl Spreche man den Spruch drey mahl.
im heiligen Kreuz Christy wasser gos.
im heiligen Kreuz Christy ? gos.
im heiligen Kreuz Christy Milch gos
im Namen Gott der vater. † im Nahmen
Gott des Sohnes † im Namen Gott des †
Heiligen Geistes. †

Jeśli tobie dziewięć razy diabelskie oczy
się pokazały, to widziałeś naszego Pana Chrystusa
z jego oboma prawymi oczyma. †††
kiedy krowie mleko jest odebrane
to mówi się tutaj następującą
sentencję trzy razy na przykład: dzisiaj
wieczorem przez mleko idź rano wcześnie
i jutro wieczorem znów
i tak wśród krów
siedzieć aby mleko wróciło
trzeba tą sentencję wypowiedzieć trzy razy.
Na święty Krzyż Chrystusa wodo przyjdź.
Na święty Krzyż Chrystusa ? przyjdź.
Na święty Krzyż Chrystusa mleko przyjdź
W imię boga Ojca † amen
Syna † w imię Boga,
i Ducha Świętego.

Podczas wymawiania tej formuły trzykrotnie przeciągano po grzbiecie prawą ręka od kości ogonowej do głowy[16]. Potem znów od dołu trzy razy.

Na zastrzał na palcu:

Zastrzał i księżyc
Razem szły do wiejskiego stawku:
Zastrzał minął
Księżyc został[17].

Bierze się mocz chorego, zagotowuje go, wkłada tam milcząc trzy razy palec w czasie gotowania i mówi się:

Zastrzał i Fuler
Biły się o ucznia
Zastrzał zginął
Uczeń wygrał[18].

A na sztukę robaka w palcu należy napisać na karteczce następujące słowa, obwiązać to należało wokół palca albo koniowi na Berzel, jeśli jest tam robak, zdechnie: Afrias, Aesteias, Srus, Sras, Atest Stoosz Xa ja † se do† da da †† Abia Am bles † Grun Er A. Ran † Cy † Y Um †††.

Gdy dziecko ma osłabienie to musi być noszone rano o wschodzie słońca. Wtedy mówiono:

Bądź pozdrowiony Boże, promieniu słońca
Skąd przybywasz?
Pomóż mi i memu kochanemu dziecku
Boga, kochanego Ojca, proszę

16 *Aberglaube in Ostpommern*..., dz cyt., s. 35-36.

17 U. Jahn, *Hexenwesen und Zaubereri in Pommern*, „Baltische Studien", 1886, Jg. XXXV/XXXVI, s. 244-245; przekaz z Grammendorf, pow. Grimmen.

18 Tamże, s. 245; ze Świnoujścia. Niszczące czary są dalej przedmioty domowe i odzież, przędza, belemnity, skamieniały jeżowiec i dziury po sęku. We wsiach powiatu bytowskiego, gdzie panuje przesąd, że w noc świętojańską wiedźmy lecą na Blocksberg, na wylocie drogi wiejskiej stawia się kilka bron. Zawraca to wiedźmy, które nie mogą już zaszkodzić temu miejscu. (Trzebatiatkowa, pow. Bytów).

By pomógł memu dziecku,
Proszę Ducha Św.
By zechciał dać memu dziecku
Jego naturalną krew i ciało.

Lub, gdy dziecko ma choroby oczu:

Nad Jordanem szły trzy dziewczynki:
Jedna zdmuchiwała piasek z drogi
Druga zdmuchiwała liście z drzewa
Trzecia kurz z oka[19].

można było też zastosować list domowy i żelazny: w imię Ojca i Syna i Duch Św. Amen. L. J. F. K. H. B. K. N. K[20].

Litery łaski. W Imię Boga, Ojca, Syna i Duch Św. Tak jak Chrystus cicho stał w Ogrodzie Oliwnym, tak cicho stać powinna wszelka broń. Kto nosi przy sobie ten list, tego nie trafi żadna wroga broń, ten uchroniony będzie przed złodziejami i mordercami. Może się nie bać szpad, szabli, pistoletów; jeśli ktoś w niego uderzy, wszelka broń musi na śmierć i rozkaz Jezusa Chrystusa pozostać cicho, widoczne czy niewidoczne, wszystko na rozkaz Anioła Michała, w imię Boga, Ojca, Syna i Duch Św. – Boże bądź z nami! –

Kto nosi ten list przeciwko swym wrogom, zostanie uchroniony przed wrogimi kulami. Kto nie chce w to wierzyć, niech go odpisze, powiesi psu na szyi i strzeli do niego, wtedy zobaczy, że nie trafił psa i że to prawda. Ten kto w niego wierzy, nie zostanie schwytany przez wrogów. Jest to prawdziwe jak to, że każdy, kto wierzy w ten list chroniony jest od wszelkiej broni w Imię Boga Żywego, Ojca, Syna i Ducha św. zostanie nienaruszony.

---

19 Tamże, s. 245, z Garz na Rugii.

Dziecko musi być noszone rano o wschodzie słońca. Wtedy mów:
Bądź pozdrowiony Boże, promieniu słońca
Skąd przybywasz?
Pomóż mi i memu kochanemu dziecku
Boga, kochanego Ojca, proszę
By pomógł memu dziecku,
Proszę Ducha Św.
By zechciał dać memu dziecku
Jego naturalną krew i ciało.

20 Tamże, s. 245, przekaz ze Świnoujścia.

Proszę w imię krwi naszego Pana Jezusa Chrystusa, aby mnie nie trafiła żadna kula, ani srebrna ani złota ani z ołowiu; Bóg w Niebie niech mnie od tego uwolni. W Imię Ojca i Syna i Ducha Św[21].

Pewien hrabia miał sługę, który dla swego ojca B. G. H. kazał sobie odciąć głowę. Gdy miało się to stać, miecz kata odmówił posłuszeństwa i ten nie mógł odciąć mu głowy. Gdy hrabia to ujrzał, zapytał sługę, co tu się dzieje że miecz nie może go skrzywdzić, na co sługa pokazał mu list z literami:

L. J. F. K. H. B. K. N. K.

Gdy hrabia to zobaczył, rozkazał, aby każdy nosił taki list przy sobie.

Gdy komuś leci z nosa krew albo gdzie indziej krwawi i nie może zatrzymać krwi, niech weźmie ten list i położy go na to miejsce, wtedy krew zaraz się zatrzyma. Kto nie chce w to wierzyć, niech napisze te litery na szpadę lub inną broń i wbije to w jakieś miejsce, a zobaczymy, że się nie zrani. Nie może on też zostać zaczarowany, a jego wrogowie nie mogą go skrzywdzić. Kto nosi

21 Ten list został wysłany z niebios i znaleziony w Holstein w 1742 roku; chwiał się on nad chrztem Magdaleny. Gdy chciano go chwycić, cofał się, aż do roku 1791, aż ktoś wpadł na pomysł, by go odpisać.

Dalej mówi on, że każdy, kto pracuje w niedziele, będzie przeklęty przez Boga. Daję wam sześć dni, byście mogli pracować, a w niedziele macie wcześnie chodzić do kościoła, wysłuchać świętego kazania i słowa Bożego. Jeśli nie uczynicie tego, ja was ukarzę.

Młodzi i starzy w skupieniu módlcie się za wasze grzechy, aby były wam przebaczone! Nie przyrzekajcie złośliwie w Imię moje, nie pożądajcie srebra ni złota i nie patrzcie na ludzkie ochoty i pożądania. Bo tak szybko jak was stworzyłem, tak szybko mogę was zniszczyć. Nie powinniście zabijać się językiem ani mówić źle o sobie za plecami. Nie radujcie się swymi dobrami ani bogactwami! Czcijcie ojca swego i matkę swoją! Nie wydawajcie fałszywego świadectwa przeciw swym bliźnim. Wtedy dam wam zdrowie i błogosławieństwo.

Kto jednak nie wierzy w ten list i nie kieruje się według niego, nie będzie miał zdrowia ani błogosławieństwa. Każdy powinien udostępnić ten list drugiemu napisany lub wydrukowany. A jeśli popełniliście tyle grzechów ile piasku w morzu, liści na drzewie czy gwiazd na niebie, powinny być wam one wybaczone, jeśli wierzycie i czynicie, czego was uczy list. Kto jednak nie wierzy, powinien umrzeć. Nawróćcie się, bo będziecie wiecznie dręczeni a ja was zapytam w dniu ostatecznym. Wtedy będziecie musieli mi odpowiedzieć z powodu waszych wielu grzechów. Kto nosi ten list przy sobie, albo trzyma go w domu, w tego nie uderzy piorun i chronieni będziecie przed ogniem, wodą i wszelką przemocą wroga. List jest dla każdego, szczególnie zaś na moich rodaków z Schleswig – Holstein i dla tych, którzy dla nich walczą.

ten list przy sobie, jest lepszy niż złoto[22].
Na osłabienie w Polchow (pow. Randow) proponoano zamówić ślepie

Święte dziewczyny, trzy święte dziewczyny
Jedna wyrzuca kamienie z drogi
Druga liście z drzewa
Trzecia sierść z oka.

lub trzykrotnie razy wymówić raz za razem w Imię Boga, po trzecim razie wymówić Amen. Wszystko musi być powtórzone trzy razy[23].
Na znamię w oku

Nasz Pan Chrystus szedł przez kraj

---

22 Tamże, s. 402-422; Cieśla August Petermann z Węgorzyna opowiadał: 16 czerwca 1838 roku na polach Worowa została ścięta pani Kummerow, która otruła swego męża. W Łobzie długo trwało dochodzenie. Rano o godzinie 8°°, gdy opuścił ją miejscowy duchowny została wyprowadzona z więzienia. Musiała wejść na wóz drabiniasty i zająć miejsce między dwoma policjantami. Piętnastu żandarmów i ponad stu mężczyzn uzbrojonych w piki towarzyszyło pochodowi do oddalonego o pół mili szafotu. Obok niego wykopany był grób. Najpierw przyprowadzono ją do niego, a potem wprowadzono po trzech stopniach na szafot. Tutaj przyjął ją sędzia, a gdy nad nią złamano kij, przekazał ją ludziom kata. Gdy zawiązano jej oczy, musiała uklęknąć i głowę położyć na pieniek. Podczas gdy jeden przewinął jej przez głowę rzemień, znajdujący się przy tym bloku i przypiął go, inny podał topór, który teraz z szumem spadł na kark morderczyni. Musiał uderzyć jeszcze raz, a potem wykonać cięcie, nim głowa została oddzielona od korpusu.

Wówczas gdy mocno tryskająca krew spadła na deski szafotu, setki gapiów, mimo obecności żandarmów i mężczyzn z pikami, rzuciło się na szafot, by częściowo przez obcięcie drzazg, częściowo przez wytarcie chustami coś z tej krwi biednego grzesznika otrzymać, bowiem wierzono, tak jak się ludzie pchają aby zobaczyć ścięcie biednego grzesznika, to jego krew przyciąga jego właścicielowi klientów.

Trzech mężczyzn zaniosło korpus do wykopanego grobu i rzuciło ciało nogami do środka. Głowę z góry rzucono za ciałem. Później miano jeszcze trupowi obciąć palce. Kupiec, który palcem biednego grzesznika dotknie swoje ciasto, zawsze ma wielki zbyt swoich pieczonych towarów. To kamienny pagórek po prawej stronie toru prowadzącego w stronę Świdwina określa miejsce spoczynku pani Kummerow; por. tamże, s. 242; por. H. Gosch, *Alte Sitten und Gebrauche in Altschlawe um die Mitte des 19. Jahrhunderts, „Unser Pommerland", 1925, Jg. X, nr 5, s. 185. To wierzenie jeszcze w XIX wieku było szeroko rozpowszechnione na całym Pomorzu, a w Połczynie twierdzono, iż szczególnąwartość ma to co pochodzi od powieszonego wskutek egzekucji, por.* O. Knoop, *Armensünderblut*, „Blätter für pommersche Volkskunde", 1892, Jg. I, nr 4, s. 62; F. Tetzner, *Die Slave in Deutschland*, Lipsk 1902, s. 461.

23 U. Jahn, *Hexenwesen und Zaubereri in Pommern*, dz. cyt,. s. 244.

Miał na ręce trzy anioły
Jeden zdmuchuje piasek z drogi
Drugi liście z drzewa
Trzeci znamię z oka[24].

Złe oczy w tej samej miejscowości twierdzono, że należy ugotować trzy jaja na miękko, zrobić z tego papkę i położyć w nocy na oczy, do tego trzy razy wypowiedzieć w Imię Boga itd.:

Czerwone znamię
Joanny znamię

Zamiast papki z jaj można nałożyć miód z ucha, lub wypędzić znamię lub plamę z oka:

Szły trzy dziewice
W dół zielonej drogi
Pierwsza zrywa liście z drzewa
Druga zbiera piasek z drogi
Trzecia przepędza znamię[25].

Natomiast na dolegliwości macicy w XIX wieku proponowano:

Trzy kobiety siedzą w piasku
Mają ludzkie (lub rumaka lub bydła)
Flaki w ręce
Pierwsza to rusza
Druga zamyka
Trzecia znów to układa[26].

24 Tamże, s. 244.

25 Tamże, s. 244; tekst pochodzi z *Księgi Czarów* z Rakowa, pow. Szczecinek. Ta sentencja musi zostać wypowiedziana przed wschodem słońca trzy razy w Imię Boga itd. Należy przy tym płaską dłonią wykonać trzy razy znak krzyża na oku, chory musi przy tym zwrócić twarz ku wschodowi słońca.

26 Tamże, s. 247; tekst z *Egipskiej Geheimn, II, s. 37.*

Na kolkę (jeśli tylko znamy imię):

Krzyk jelenia, kawałek chleba wołowego
I szklankę czerwonego wina
Te trzy rzeczy mają być dla ciebie N. N.
Na kolkę i macicę
Macica dobra
Macica Boska krew
Macico, wróć na swoje miejsce
Inaczej wpędzisz ciało i krew do grobu[27].

Krwotok na Pomorzu pod Bytowem leczono zamówieniem:

W Boskim ogrodzie stoją trzy Boskie kotwice
Pierwsza pełna Bożej odwagi
Druga pełna Boskiej krwi
Trzecia pełna Bożej woli
I ty krwi, stój![28].

Podobnie na zgorzel:

(Jak) wysoko jest niebo
(Jak) czerwone są maki
(Jak) zimna jest dłoń zmarłego
Tym pogłaskam ten zgorzel[29].

Wysoko jest niebo
Zimne są ???

27 Tamże, s. 247; tekst z *Egipskiej Geheimn, II, s. 50.*

28 Tamże, s. 247; przekaz pochodzi z Trzebiatkowej pod Bytowem.

29 Tamże, s. 248; przekaz pochodzi z Garz na Rugii; Hinrichshagen, pow. Greisswald; Grammendorf, pow. Gimmen. Podczas mówienia bolące miejsce trzy razy musi być potarte w dół.

Zimna dłoń zmarłego
Tym zatrzymam twą gangrenę[30].

lub:

Jak wysoko jest niebo
Jak czerwone są winne latorośle
Jak zimna dłoń zmarłego:
Tym zatrzymam twój zgorzel[31].
Wysoko jest niebo
Zimno jest obok
Zimna dłoń zmarłego
Tym ugaszę twój zgorzel[32].

Na zgorzel suchą proponowano:

Matka Maria podróżowała przez kraj
Znalazła dłoń zmarłego
Chciała nią pogłaskać oparzenie[33],

lub:

Wysoko jest niebo
Czerwony rak
Mittelmannshand
Uwalniam od zgorzeli suchej[34].

---

30 Tamże, s. 248; przekaz pochodzi z *Akten der Gesellschaft fur Pomm. Geschichte und Alterthumskunde*.

31 Tamże, s. 248-249.

32 Tamże, s. 249; przekaz pochodzi z Łobza.

33 Tamże, s. 249. W Grammendorf, koło Grimmen podczas wypowiadania tej formuły należało pocierać chore miejsce kamieniem wziętym z miejsca, gdzie nie świeci słońce ani księżyc.

34 Tamże, s. 249, przekaz pochodzi z Templin, pow. Uckermark.

Na zgorzel wilgotną w Czaplinku używano magicznej formułki:

Czerwona jest zgorzel,
Zimna jest ręka trupa;
Dlatego zdmuchnij mi tę zgorzel[35].

Aby zatrzymać ból przy gangrenie:

Szły trzy święte bóle
Po wąskiej drodze
Jeden zrywał liście z drzewa
Drugi trawę z drogi
Trzeci wziął z sobą ból[36],

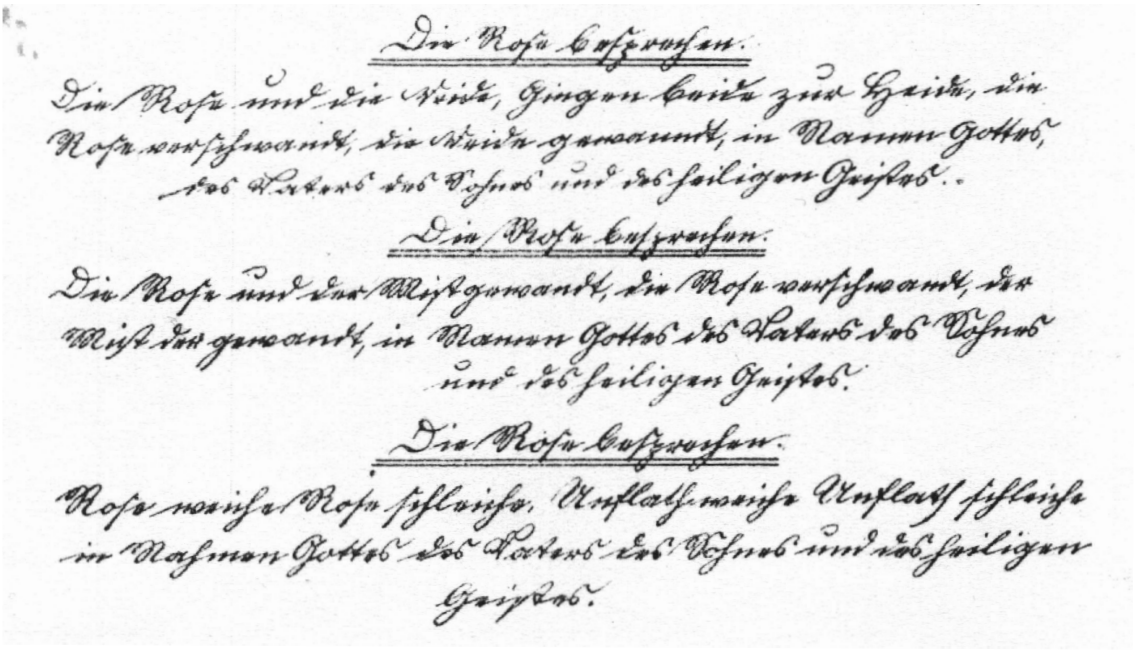
Na złamania każdego typu również stosowano magiczne formufy np. w Brammendorf, pow. Grimmen, a podobną wartość znajdujemy w *Księdze Czarów* z Rakowa, pow. Szczecinek[37].

35 Tamże, s. 252, przekaz ze i Strachocina, pow. Szadzko; por. Tamże, s. 250, przekaz pochodzi ze Szczecina; Zullchow, pow. Randow; Warsow, pow. Randow; tamże, s. 251, przekaz z Pollchow, pow. Randow; Przylepu, pow. Pyrzyce; okolice Świętego i Strachocina, pow. Szadzkotamże, s. 251-252; Bobrownik i Strachocina, pow. pow. Szadzko; s. 253, z Łobza, pow. Resko; s. 254, w Kraśniku; s. 254-255, Trzebiatkowej, pow. Bytów.

36 Tamże, s. 249, przekaz pochodzi ze Świnoujścia.

37 Ta sama sekwencja ze zmianą pierwszego wersa: „Nabieram tej wody" wymawiano w Świnoujściu przy czerpaniu wody wielkanocnej. Jeśli człowiek lub bydło, niech będzie co chce, złamały stopę lub nogę, nastaw ją najpierw, potem połóż na nich swą rękę i wymów trzy razy błogosławieństwo, znęcaj się nad nią wciąż, aż się nastawi, wtedy noga z pomocą boską się wyleczy, tak jak było przedtem. Powiedz więc:

Złamanie nogi, niech cię Bóg wyleczy, Ojciec
Niech cię Bóg wyleczy, Syn
Niech cię wyleczy Bóg, Duch Św.
Błogosławię cię w tym świętym dniu
Bóg chce, byś znów było jak kamień i noga.



Fragment *Księgi Czarów* z Rakowa

Swiostego rodzaju były środki zapobiegawcze na wszelkiego stany gorączkowe. Tu spotykamy się z pełną paletą rozmaitych metod[38],

f. b. I. K. D. D. E. P. P. m. I. N. G. D. T†
v. i. N. g. d. X. St. I. N. G. D. T.

38 Tamże, s. 257, w Świnoujściu, Garz i Rappin na Rugii; tamże, s. 257-258; natomiast na wyspie Wolin zalecano po zachodzie słońca napisać i wymawiać następujące słowa:

Dobry wieczór
Przynoszę ci tu
Mi to minęło
Ty to dostałaś.

Przy mówieniu tych słów należy sypać nad krzewem sól kuchenną, tak dużo jak zmieści się między trzy palce i mówi się „W Imię Boga" itd.:

Stoję tu na uliczce (w zaułku)
Chce mnie napaść 77 gorączek
Mniej czy więcej
Mają mnie napaść tu.

W Linieshoff, pow. Anklam wnoszono, iż pod krzakiem bzu należy zakopać taką formułę zapisaną na kartce; tamże, s. 260.

h. g. F. B. I. K. D. D. E. St. P. m. I. N. G. D. †
v. i. N. G. D. + st. I. N. G. T. D. †
h. g. St. B. + k. D. D. E. St. P. m. I. N. G. D. †
v. i. N. G. D. + l. N. G. D. T. H. G. T,

a na chlebie w Polchow, pow. Randow:

G. D. H. D. H. G G. D. H. D. H. G[39],

Ból zęba leczono i zapobiegano jego skutkom dziesiątkami magicznych formułek. Znamy je przede wszystkim z Rugii oraz Vorpommern[40].

Święty Piotr stał pod dębem
Nasz Pan Jezus Chrystus
Powiedział do Piotra"
„Dlaczego jesteś taki smutny?"
Piotr odpowiedział:
„Dlaczego nie mam być smutny, zęby chcą mi zgnić w ustach"

---

39 Tamże, s. 259. Na Pomorzu taki chleb trzy razy podać choremu, gdy jest pora na to. Pierwszy mocz chorego zanieść do płynącej wody. Gorączka go opuści. Następującą figurę chory musi dziewięć dni nosić w dołku sercowym, a potem potajemnie wrzucić w ogień. Natomiast gorączkę każdego rodzaju zneutralizować formułą:

Ab. Solants †
† Ab. Solanti †
Ab. Solant. †
Ab. Solan. †
Ab. Sola. †
† Ab. Sol. †
Ab. So. †
† Ab. S. †
† Ab. †
A. †
†††, (tamże, 260);

40 Tamże, s. 306-308. Np.

Robaku i zęby ze spiczastymi końcami
Nie masz palić ani odczuwać
Bólu zęba, masz przeminąć
Stać jak krew i krew Chrystusa.

Nasz kochany Pan Jezus Chrystus powiedział do Piotra:
„Idź, weź wody do ust i wypluj ją do dna”[41].

Zalecano by podkowiakiem na trzech drogach słowa:

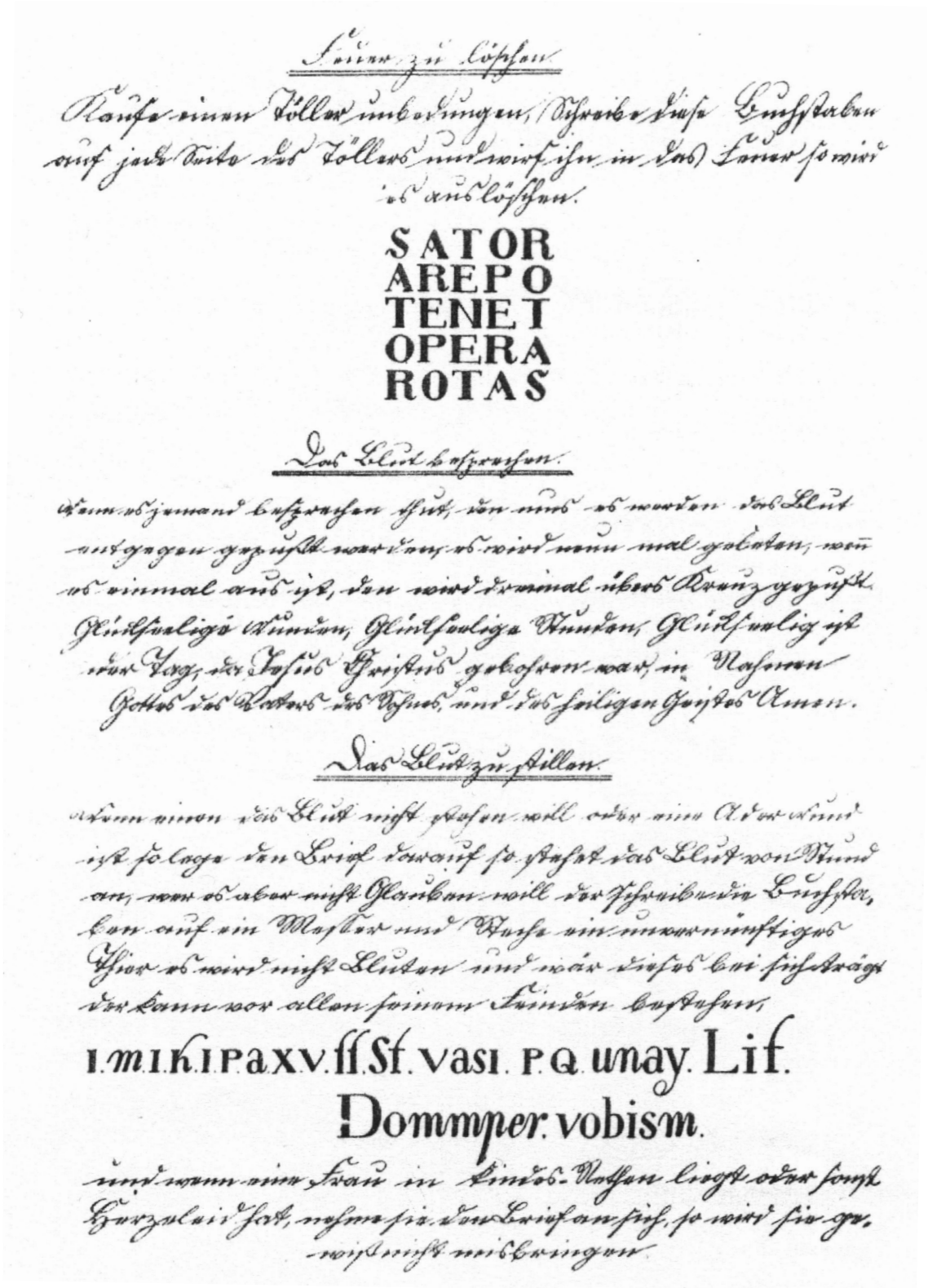
Kex, Pax, Prox, Ppo, In Folio

i wbij podkowiak w ścianę. Tak długo jak będzie on tam tkwił, zęby nie będą bolały[42]. Ogromny garnitur środków znany jest z okolic Lęborka[43]. Natomisat formuła SATOR, znana niemal w całej Europie, skuteczna była na niemal wszystko. Oto ona:

41 Tamże, s. 309, *Księga Czarów* z Rakowa; por. F. Tetzner, *Die Slave in Deutschland*, dz. cyt., s. 461; także na niemal wszystko doskonała podobno była skóra węgorza, krecie łapy, śluz czarnego ślimaka i tłuszcz z dzwonu; tamże, s. 461.

42 K. Rosenow, *Aus dem Rügenwalder Zauberbuch*, „Aus der Heimat. Ernstes und Heiteres aus Vergangenheil und Gegenwart”, 1925, nr 7, s. 4. Poprzekręcana i dlatego nie zrozumiała łacińska formułka wydaje się znaczyć: „chciałbym być wkrótce wolny”, tzn. „Chciałbym by wkrótce bóle zęba ustąpiły” – tak twierdził ten badacz z Darłowa.

43 A. Archut, *Aberglaube und Brauch aus den Bütow und Lauenburg*, „Blätter für Pommersche Volkskunde”, 1893, Jg. I, nr 5, s. 66-68. Tam uznawano, iż pierwszy ząb, który wyrwano dziecku należało spalić na popiół i zjeść to, a bóli takich nie doświadczy się przez całe życie. Ten sam skutek przynieść miał, gdy ten pierwszy wyrwany ząb rzuciło się za piec. Twierdzono, że zęby będą bardzo mocne, gdy się spożyje chleb nadgryziony przez myszy. Podobno był to też pewny środek przeciwko bólom zębów. Cierpiący na takie bóle szukał drzewa, w które uderzył piorun, brał z niego drzazgę i dłubał nią tak długo w tym chorym zębie aż zaczął krwawić, następnie wciskał tą drzazgę na swoje miejsce i wracał milcząco do domu. Bóle przechodziły. Zdarzało się też, że w takim stanie boleści brano kawałek chleba, gryzło dokładnie chorym zębem i szło się na mrowisko, gdzie spluwano ten pogryziony chleb. Tak długo jak mrówki ten chleb spożywały, bóle zęba były jeszcze większe niż wcześniej, natomiast gdy chleb ten został zupełnie spożyty bóle zęba znikały i nigdy nie wracały.



Feuer zu löschen

Kaufe einen Töller unbedungen, Schreibe diese Buchstaben auf jede Seite des Töllers und wirf ihn in das Feuer so wird es auslöschen.

SATOR
AREPO
TENET
OPERA
ROTAS

Das Blut besprechen.

Wenn es jemand besprechen thut, den muss es werden das Blut entgegen gepußt werden, es wird neun mal geleten, wenn es einmal aus ist, den wird dreimal übers Kreuz gepußt. Glückseelige Wunden, Glückseelige Stunden, Glückseelig ist der Tag, da Jesus Christus gebohren war, in Nahmen Gottes des Vaters des Sohnes, und des heiligen Geistes Amen.

Das Blut zu stillen.

Wenn einen das Blut nicht stehen will oder eine Ader Wund ist so lege den Brief darauf so stehet das Blut von Stund an, wer es aber nicht Glauben will der schreibe die Buchstaben auf ein Messer und Steche ein unvernünftiges Thier es wird nicht Bluten und wär dieses bei sich trägt der kann vor allen seinem Feinden bestehen,

I.M.I.K.I.P.a.X.V.ss.St.vasi.P.Q.unay.Lif.
Dommper.vobism.

und wenn eine Frau in Kindes-Nethen liegt oder sonst Herzeleid hat, nehme sie den Brief an sich, so wird sie gewiß nicht misbringen.

Fragment *Księgi Czarów* z Rakowa

by zamówić gorącą gorączkę:

Znalezisko, które tu znajduje się
Daję Bogu, by znikło
Jak ręka, którą nadwyrężył Jezus.

i trzy razy potrzeć chorego na kształt krzyża trzema palcami[44].

Na dzienną gorączkę należało w Trzebiatkowej napisać na chlebie maślanym:

J. B. H. F. B. H. J.

44 Rano, przed wschodem słońca, lub wieczorem po zachodzie słońca, chory powinien trzy razy iść do wierzby i kazać osobie innej płci pocierać młodymi pędami wierzby swe liszaje na kształt krzyża. Przy tym powinna ta osoba, a więc u mężczyzny kobieta, u kobiety mężczyzna, mówić:

Liszaj i wierzba
Kłócą się
Wierzba wygrywa
Liszaj przegrywa
W Imię Boga itd.

Potem w wierzbę należało wbić guzeł. W drodze powrotnej do domu powinno zachować się całkowite milczenie. Błogosławienie liszai:

Liszaj i wierzba
Chciały się kłócić
Wierzba przeszła
Liszaj Zniknął.
Księżyc i liszaj
Oboje mają rację
Liszaj i księżyc
Oboje zaczynają iść:
Księżyc wygrywa
Liszaj ginie.

Napisać na chlebie maślanym:

D. G. St. W. D. B. G. V. D.
R. W. G. T. H. D. H. B.
M. U. V.

lub przepisać gorączkę na drzewo: „ach, kochane drzewo, przynoszę Ci mą gorączkę; przepisuję ją tobie. Musisz ją zatrzymać, aż wystygnę[45].

Kto cierpiał na gorączkę powinien wziąć wieczorem po pełni księżyca rękę pełną soli i powiedzieć:

Sieję me nasienie
W Imię Jezusa Chrystusa
Gdy to nasienie wzejdzie
Chcę znów zobaczyć mą gorączkę
Gdy sól się rozpuści, gorączka zniknie,

pomodlić się trzy razy przy wschodzie słońca, zwrócony w jego stronę:

Kochane słońce, zejdź zaraz
I weź ode mnie 77 gorączek.

W Züllchow, pow. Randow, by zamówić zgorzel świeżo wnoszono, aby zniesione jajko ugotować na twardo, a potem naisać na nim następujące słowa:

Zjedz je jeszcze gorące trzema kęsami a potem pość,

45 Tamże, s. 260, w Trzebiatkowej powiadano:

Znalezisko, które tu znajduję
Daję Bogu, by znikło
Jak ręka, którą nadwyrężył Jezus.

zaś na Haarwurm (Robaka we włosach):

Bóg Pan szedł pracować w polu, w dobrym polu
Zrobił trzy bruzdy
Znalazł trzy robaki:
Pierwszy to robak kłótni
Drugi to ???
Trzeci to Haarwurm (robak we włosach)
Robak kłótni, ??? i robak we włosach
Odchodzą z tego mięsnego robaka[46].

Podobne metody w okolicach Rakowa, Trzebiatkowej, Pyrzyc i Warchlina, pow. Szadzko stosowano w przypadku bólu stopy, gośćca, podagry, podagry jelitowej, robaków, wrzodów, guzów, żółtaczki i bólom zębów[47]. Natomiast przeciwko Flug [?] i Hartspann [ból w mięśniach karku, okolicy serca i żeber powiązany z opuchlizną] proponowano w okolicach Rakowa i na Rugii:

O ty dziki przeklęty Flug
Długo już byłeś w tym ciele i w tej krwi
Wyjdź z tego ciała i krwi!

Hartspann von de Rübb!
Najlepszego konia do żłobu
Jeśli to nie pomoże
To również nie zaszkodzi.

A oto dmuchnąć trzy razy przez krzyż na bicie serca i owsiki:[48].

Przy głowie naszego
Pana Jezusa Chrystusa
Stały trzy kwiaty:

46 Tamże, s. 262.

47 Tamże, s. 263-269.

48 Tamże, s. 269-270.

Pierwszy nazywa się dobroć †††
Drugi krew †††

Trzeci wola ††† –
Teraz jest wolą Boga
Aby bicie serca ustało
I nigdy więcej nie wróciło[49].

W podobnych konstelacjach sadzały się magiczne zabiegi stosowane przeciwko bólom żołądka[50], opryszczce[51] i die Rose oder dat Hill'ge [tj. róży], tam też przeciwko liciastej róży[52]. Na tzw. wszystko pomagała kąpiel a płynącej wodze o wielkanocnym poranku lub poranny spacer boso o rosie[53]. Korzystano powszechnie z uzdrowicielskiej mocy wody z Czarnego Jeziora koło Gryfina[54]

---

49 Tamże, s. 270-270. Teksty z *Księgi Czarów pochodzącej z Rakowa, pow. Szczecinek, a także na inschott (einschuss, einschott, einschoss). tj. (miejsce postrzału, zastój mleka w wymionach i w piersiach kobiety); podobnie w Hinrichshagen i Grammendorf, pow. Grimmen, pow. Greifswald, tamże, s. 271-272; oraz na ból głowy, tamże s. 272, tekst z Egipskiej Geheimn, II, s. 37.*

50 Tamże, s. 272, (Grammendorf, pow. Grimmen, Polchow, pow. Randow, okolica Pyrzyc).

51 Tamże, s. 272-273, (tamże, s. 270-270. Teksty z *Księgi Czarów pochodzącej z Rakowa, pow. Szczecinek).*

52 Tamże, s. 273-275, (z wyspy Wolin i Uznam, Świnoujścia; Louisenhof, pow. Anklam; Templin, Ückermark, Templin, Ückermark; Warsaw i Porchow, pow. Randow i Przylep, pow. Pyrzyce, nadto znaki takie zanotowano w Marianowie i Strachocinie, pow. Szadzko oraz w Czaplinku i Trzebiatkowej koło Bytowa; tamże, s. 277-280,

Piotr szedł przez wodę
Chciał szukać kwiatów
I prosić świętego.

53 F. Krüger, *Heimische Ostersitte und Brauch einst und jetzt*, „Aus dem Lande Belgard", 1936, Jg. XV, nr 7, s. 25. Uznawano tu także, iż podobnie przyroda działa w Boże Narodzenie, co związane było z wielkanocnym jajkiem. Pisanka na Pomorzu była symbolem wiejskiej Wielkanocy. Wszak nie było tu tego święta bez pisanek. Potwierdzenia tego przekonania znamy z Rogalina, Byszyna, Kołbacza, Rychówka i Dołganowa; por. G. Horn, *Sitten, Gebräuche und Aberglauben aus dem Lande Bublitz*, „Unser Pommerland", 1935, Jg. XX, nr ¾, s. 136-140; por. A. Haas, *Osterwasser*, „Blätter für Pommersche Volkskunde", 1898, Jg. VI, nr 6, s. 86. Por. P. Wenzlaff, *Neuendor-Plogshagen im vorigen Jahrhundert*, „Unser Pommerland", 1933, Jg. XVIII, nr 4/5, s. 140.

54 O. Knoop, *Neue Volkssagen aus Pommern*, „Blätter für Pommersche Volkskunde", 1892, Jg. I, nr 1, s. 3.

oraz Jeziora Binowskiego koło Kołbacza, którego wody uznane zostały za uzdrowicielskie od czasu gdy po kąpieli w nim tutejszego opata, ten pozbył się jakiejś koszmarnej choroby[55]. Podobne właściwości miała woda z potoku Hufenitzbach (na Ziemi Pyrzyckiej), natomiast woda ze strumienia w pobliżu Więckowa koło Sławna uzdrawiała choroby oczu[56]. Jednak szczególne znaczenie miała woda z Iny dobyta w poranek wielkanocny[57] oraz ta pozyskana na Świętej Górze koło Polanowa[58]. Skutecznym był także chleb i inne wyroby piekarnicze[59].

W wielu okolicach Pomorza twierdzono, iż wszystko leczył psi tłuszcz. Można było się także zadowolić tłuszczem kocim, aczkolwiek ten był trudniejszy do pozyskania, natomiast koniecznie potrzebna była tu dżdżownica[60]. Uznawano, że szmatki, którymi myto zmarłego mają moc uzdrawiania. Gdy dotknąć nimi lekko chorego, jego dolegliwości odchodziły[61]. W Strachocinie koło Stargardu znajdowała się studnia, której woda była przydatna „w rozmaitych chorobach"[62].

---

55 A. Haas, *Pommersche Wassersagen*, Greifswald 1923, s. 28.

56 Tamże, s. 30.

57 O. Knoop, *Stargarder Sagen. Überlieferungen und Geschichten Mit einem Anhang: Die Sage der Mädue*, Stargard 1924, s. 62.

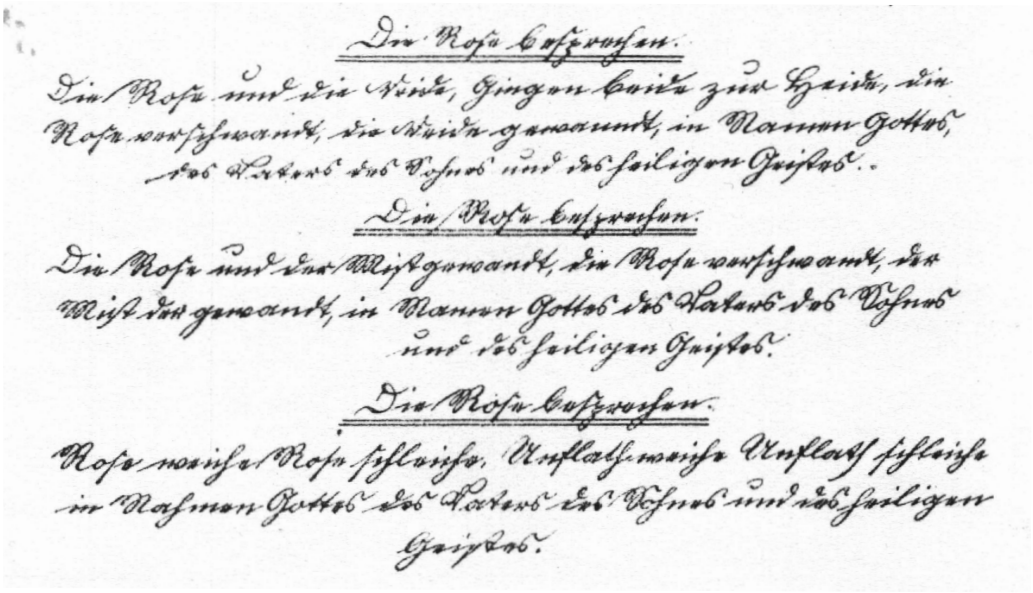
58 *Was eine ostpommersche Kleinstadt erzählt. Sagen und Erzahlungen aus dem Süden des Kreises Schlawe*, Gesammelt und eingeleitet von Hauptlehrer E. Koglin u.a., Stettin 1939, s. 48. Przychodzący tu ludzie nadto kradli kamienie z znajdującej się tu kaplicy, bowiem uznawano, iż te są najlepszym środkiem na wszelkie choroby, tamże, s. 49.

59 O. Knoop, *Brot und Brotnacken*, „Blätter für pommersche Volkskunde", 1896, Jg. V, nr 3, s. 40.

60 K. Rosenow, *Das Rügenwalder Amt*, „Aus der Heimat. Ernstes und Heiteres Aus Vergangenheit und Gegenwart", 1912, nr 4, s. 1. Natomiast, gdy zostało się pogryzionym przez psa, należało trzy włosy z tego psa położyć na ranę; wtedy szybko się wygoi; tamże, s. 1. Podobne przekonania ludu pomorskiego notował Karl Rosenow w innym miejscu, por. tamże, s. 2; por. O. Knoop, *Sagen und Erzählungen aus dem Kreise Naugard*, Stargard 1925, s. 35.

61 H. Gosch, *Alte Sitten und Gebrauche in Altschlawe um die Mitte des 19. Jahrhunderts, „Unser Pommerland", 1925, Jg. X, nr 5, s. 185. Podobnie potarcie ręką zmarłego w okolicach Miastka niwelowało wszelkie choroby, por.* E. Polte, *Pommersche Begräbnissitten*, „Unser Pommerland", 1934, R. XIX, nr 3, s. 121.

62 N. Buske, *Zwei hinterpommersche Wallfahrtsorte*, „Baltische Studien", 1972, Jg. LVII, s. 31.



Fragment *Księgi Czarów* z Rakowa

Podobnie rzecz wyglądała w przypadku ukąszenia węża, a to na Rugii, na Wolinie, w Grammendorf koło Grimmen, w Trzebiatkowej koło Bytowa oraz w okolicach Pyrzyc i Stargardu. Tu bowiem uznawano, że żadne racjonalne środki nie będą skuteczne, jedynie magiczne[63]. Uznawano także, iż tzw. suchoty można było leczyć jedynie w ten sposób[64]. W Rakowie koło Szczecinka oraz w Zullchow koło Randow identycznie proponowano walkę z robakami[65], zaś na wszelkie choroby uznawano w cytowanej już *Księdze Czarów*, iż najlepszym środkiem było aby chory na papierze (albo ktoś robi to za niego) napisał następujące słowa i nosił je przy sobie:

Ito, ala Massa Dandi Bando III. Amen
J. R. N. R. I,

Środek ten znany był na całym Pomorzu[66].

63 U. Jahn, *Hexenwesen und Zaubereri in Pommern*, dz. cyt., s. 280-281.

64 Tamże, s. 282-283.

65 Tamże, s. 305-306.

66 Tamże, s. 308-309.

Plagą na całym Pomorzu był alkoholizm. W Drawsku Pomorskim uznawano, iż by wyleczyć się z tego uzależnienia trzeba było do beczki wsadzić zieloną żabę i polać ją wódką. Wówczas, gdy żaba była już martwa należało powstały w ten sposób płyn podać pijakowi. Twierdzono, że to pomagało[67].

Opisy, jakiekolwiek by były, nigdy nie oddadzą istoty tego spożenia na świat jakie przekazywał nam Urlich Jahn, Otto Knoop, Alfreed Haas, Karl Rosenow i wielu, wielu jeszcze innych badaczy i entuzjastów kultury ludowej. Wszędzie tu tkwi mechanizm niezrozumienia, wszędzie tu gdzie bylejakość, doraźność i blichtr stanowiły będą fundament tego co przypadkiem nazywamy nauką i wiedzą.

* *Artykuł ten, na życzenie Autora, zachowuje własny styl edytorski [przyp. redaktorzy].*

67 A. Haas, *Beiträge zur pommerschen Volksmedicin*, „Blätter für Pommersche Volkskunde", 1901, Jg. IX, nr 8, s. 120. Niektóre zwierzęta w kulturze ludowej Pomorza odgrywały niebywałą rolę, zwłaszcza szczupak oraz wszelkie pająki, por. K. Rosenow, *Die Tiere im Volksglauben*, „Aus der Heimat. Ernstes und Heiteres Aus Vergangenheit und Gegenwart", 1925, nr 5, s. 1–2.

Streszczenie

Autor podejmuje temat zapobiegania chorobom w tzw. medycynie ludowej na Pomorzu Zachodnim w wiekach XIX i XX. Wskazuje, że w owym czasie podejmowano próby leczenia chorób oparte przede wszystkim na sposobach domowych. Bardzo rzadko korzystano z usług wykształconych lekarzy, bo panował wówczas ich niedostatek, ale przede wszystkim ufano prastarym przekonaniom i wierzono, że chorobę da się wyleczyć działaniami magicznymi bez pomocy prawdziwej medycyny. Wierzono w moc czarownic i czarowników, którzy używali różnych technik leczniczych, np. poprzez „zwiastun“ (Böten), „używanie“ (Brauchen), „szeptanie“ (Flüstern), „uśmierzanie“ (Stillen), „łamanie choroby“ (Suchtenbrechen) itd. Autor omawia poszczególne przykłady z różnych części Pomorza, osadza je w epoce, bogato podpierając opisy danymi źródłowymi, dotyczącymi zarówno samych technik leczniczych jak i wielości i różnorodności chorób obecnych w dawnej kulturze Pomorza.

Słowa klucze: folklor, medycyna ludowa, etnografia, kultura ludowa, podanie, dawne Pomorze

Ada Florentyna Pawlak
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Biotechnotransformacje. Ciało w projekcie transhumanistycznym

„Droga Max, brakuje nam słów, żeby opisać nadzieje, jakie dałaś nam na przyszłość" – napisał w liście do nowonarodzonej córki jeden z najbogatszych ludzi świata, Mark Zuckerberg [Włodarski 2016]. W październiku 2016 roku szef potężnej platformy internetowej Facebook zadeklarował, że chce, aby jego dziecko doczekało świata wolnego od chorób i obiecał uwolnić od nich ludzkość. W ciągu najbliższej dekady na swój śmiały projekt Zuckerberg przeznaczył trzy miliardy dolarów, zapewniając, że docelowo wesprze badania naukowe dziewięćdziesięcioma dziewięcioma procentami swojego majątku, wycenianego obecnie na blisko pięćdziesiąt miliardów dolarów. Wesprze to w znaczący sposób ruch transhumanistyczny, którego ambicją jest stworzenie „nowego człowieka".

Transhumanizm i ciało biologiczne

Nurt filozoficzny i potężny prąd kulturowy zwany transhumanizmem zamierza dokonać „nowego stworzenia", a jego luminarze wierzą, że nadejdzie idealna, doskonała rzeczywistość, będąca, w przeciwieństwie do zamieszkiwanego przez nas świata, miejscem wolnym od chorób, starzenia się i śmierci. Stanisław Lem w felietonie *Technologia i ciało* wskazuje, że „jesteśmy ostatnimi reliktami natury" w świecie rządzonym przez technologię [Lem 2004a: 109]. Nasze ciała nie zostały idealnie zaprojektowane – ludzkie organy zużywają się, ciała podlegają nowotworom, starości i śmierci, natomiast wszystkie te procesy są efektem ewolucji. W dyskursie transhumanistycznym ułomne ludzkie ciało jest podstawowym terminem, zaś jego ograniczenia, takie jak choroby, starość i śmierć, pojawiają się w kontekście ulepszeń, możliwych dzięki globalnej transformacji technologicznej całego gatunku ludzkiego.

Transhumaniści to awangarda społeczeństwa informatycznego. Tworzony przez siebie ruch społeczny tłumaczą pragnieniem przekroczenia niedostatków ludzkiej natury i koniecznością zniesienia biologicznych ograniczeń w celu osiągnięcia wyższego stopnia istnienia. Jeden z głównych twórców i ideologów ruchu, Max More, określa transhumanizm jako „filozofię życia", natomiast sam projekt jest skutkiem myślenia o technologii jako czynniku pozwalającym

przekroczyć kondycję ludzką oraz jej biologiczne i kulturowe formy organizacji [More 2013b: 70]. Dla zwolenników ruchu chorująca „biologiczna powłoka" *homo sapiens* jest wrogiem, którego zwalczyć mają projektowane dla postczłowieka formy. W myśl jego założeń człowiek przestaje być dyscyplinowany przez kulturę, a rolę tę przejmują technoarchitekci.

Losy ludzkości to historia nieustającej ewolucji w zakresie procesu kreowania kultury i społecznej organizacji. Cechujące człowieka działania transgresyjne budowały cywilizację, przyczyniając się do przechodzenia, często burzliwego, na kolejne etapy rozwoju *homo sapiens.* Zmiana, jaką przyniósł rozwój nauki, sprowadziła też nowe strategie i narzędzia, umożliwiające realizację ponowoczesnych pragnień [Bauman 1995: 12–20]. Dziś ludzkie ciało charakteryzuje się niestabilnością i podąża drogą płynnej nowoczesności. Podobnie jak współczesna tożsamość, jest ono coraz śmielej poddawane procesom rozproszenia, staje się niespójne, o nieustalonym kształcie, i zmierza w stronę całkowitej fragmentaryzacji – wymienialnego konglomeratu elementów. Możliwe, że już wkrótce, za sprawą transhumanizmu, technika w sposób radykalny zmieni formę, w jakiej egzystujemy.

Pierwsze sygnały transhumanizmu (oznaczanego niekiedy skrótem H+) pojawiły się w latach 70. XX wieku w tekstach Fereidouna M. Esfandiarego, podpisującego się nazwiskiem – FM-2030. Był on jednym z pierwszych badaczy snujących wizję transludzi (*transhumans*), będących kolejnym ogniwem w ewolucyjnym łańcuchu. W 1990 roku w eseju zatytułowanym *Transhumanism: Towards a Futurist Philosophy* twórca *Extropy Institiute,* Max More, wprowadził definicję transhumanizmu rozumianego jako klasa filozofii, która kieruje nas w stronę kondycji postludzkiej, do dyskursu naukowego. Transhumanizm dzieli wiele elementów z humanizmem: szacunek dla rozumu i nauki, nacisk na postęp i docenianie roli człowieczeństwa / transczłowieczeństwa, a jednocześnie różni się od humanizmu przez przyzwolenie i oczekiwanie na radykalne zmiany w naturze i możliwościach naszego życia, oferowanych przez różne nauki i technologie, jak neurologia i neurofarmakologia, przedłużenie życia, nanotechnologia, sztuczna ultrainteligencja, zamieszkanie przestrzeni kosmicznej, w zestawieniu z racjonalną filozofią i systemem wartości [More 2013a].

Obecnie grono słynnych technoentuzjastów nieustannie się poszerza i są wśród nich między innymi Nick Bostrom, pełniący funkcję dyrektora Instytutu Rozwoju Ludzkości (*Future of Humanity Institute)* na Uniwersytecie Oksfordzkim, Ray Kurzweil – wynalazca i futurolog, twórca Uniwersytetu Osobliwości *(Singularity University) w Dolinie Krzemowej w Kalifornii,* zajmujący się naukami kognitywnymi, zwłaszcza sztuczną inteligencją, Marvin Minsky – współzałożyciel laboratorium AI w MIT (*Massachusetts Institute of Technology*) czy miliarder Dmitri Itskov, kierujący stowarzyszeniem „Rosja 2045". Pod zaktualizowaną Deklaracją Transhumanistyczną z 2012 roku podpisał się również szereg

wybitnych naukowców, w tym: Alexander Sasha Chislenko, Anders Sandberg, Arjen Kamphuis, Bernie Staring, Bill Fantegrossi, Darren Reynolds, David Pearce, Den Otter, Doug Bailey, Eugene Leitl, Gustavo Alves, Holger Wagner, Kathryn Aegis, Keith Elis, Lee Daniel Crocker, Max More, Mikhail Sverdlov, Natasha Vita-More, Ralf Fletcher, Shane Spaulding, T.O. Morrow czy Thom Quinn [Adamski 2012: 114].

Transhumanizm odwołuje się bezpośrednio do odwiecznych pragnień ludzkości. W pracy pod tytułem *A Letter to Mother Nature,* Max More, obecnie prezes i CEO w Alcor Life Extension Foundation – organizacji świadczącej usługi krioprezerwacji[1], podkreśla, że nie jesteśmy pozbawieni wad, takich jak podatność na choroby, śmierć, starzenie się czy ograniczenia umysłu i zmysłów, i w związku z tym postuluje siedem niezbędnych poprawek, które należy wprowadzić, by człowiek ewoluował do postludzkiej kondycji:

1) usunięcie śmierci i starzenia się z ludzkiej natury;

2) rozwinięcie ludzkich zmysłów i zdolności percepcyjnych;

3) rozwinięcie „mocy obliczeniowej" mózgu i zdolności zapamiętywania;

4) ustanowienie zdolności do samostanowienia i kontrolowania emocji;

5) kontrolę genów w celu wyeliminowania ewentualnych błędów;

6) ulepszenie umiejętności odczuwania emocji;

7) zastąpienie „węglowego" ciała znacznie wytrzymalszymi materiałami [More 2013b: 344].

Zdaniem Rafała Ilnickiego transhumanizm jest postulatywny i filozoficzny w tym sensie, że projektuje określoną wizję rozwoju człowieka, lecz czyni to jedynie w oparciu o pragnienie transformacji ludzkiego ciała [Ilnicki 2011].

Kuszące jest, rzecz jasna, postrzeganie transhumanistów jako utopistów przeceniających możliwości, jakie stwarza dzisiejsza nauka. Ich idee zyskują jednak sympatyków nie tylko wśród ekscentrycznych milionerów, lecz również w wiodących, międzynarodowych ośrodkach naukowych, są zasilane kapitałem globalnych korporacji i rządów narodowych, czego przykładem jest

1 Krioprezerwacja (kriokonserwacja) to proces, w którym komórki lub tkanki są przechowywane w ujemnej temperaturze, zwykle 77 K, czyli -196 °C (punkt wrzenia ciekłego azotu). Urządzenia mrożące próbki biologiczne przy użyciu programowalnych kroków lub kontrolowanych poziomów są używane do mrożenia próbek ludzkich, zwierzęcych i biologicznych w laboratoriach badawczych na całym świecie [por. ALEF].

projekt „Rosja 2045", którego twórcy opisują siebie jako „strategiczny ruch społeczny" dążący do „ewolucji ludzkości" i przedłużenia życia ku wieczności. Nad działalnością Strategicznego Ruchu Społecznego „Rosja 2045" patronat sprawuje prezydent Władimir Putin, a w jego finansowanie włączyło się wielu rosyjskich miliarderów [por. Rosja 2045].

Przed poglądami coraz bardziej wpływowych transhumanistów ostrzega amerykański politolog Francis Fukuyama, wedle którego to jedna z najbardziej zagrażających ludzkości idei [Fukuyama 2004b]. Zdaniem Fukuyamy jej propagatorzy stanowią nie tylko potężny, skrajnie liberalny ruch, optujący na rzecz całkowitej wolności w zakresie ingerencji w fizyczną strukturę człowieka, lecz posiadają narzędzia pozwalające tę wizję zrealizować.

Posthumanistyczne formy egzystencji. Wolność morfologiczna

Wbrew przeświadczeniom biokonserwatystów, wierzących w niezmienne jądro człowieczeństwa (*kore*) i uznających cielesne modyfikacje za dehumanizujące, transhumaniści upatrują istoty ludzkiej natury w zdolności do transformacji [Birnbacher 2008]. Wszystkie odmiany transhumanizmu łączy pragnienie przyśpieszenia ewolucji inteligentnego życia poza jego obecną ludzką formą i ludzkimi ograniczeniami poprzez naukę i technologię.

Podstawami ideologicznymi nurtu są nieskrępowana wiara w postęp i możliwości ludzkiego intelektu oraz przekonanie o konieczności odrzucenia obaw przed ingerencjami w naturę *homo sapiens* w celu kontrolowania ewolucji biotechnologicznej. Skutkiem ewolucji ma być postczłowiek, czyli istota doskonalsza od tej, jaką *homo sapiens* mógłby kiedykolwiek się stać na drodze ewolucji niewzmacnianej osiągnięciami nauki. Podkreślając oświeceniową proweniencję humanizmu, jego zwolennicy propagują doskonalenie człowieka nie poprzez rozwój kultury, lecz technologiczną autokreację [More 2013a: 3].

Autorzy projektu „Rosja 2045" na konferencji w Nowym Jorku w 2013 roku prognozowali technotransformacje mające skutkować osiągnięciem nieśmiertelności[2]. Według ich założeń, między 2015 a 2020 rokiem zostanie utworzony Avatar (robotyczna kopia człowieka), jak również sterowane myślami roboty zastępujące pracę produkcyjną i fizyczną. W 2025 roku sfinalizowany zostanie następny etap, zaistnieć ma możliwość przeniesienia centralnego narządu naszego układu nerwowego do maszyny, w której będzie podtrzymywanie życie. Autorzy projektu zapowiadają, że w latach 2030–35 pojawi się tak

2 Podczas konferencji profesor Hiroshi Ishiguro zaprezentował robota Geminoidu, który wyręcza go często w prowadzeniu wykładów [por. Rosja 2045].

zwany Re-brain i pierwszy udany przeszczep osobowości do urządzeń zewnętrznych, co rozpocznie epokę cybernetycznej nieśmiertelności. Wedle założeń ludzie po śmierci będą istnieli w formie hologramów. Lata 2040–50 przyniosą ciała wykonane z nano-robotów, które przybiorą dowolne kształty. Wówczas też nastąpią drastyczne zmiany w strukturze społecznej i w rozwoju naukowo-technicznym. To właśnie w tym czasie ONZ zakłada realizację obietnicy zakończenia wojen i przemocy, ludzkość ma obrać drogę ku „duchowemu samodoskonaleniu" – i nastać ma era Neo-Humanizmu.

W projekt zaangażowano przedstawicieli największych na świecie prestiżowych ośrodków naukowych, w tym uczelni: Harvardu, Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley czy Instytutu Technologicznego w Massachusetts. Na konferencji obecni byli też czołowi transhumaniści amerykańscy, z Rayem Kurzwailem na czele.

W tym miejscu dochodzimy do utylitaryzmu transhumanistycznego projektu, który przypomina mi alternatywę dla utopizmu Karla Poppera [Popper 1999]. W *Domysłach i refutacjach* autor wskazuje, że wiedza naukowa rozwija się dzięki antycypacjom, przypuszczeniom, próbnym rozwiązaniom, czyli domysłom (*conjectures*), które poddawane są krytycznej kontroli, to jest próbom obalania (*refutations*) ich za pośrednictwem surowych testów. Filozof wyraża przekonanie, że dążenie do szczęścia należy pozostawić indywidualnym wysiłkom jednostek, zaś najpilniejszym problemem racjonalnej polityki społecznej jest ludzkie cierpienie.

Zarówno transhumanistyczne idee absolutnej optymalizacji cielesności, jak popperowski program o charakterze negatywnym, głoszą konieczność działania na rzecz eliminacji zła aniżeli na rzecz realizacji dobra abstrakcyjnego. W miejsce planów całościowych przemian pojawia się koncepcja metod inżynierii cząstkowej, realizowana za pomocą definiowania konkretnych zadań do rozwiązania. Przykładem takiego rozumowania są transhumanistyczne cele: eliminacja chorób i starzenia się organizmu, synonimizowane z usuwalnym dzięki technologii cierpieniem. Transhumanistyczne transformacje cielesności mają się rozpocząć od hybrydyzacji i modyfikacji, polegających na rozszerzaniu cielesnych funkcjonalności przez implanty, a zakończyć na wpisaniu świadomości w autoregulacyjne systemy protezowania i całkowitym usunięciu biologicznego ciała. Transformacje te będą możliwe dzięki biotechnologii i nanotechnologii, będących portalem wiodącym do budowy nowego gatunku, postczłowieka.

Według technoewolucjonistów, technika w jej akceleracyjnym sfunkcjonalizowaniu jest koniecznym narzędziem pozwalającym przekroczyć granice człowieczeństwa. Wyników doświadczeń i skutków wdrożeń nie da się, rzecz jasna, przewidzieć, choć luminarze ruchu deklarują całkowite zachowanie kontroli nad wykreowanymi dzięki nauce biotechnicznymi bytami. W takim

ujęciu transhumanizm jest pragmatyczną futurologią, którą można rozumieć jako ideologię propagującą korpotransformację.

Scenariusze postgatunkowego bycia odnoszą się do różnych form zachowania i przekroczenia ciała, które staje się obiektem przetwarzalnym. To zinstytucjonalizowane futurologiczne hipotezy, za którymi stoją agendy technomerkantylistyczne. W ujęciu transhumanistów zadaniem omnipotentnej technologii ma być zarządzanie technometamorfozą. *Homo technologicus przybierze rozmaite formy dzięki dostawianiu i usuwaniu organów (transplantacja) czy międzygatunkowym biologicznym i technicznym transplantacjom. Technologiczny dostęp do nieposzerzonej cielesności możliwy jest w formie bezpośredniej (operacje,* urządzenia transformacyjne) bądź zapośredniczonej, zdalnej (teleoperacje, nanoroboty), widzialnej (protezy kończyn) bądź niedostrzegalnej nieuzbrojonym okiem (implanty wewnętrzne). Zwolennicy ruchu proponują też biotechnologiczny demokratyzm zapewniający wszystkim ostateczne wyzwolenie z niedoskonałości ciała przez cyborgizację.

Przyszły *techno sapiens* wedle transhumanistycznych wizji będzie mógł rościć sobie prawa do indywidualnego kształtu. Wolny od wszelkich chorób postczłowiek to w zamierzeniu efekt końcowej fazy cybernetyzacji człowieka, który powstanie dzięki rozwojowi nowych technologii umożliwiających zespolenie ciała z maszyną. Zakres jego możliwości zostanie poszerzony do takiego stopnia, że powstała w wyniku „technologicznej fuzji" istota przestanie być człowiekiem, zyskując status *techno sapiens.* Elisabeth List pisze wręcz o „cybernetycznym platonizmie", który ma być realizowany poprzez zniesienie ciała w telematycznej kulturze [List 2001: 143].

Zauważmy, że choć scenariusze postgatunkowego bycia są rozmaite, to niezależnie czy postgatunkowa istota przybierze formę robota, androida czy osadzonej w krzemie „bazy danych", ryzyko usterek będących synonimem choroby w żaden sposób nie znika. Projektowany przez transhumanistów postgatunek będzie jednak po technicznej konwersji posiadał fizyczną formę – odpowiednik biologicznego ucieleśnienia, która nadal zmagać się będzie z ryzykiem choroby, na przykład wirusem cyfrowym. Eliminacja biologicznego modelu ciała sprawi jedynie, że powróci ono w nowej, niepozbawionej zagrożeń formie. Postczłowiek, porzucając cielesną autonomię, uwolni się od biologicznych ograniczeń, lecz stanie się zakładnikiem autoregulacyjnych systemów transformacyjnych, potencjalną ofiarą cyberprzestępców i biohakerów.

Dorobek inżynierii genetycznej, nanotechnologii i bioinżynierii to transhumanistyczne narzędzia „wielkiej przemiany", obiecujące znaczące wydłużenie życia, udoskonalenie ludzkiej fizyczności, likwidację chorób i uszczęśliwienie ludzkości propozycją nieśmiertelności. Ukończenie w 2000 roku Projektu Poznania Ludzkiego Genomu spowodowało nadejście wielu poważnych zmian. William Haseltine, szef firmy *Human Genome Science*, twierdzi, że gdy

zrozumiemy procesy naprawcze zachodzące w organizmie na poziomie genów, będziemy w stanie utrzymywać normalne funkcjonowanie naszych ciał, być może, wiecznie. Ułatwi to dodatkowo fuzja takich obszarów nauki jak bioinżynieria, nanotechnologia, informatyka i kognitywistyka i ich wytworów – implantów mózgowych, „dopingu genowego" i nieustannej optymalizacji – dzięki aplikacji technologii w cielesność i zespoleniu *homo sapiens* z komputerem zbliżająca nas do realizacji technoutopii.

Transhumanistyczny pomysł na ciało po osiągnięciu nieśmiertelności wskazuje też na możliwość zaludniania wielu ciał. Wielocielesność jako oferta inkarnowania się w biologiczne lub technologiczne (często też określane jako nie-proteinowe) ciało związana jest z przeniesieniem umysłu z jednego nośnika na drugi. Zatem nie chodzi o samo ciało, lecz o umysł (czy raczej pewną jego modyfikację). Tutaj nawet najbardziej radykalni transhumaniści są zgodni co do tego, że warunkiem nieśmiertelności jest najpierw rozwiązanie kwestii *mind uploading*, czyli przegrania umysłu ludzkiego do postaci technicznej, która z niej dopiero będzie mogła *być przekazywana do innych ciał.*

Głód utopii

Niewątpliwie kształt historii XX wieku określiły dwa koszmary – reżim nazistowski, twierdzący, że biologia jest wszystkim, i komunizm, utrzymujący, że nie ma ona praktycznie żadnego znaczenia. Żadna z ideologii nie opierała się jednak na dostępnej dziś wiedzy – znajomości struktury neurologicznej mózgu i genetycznych źródłach zachowań, przez co nie mogła na nie wpłynąć. Dziś otwiera się dziedzina inżynierii społecznej najgroźniejszej w historii ludzkości, gdyż w dobie ewolucji biotechnologicznej przejmujemy władzę nad naszą biologią.

Wszelkie rozważania, mające na celu przedstawić człowieka w jego złożonych relacjach ze światem, nieuchronnie kierują się w stronę zagadnienia ciała. Przez wieki jego zawodność, rozpad i śmiertelność były czymś naturalnym, podobnie jak pragnienie nieśmiertelności. Zauważmy, że dysponującą wyobraźnią istotę ludzką zawsze cechowały zachowania transgresyjne, przekraczanie wszelkiego *status quo.* Kierunek zmian wyznaczany przez transhumanizm podyktowany jest wiecznymi, uniwersalnymi marzeniami, jakie od wieków nawiedzały ludzką wyobraźnię – pragnieniem wiecznej młodości, atrakcyjności, nieśmiertelności, zdrowiem fizycznym, wolnością od bólu i cierpienia. Dzięki wielopokoleniowym wysiłkom dzisiejsza technologia pozwala na ingerencję w niegdyś niemożliwe do zmiany biologiczne wyposażenie człowieka, a utopijna emancypacja z cielesności stała się podstawą samookreślenia analizowanego prądu kulturowego.

W *Spotkaniach z utopią* Jerzy Szacki dzieli utopie na eskapistyczne i heroiczne ze względu na odmienne duchowe potrzeby, które zaspokajają [Szacki 1980]. O ile te pierwsze tworząc mentalny azyl, umożliwiają wycofanie się ze świata, o tyle drugie dostarczają środków, dzięki którym rzeczywistość ma zostać zmieniona. W ujęciu takim zakorzeniony w naukowych osiągnięciach transhumanizm, wieszczący świat bez chorób i cierpienia dzięki technologicznemu zaawansowaniu, to utopia heroiczna wyrażająca najbardziej paradoksalne pragnienie ludzkości – radykalną zmianę własnej natury, przekroczenie granic człowieczeństwa, transgresję w inny rodzaj egzystencji. Ten radykalny prąd filozoficzno-kulturowy produkuje wizję świata zdrowia i wiecznej młodości, która czerpie z szeregu literackich i filozoficznych pierwowzorów.

Nadejście technologicznej rewolucji najtrafniej chyba przepowiedział entuzjasta potęgi nauki, Francis Bacon, w powstałej w 1622 roku *Nowej Atlantydzie*, zapowiadając społeczeństwo techno-erudytów modyfikujące własny gatunek [Bacon 1954]. W Bensalem rozwojem i wdrażaniem techno-wiedzy zajmuje się autonomiczny wobec władzy „Dom Salomona", którego prace i eksperymenty koncentrują się na leczeniu chorób, uśmierzaniu bólu, wydłużaniu życia oraz zmianie właściwości i budowy ciał. Tak Bacon opisywał działalność instytucji będącej odpowiednikiem dzisiejszej Krzemowej Doliny i licznych laboratoriów bioinżynieryjnych:

> Celem instytucji naszej jest zgłębianie stosunków, zmian i sił wewnętrznych natury tudzież rozszerzanie – jak tylko to będzie możliwe – granic władztwa ludzkiego nad nią. Mamy liczne i rozległe podziemia położone na różnych głębokościach. (...) Wykorzystujemy je do wszelkiego stężania, hartowania, chłodzenia i przechowywania pewnych ciał. Groty podziemne przydatne są nam wreszcie, lubo może się to wydawać dziwnym, do leczenia niektórych chorób i przedłużania życia. Dotyczy to niejakiej liczby samotników, którzy wolą tam właśnie prowadzić pustelniczy tryb życia. Zaopatrujemy ich należycie we wszystkie rzeczy potrzebne, przy czym zawsze są oni nad wyraz długowieczni. (...) Między innymi mamy i takie zbiorniki, w których uzyskujemy tak zwaną przez nas wodę rajską. Dzięki odpowiedniemu sposobowi przygotowania jest ona nad wyraz zbawienna dla zdrowia i skuteczna jako lek oraz środek do przedłużania życia [Bacon 1954: 34].

Zauważmy, że wszystkie wymienione przez autora utopii działania „Domu Salomona" miały na względzie pożytek ludzki: przedłużanie życia, opóźnianie

starości, leczenie nieuleczalnych chorób, uśmierzanie bólu, dokonywanie zmian w budowie ciała, przemianę jednych ciał w inne czy stwarzanie nowych gatunków.

W przyszłość patrzył też Giambattista Vico, który w *Nauce nowej* z 1725 roku dzielił dzieje na epokę bogów, bohaterów i ludzi, w której to człowiek miał osiągnąć samowiedzę, dzięki narzędziu poznania, jakim jest intelekt [Vico 1966]. Wśród XVIII-wiecznych intelektualistów coraz popularniejsza stawała się teza, że postęp jest nieuchronny, a ideę tę rozwijał między innymi Jean Antoine Nicolas de Condorcet, wierząc, iż rozwój społeczeństw jest pochodną rozwoju nauki i techniki. Wiara w naukę towarzyszyła też wiekom kolejnym. Auguste Comte w *Kursie filozofii pozytywnej* twierdził, że dzięki rozwojowi nauki ludzie posiądą moc ustalania i przewidywania nieznanych faktów, dlatego miała się stać częścią ustroju doskonalącego ludzką naturę i społeczeństwo [Comte 2013].

Korzeni transhumanistycznego projektu szukać można również w pracach angielskiego filozofa i socjologa, Herberta Spencera, który jako pierwszy zaczął używać terminu ewolucja na gruncie nauk społecznych, rozpowszechniając darwinizm [Spencer 2002]. Zdaniem filozofa ewolucja przebiega na wszystkich poziomach rzeczywistości: nieorganicznym, organicznym i nadorganicznym (społeczeństwo) oraz wytworów życia nadorganicznego (kultura), przy czym zakładał, że zjawisk jednego poziomu nie da się zredukować do poziomu niższego, choć prawa w każdym z wymienionych rodzajów ewolucji są takie same. Ewolucjonistyczną etykę wywodził Spencer z teorii walki o byt, podkreślając, że dobre jest to, co służy przystosowaniu i rozwojowi, a to uzasadnia wspieranie silnych, nie zaś słabych, chorych i upośledzonych przez naturę.

Dziś teoria ewolucji została wzbogacona o najnowsze odkrycia biologii molekularnej, wykorzystuje metody laboratoryjne, PCR czy elektroforezę białek, badania chromosomów i genów, co pozwala transhumanistom powrócić do idei wzmocnienia człowieka. Czynią to jednak *a contrario*, podkreślając pragnienie eliminacji cierpienia uzasadniające próby wyzwolenia z ciała.

Transhumanizm rozumiany jako autoewolucja staje się fenomenem, który Raymond Aron metaforyzował jako „opium dla intelektualistów" – teorię mającą ambicje wyjaśniać i zmieniać ogół świata i naturę człowieka [Aron 2000]. Zwolennicy i fundatorzy projektów przekonują jednak, że postczłowieczy świat będzie opiekuńczy i współczujący, a my dysponować będziemy lepszym zdrowiem, doskonalszą opieką, będziemy dłużej i lepiej żyć.

Zauważmy, że projektowany przez teoretyków ruchu świat postludzi może być o wiele bardziej zhierarchizowany, nastawiony na rywalizację i pełen konfliktów społecznych niż obecna rzeczywistość. Dlatego warto mieć w pamięci opisujące technoprzyszłość dwie XX-wieczne powieści skupiające się na różnych obszarach techniki, które faktycznie wyewoluowały, określając kształt świata w ciągu dwóch następnych pokoleń. Mowa o słynnej dystopii pod

tytułem *Rok 1984* George'a Orwella (pierwsze wydanie w 1949 roku) i powieści Aldousa Huxleya *Nowy wspaniały świat* (pierwsze wydanie w 1932 roku). Dowodzą one znakomicie, że utopia jest do pogodzenia z dystopią w obszarze jednej i tej samej wizji.

O ile w *Roku 1984* Orwella prym wiedzie informatyka, której dokonania są fundamentem sukcesu olbrzymiego totalitarnego imperium, o tyle traktująca o biotechnologii wizja Huxleya przedstawia rzeczywistość, w której ludzie nie mają prawa być chorzy czy nieszczęśliwi, bowiem gwarantuje to wdrażana kosztem człowieczeństwa technologiczna racjonalizacja. W huxleyowskim *Nowym wspaniałym świecie* pozbyto się chorób i konfliktów społecznych, nie istnieje depresja, szaleństwo, samotność czy rozpacz. Odmiennie od człowieka dotkniętego chorobą czy będącego w niewoli, odhumanizowani ludzie nie cierpią, lecz egzystują w niewolniczym zadowoleniu. Klonuje się ich i hoduje w Ośrodkach Rozrodu i Warunkowania i już na etapie prenatalnym przypisuje do kast. Zauważmy, że wiele obszarów techniki, których istnienie przewidział autor (zapłodnienie *in vitro*, macierzyństwo zastępcze, leki psychotropowe i inżynieria genetyczna mająca na celu produkcję dzieci) już powstało lub powstanie w niezbyt odległej przyszłości.

Transhumanistyczne imaginarium projektuje wizję sprawiedliwą i harmonijną, będąc dosłownym „ucieleśnieniem utopii". Rzecz jasna wizja ta ma nieodparty urok – dotyka głębokiego pragnienia całej ludzkości, w założeniu nikogo nie wykluczając. Oparty na naukowych odkryciach projekt niesie więc „dobrą nowinę" dla każdego ciała. W ciekawy sposób koresponduje to z intuicjami wyrażanymi przez Zygmunta Baumana, który twierdzi, że dziś utopia została sprywatyzowana i przeobraziła się w indywidualne *success story*. Pojedyncze ciało stało się lokum dla transhumanistycznej utopii. Zarazem jednak panuje cielesne *interregnum*, gdyż moment, w którym stare ciało przestaje nam wystarczać, już nadszedł, lecz wciąż nie wyłoniła się nowa, posthumanistyczna cielesność.

Transhumanizm a kulturowe granice cielesności. Ciało otwarte

> Nie ma cywilizacji bez stabilności.
> Nie ma stabilności społecznej bez stabilności indywidualnej.
>
> Aldous Huxley, Nowy wspaniały świat

Immanentną cechą kultury i społeczeństwa jest konstruowanie własnego obszaru za pośrednictwem granic. Na poziomie norm, wartości i wierzeń następuje klasyfikacja obszaru uznanego za obowiązujący porządek społeczno-kulturowy,

stanowiący podstawę dla określenia tożsamości. Sfera ludzkiej cielesności jest przykładem porządkującej działalności kultury i ustalenia granic symbolicznych na rzecz akceptowalnego porządku, szczególnie gdy jest rozpatrywana za pomocą kategorii inności. Pytanie o przekraczanie cielesności to przede wszystkim pytanie o obowiązujące we współczesnej płynnej rzeczywistości granice ciała, ponieważ odgrywają one istotną rolę w procesie kreacji i reprodukcji wyobrażeń na temat społecznej rzeczywistości.

Według Mary Douglas ciało jest nie tylko produktem kontekstu, w jakim się znajduje, lecz również jego symbolem, a wszelkie normy, zakazy i rytuały odgrywane na ciele ukazują system granic obowiązujących w danym społeczeństwie. Granice ciała stają się granicami tego, co społeczne, głównie dlatego, że ich zakres, obszary, w jakich przebiegają, nie wynikają z biologicznych właściwości ciała, lecz z kulturowych uzgodnień [Douglas 2007: 149]. Podlegający biologicznym procesom ludzki organizm jest zarazem społecznym konstruktem i odbiciem kulturowych dyskursów i praktyk. Wedle wpisujących się w nurt konstruktywistycznej socjologii ciała analiz, społeczny fenomen cielesności polega na tym, że kształtowany jest zgodnie z zasadami organizacyjnymi społeczeństwa, a ciało poddawane jest bez przerwy wartościującym ocenom zgodnie z akceptowanymi powszechnie kryteriami.

Cielesność jest polem inskrypcji znaczeń, wartości i symboli. W takim ujęciu ciało wiecznie doświadcza transgresji, jest nieustannie „otwarte" na nowe wzory i interpretacje, będąc miernikiem sposobu widzenia świata przez dyscyplinujące je społeczeństwo i kulturę. W trwałych dyspozycjach ciała i cielesnej *hexis*, rozumianej jako wpisanie w ciało różnicy pozycji społecznej, dochodzi do uzgodnienia „biologii" i „istoty głębokiej", określanej jako „prawdziwa natura" [Bourdieu 2004: 80].

Zauważmy, że transhumaniści rozważają, jak określić człowieka, który pod wpływem biotechnologii informatyczno-medycznych przestaje być wyłącznie tworem biologicznym i kulturowym i staje się bytem sztucznym, zapośredniczonym technicznie, zewnętrznie wspomaganym. Pytają o relacje człowieka do bytów technicznych (maszyn, robotów, cyborgów, androidów), nadając im jednocześnie status „istoty" z uwagi na ich coraz bardziej dostrzegalne podobieństwo do ludzi. Jednocześnie ruch proponuje kult tego wszystkiego, co następuje po przekroczeniu granic człowieczeństwa, gdy *homo sapiens* osiągnie formę postludzką.

Projekt zakłada obudowywanie człowieka w techniczne rozszerzenia, bezpośrednio oddziaływujące na jego układ nerwowy, wprowadzanie bardziej wytrzymałych na rozpad kopii dotychczas istniejących narządów i produkcję rozmaitych „aktualizacji cielesności" na zasadzie analogii do programów komputerowych o coraz większej funkcjonalności. Dlatego centralną figurą transhumanizmu jest cyborg, będący metaforą nieesencjalistycznej tożsamości, a jednocześnie

rzeczywistą biotechnologiczną osobą – eksplorerem w przestrzeni między technologią a człowiekiem, między materialnością technologii a cielesnością człowieka [Gajewska 2010: 10].

W pracy *Symbole naturalne. Rozważania o kosmologii* Mary Douglas dochodzi do wniosku, że zainteresowanie otwarciem ciała połączone jest ze społecznym zainteresowaniem drogami ucieczki i inwazji, „wejściami i wyjściami". Autorka zauważa, że „jeżeli nie istnieje troska o zachowanie granic społecznych, to można się spodziewać, że nie istnieje także troska o granice ciała" [Douglas 2004]. Koncepcja „otwartego człowieczeństwa" wiąże się też z moralnym dylematem. Jak zdefiniować *homo sapiens* z wszczepionymi naturalnymi (auto- / homotransplantacje), sztucznymi (kończyny, rozruszniki i inne maszyny wspomagające pracę organizmu) lub zwierzęcymi organami (ksenotransplantacje / heterotransplantacje), z przeszczepionymi narządami zmarłych (transplantacje), z protezami, implantami, aparatami podtrzymującymi życie lub wzmacniającymi zmysły?

Podstawę wyznaczania linii granicznych stanowić ma cielesna absorbcja technologii i technosfera, w jakiej egzystuje „poszerzony człowiek". U Ervinga Goffmana czytamy, że wygląd ma charakter normatywny, a jednostka, choć może przerwać mówienie, to nie może zaprzestać komunikowania za pośrednictwem ciała [Goffman 2000]. Przyszłym wyznacznikiem statusu może się stać nie tylko zdrowe, atrakcyjne i zadbane ciało, lecz także stopień stechnicyzowania cielesności.

Warto uzupełnić to myślą Bryana Turnera, który zwraca uwagę, że naznaczanie ciała (tatuaż, piercing, skaryfikacja) od starożytności było sposobem na wyznaczenie statusu i pozycji w społecznej hierarchii, a zarazem komunikatem możliwym do odczytania przez wszystkich członków społeczności, ponieważ wyrastało ze zbiorowych znaczeń podzielanych przez członków danej kultury [Turner 1999: 39–41].

Ciało jako „abiekt świadomości"

Dla transhumanistycznych inżynierów „mokra materia" biologicznego ciała staje się wstydliwą, przestarzałą „obudową" *homo sapiens*, którą nie tylko należy udoskonalić, lecz całkowicie wyeliminować. Ciało jest tym, co w sposób nieodwracalny ulega chorobom i degradacji, jest kloaką i śmiercią zakażającą życie. Stosowane w odniesieniu do biologicznego ciała pogardliwe określenie *meatware* to analogia do opisujących komputer terminów *hardware (sprzęt) i software* (oprogramowanie). Termin ten odzwierciedla transhumanistyczne przekonanie o somatycznej niedoskonałości człowieka, która ma zostać przezwyciężona dzięki emancypacyjnej sile technologii. *Meatware* jest obiektem chorób, napięć, bólu, a przede wszystkim wstrętu. Wdrożenie projektu transhumanistycznego jest szansą na spełnienie marzeń o ich eliminacji.

Niosące choroby, ból, starość i śmierć „ciało naturalne" cechuje zmienność, płynność, nieuchronny rozpad i od zawsze ulepszanie go było wyzwaniem dla ludzkości starającej się przekroczyć cielesne ograniczenia. Będąc małym chłopcem, Stanisław Lem przeglądał książki medyczne i atlasy anatomiczne. Ludzkie ciało, będące produktem ewolucji, wzbudzało w nim zachwyt, ale też niesmak. Nie lubił ilustracji człowieka na planszach myologicznych, bowiem „(...) było w nim coś z krwi, z surowego befsztyka, którego nie znosiłem, którym brzydziłem się" [Lem 1975: 20]. Odczucia te wykazują ścisły związek wstrętu i subiektywnego odczuwania granic cielesności, to konfrontacja z własnym ciałem i przypisanymi mu procesami entropii – pochłaniania, spalania, wydalania, gnicia, zepsucia i rozkładu. Ta gwałtowna reakcja emocjonalna, jaką jest wstręt, narzuca nam myślenie o naszej biologicznej zwierzęcości, a zarazem jest jej silną negacją i odrzuceniem.

W kontekście transhumanistycznego stosunku do ciała warto także przywołać analizę uczucia wstrętu, dokonaną przez Marthe Nussbaum w pracy zatytułowanej *Hiding for Humanity, Disgust, Shame and the Law*. Według amerykańskiej badaczki, ludzki wstręt: „(...) obraca się wokół marzenia, aby być takim rodzajem bytu, który nie jest zwierzęcy i śmiertelny. Jego koncentracja na zjawisku kontaminacji służy ambicji uczynienia nas nieśmiertelnymi" [Nussbaum 2004: 102]. Autorka zauważa, że poznawczy wymiar reakcji wstrętu obejmuje chęć uchronienia granic organizmu przed ingerencją zanieczyszczeń. Z tych przyczyn przedmiot emocji wstrętu zawsze jawi się jako zewnętrzny: cielesne wydzieliny, deformacje, chore i martwe ciała. Aspekty cielesności, takie jak produkty przemiany materii i inne wydzieliny, wywołują wstręt, bowiem przypominają nam o zależności organizmu od upływu czasu, o naszej śmiertelności. Według Nussbaum przedmiotem wstrętu jest też samo ciało rozumiane jako podatny na krzywdę (*vulnerable*) podmiot rozkładu. Emocja wstrętu wywodzi się więc z pragnienia zanegowania swojej podatności na krzywdę (*vulnerability*), zaś możliwość uniknięcia kontaktu z jej przedmiotem daje iluzję względnej niezależności od przypisanej mu słabości.

Perspektywa antropologiczna umożliwia poznanie źródła wstrętu – braku akceptacji faktu śmiertelności i odpowiedzialnej za nią cielesności stanowiącej odwieczny element kondycji ludzkiej. Dla współczesnych autorów transhumanistycznych projektów wstyd łączy się z niechęcią, strachem i odrzuceniem, które wspólnie budzą wstręt do ciała. Z rozciągnięcia analiz Nussbaum na projekt transhumanistyczny wyprowadzić można wniosek, że wstręt jako reakcja na cielesność innych powoduje konieczność zafałszowania obrazu samego siebie i świadomego wyparcia własnej cielesności. Transhumanistyczne biotechnometamorfozy są w moim pojęciu oczyszczaniem tego, co wstrętne, a biologiczne ciało zyskuje w ich projekcie status abiektu.

Pojęcie abiektu, wprowadzone w pracy Julii Kristevej zatytułowanej *Potęga obrzydzenia. Esej o wstręcie*, odnosi się do tego, co opuszczając granice ciała, wywołuje wstręt, ponieważ rozkłada się, gnije i przemija. Odrzucenie (*abjection)* jest jednocześnie konieczne, aby zdefiniować własną podmiotowość [Kristeva 2007: 15–20]. Uważam, że warto ten termin zestawić z projektem transhumanistycznym, w którym wstręt jest motywatorem do eliminacji całego ciała. Można je „odłączyć", „wydalić", gdyż przestaje być postrzegane jako nośnik egzystencji, przekształcając się w budzący wstręt „biologiczny system ograniczeń" poddany ewolucyjnej konieczności – śmierci. Ciało stanowi w tej koncepcji pewnego rodzaju ekstensję mózgu, która podobnie jak on ulega ewolucji.

Zauważmy, że abiekt wchodzi w świat symboliczny, i to w nim „gromadzi się to, co nieakceptowalne społecznie" [Kristeva 1982: 3]. Odrzucenie ciała – abiektu jest świadectwem lęku przed rozpadem, niejasności podziałów i własną innością. W odniesieniu do transhumanistycznego projektu cielesności warto mieć jednak na uwadze twierdzenie, że „brud istnieje tylko w oku patrzącego" i jest konsekwencją porządkującej działalności kultury odrzucającej elementy nieprzystosowane, a tym samym zagrażające ustalonemu wzorcowi [Douglas 2007: 8]. Wstręt do cielesnego „biologicznego brudu" silnie łączy się z lękiem, a badania amerykańskiej antropolog wskazują, że budzą go obiekty, zachowania czy substancje, które nie mieszczą się w ramach przyjętego i społecznie podzielanego systemu klasyfikacyjnego. „A więc to nie brak czystości czy zdrowia sprawia, że coś się staje wstrętne, wstrętne jest to, co zaburza tożsamość, system, ład. Co nie przestrzega granic, miejsc, zasad. Pewne pomiędzy, dwuznaczne, mieszane" [Kristeva 2007: 10]. To reakcja na grożącą skażeniem porządku nieczystość, która wywiera nacisk na granice i marginesy, zmuszając do ustanowienia linii podziału tego, co ludzkie i nieludzkie.

Sądzę, że transhumanistyczne wizje wyjścia poza cielesność odzwierciedlają jednocześnie płynną tożsamość społeczeństwa, władające nim mechanizmy, jego samowiedzę, wstręt i wstyd. Ponieważ niedoskonałe, chorujące i śmiertelne ciało spowalnia postęp i rozwój, postulatom radykalnej transformacji ciała towarzyszy wstręt wynikający z postrzegania cielesności biologicznej jako przyczyny niedoskonałości *homo sapiens*. Tak więc to wyobrażenie idealnego, nienarażonego na rozpad przyszłego ucieleśnienia motywuje wstręt do aktualnego, wadliwego ciała. Punktem wyjścia programowania i projektowania przyszłych technotransformacji jest motywujący wszelkie zabiegi modyfikacyjne wstręt, który stawia człowieka w roli petenta rozwoju technologicznego. Projektowane przez transhumanistów „ciało technologiczne" czyni biologiczne ciało *homo sapiens* podległym wobec dominującego dyskursu, stawia je w opozycji wobec kultury, spycha poza margines akceptowalności, nadając mu etykietkę brudu obciążonego groźbą skalania. W moim odczuciu, w ujęciu transhumanistycznym, nie tylko chorujące, lecz każde biologiczne ciało staje się „abiektem świadomości", której ambicją jest ewolucja w stronę *techno sapiens.*

Ciała biologiczne jako metafora choroby społecznej

W jednym z *44 listów ze świata płynnej nowoczesności*, zatytułowanym *Lekarstwa i choroby*, Zygmunt Bauman podejmuje temat przewartościowania pojęcia choroby przez nowoczesne społeczeństwa [Bauman 2011: 122–123]. Wybitny socjolog twierdzi, że termin „choroba" używany jest dziś wymiennie z pojęciem „stan wymagający interwencji medycznej" (*medical condition*), przenosząc kwestię braku zdrowia w obszary wskazujące na konieczność medycznej interwencji legitymizującej chorobę.

Transhumaniści idą w swoich diagnozach znacznie dalej, przemycając do kultury nową postać choroby. Jest nią biologiczna cielesność, rozumiana jako przeszkoda na drodze do ostatecznej transformacji w postczłowieka. Wedle luminarzy ruchu, zjawisko choroby to nie incydentalny stan wymagający interwencji, ale uciążliwy, lecz usuwalny „błąd", wpisany w ludzką kondycję. Zgodnie z myślą transhumanistyczną biologiczne ciało jest niechciane, problematyczne i docelowo ma zostać odrzucone. Podlegająca procesom degradacji „mokra materia" prowadząca do „choroby gatunkowej", jaką jest starość i śmiertelność, to wymagający eliminacji mankament ludzkiej natury. W efekcie totalnych działań technowładzy ciało zostaje oblężone, wymuszona zostaje jego „destrukcja", a następnie rekonstrukcja zgodna z dyskursem władzy.

Mariaż wiedzy i władzy oraz jawna przemoc fizyczna wywierana na ciele w celu modyfikacji zachowań była przedmiotem zainteresowania Michaela Foucaulta, który już trzy dekady temu podkreślał, że prócz fizjologii ciałem rządzą historyczne stosunki władzy, która produkuje techniki pozwalające na jego kształtowanie i zwiększanie użyteczności [Foucault 1993]. Analizowana przez francuskiego filozofa władza dyscyplinarna to wszystkie procedury zapewniające: „przestrzenną dystrybucję jednostkowych ciał (ich rozdzielenie, ich uporządkowanie, uszeregowanie i ustawienie w taki sposób, by można je było nadzorować) i organizację wokół tych jednostkowych ciał całego pola widoczności" [Foucault 1993: 239]. Celem tak rozumianej władzy jest zdefiniowanie, sklasyfikowanie i umieszczenie ciała w określonym porządku społecznego dyskursu i hierarchicznych struktur, czyli „ciałotwórczość". Wszelkie zabiegi służą w tym układzie implementacji norm, interioryzacji zasad społecznego porządku, czego formacja wiedza-władza strzeże zewnętrznym, fizycznym przymusem.

Inny rodzaj nacisku władzy na ciało zdetektował Pierre Bourdieu, nazywając go przemocą symboliczną [Bourdieu 2004: 49–52]. Polega ona na przyswajaniu przez ludzkie ciało określonych systemów i wzorów działania, percepcji i oceny w postaci konkretnych nawyków cielesnych zależnych od pozycji, jaką dana jednostka zajmuje w określonym społeczeństwie. Ich przyswojenie jest podstawą autodefinicji grup i klas społecznych w oparciu o sposoby posługiwania się ciałem. Jednocześnie narzucanie znaczeń i symboli zachodzi

przy współudziale poddanych opresji jednostek, które określone praktyki uznają za naturalne, przez co realne struktury dominacji pozostają niewidzialne. Dzięki interioryzacji nawyków ciało jest jednocześnie medium ustrukturowanej komunikacji w przestrzeni publicznej.

Rozważania zawarte w *Męskiej dominacji* Bourdieu konstatuje stwierdzeniem, że rozbieżności między ciałem społecznie pożądanym, reprezentowanym przez grupy dominujące, a ciałem nieadekwatnym, niespełniającym oczekiwań grupy, u szczytu hierarchii wywołuje poczucie wstydu. W ten sposób zdominowani uczestniczą we własnej opresji, gdyż dają przyzwolenie na narzucane im granice cielesne i dobrowolnie poddają się osądowi.

Celem transhumanistycznej technowładzy jest usunięcie hamujących cywilizacyjny rozwój „niedogodności". W imię równości konieczne jest więc uwolnienie całego gatunku z biologicznego ciała, co jest docelowym punktem przekształceń, w wyniku których powstanie postciało postczłowieka. Cielesność traktowana jest przez transhumanistów jako przyczyna dyskomfortu, chorób i śmierci, a ciało nie jest już niezbędnym i koniecznym narzędziem eksploracji świata, lecz obiektem technologicznych operacji transformacyjnych. Entuzjaści technowyzwolenia od cielesności sądzą, że człowiek „jest tylko energetycznym zasobem do technicznych i merkantylnych eksploatacji i możliwych, wariantowych, wariabilnych, wirtualizujących go metamorfoz" [Chyła 2010: 30].

Homo sapiens jawi się transhumanistom jako byt ograniczony w wielu wymiarach, jednak określona polityka technologiczna może – ich zdaniem – prowadzić do zniesienia „limitów ludzkiej formy" [Bostrom 2008]. Zauważmy, że medykalizacja i technicyzacja ciała propagowana przez transhumanistów rodzi ryzyko konieczności dostosowania go do społecznie akceptowanego wzorca, co rodzi niebezpieczeństwo napiętnowania ciał nieposzerzonych i ich wykluczenie. *Geny. Bomba zegarowa* to praca Wolfganga Hingsta, w której twierdzi, że już wkrótce obecność w ludzkim organizmie określonego genu choroby będzie powodem wykluczenia go z wielu form awansu społecznego i zawodowego [Hingst 1995: 258–261].

Należy też zwrócić uwagę na coraz częściej pojawiające się w projekcie transhumanistycznym ingerencje w obszar symboliczny, dokonywanie „awarii semiotycznych" polegających na zakłócaniu języka i zmianie znaczenia słów. Starość jest więc w tym dyskursie budzącą wstręt „chorobą", podobnie jak biologiczne ciało, będące jej przyczyną. Choć wstręt do ciała nie jest wyrażony programowo w sferze ideologicznej, to liderzy ruchu, poprzez językowe zabiegi, promują powszechną rezygnację z biologicznego ucieleśnienia na rzecz postgatunkowych form, jakie przyjmie *homo technologicus* w wyniku nieograniczonego technologicznego postępu. Zwolennicy ruchu, chcąc wycofać ze społecznego obiegu znaczenie słowa, atakują element panującej semiozy i od nowa znakują świat.

Kompromitacja utopii socjalistycznej i komunizmu oraz doświadczenia wojen światowych pokazały, że wizja dobrobytu bez chorób i cierpienia zawodzi w momencie wdrożenia niosących powszechną nadzieję haseł. Być może z tych właśnie względów w miejsce pojęcia „utopia" Max More wprowadził termin „extropia", określający stan nieskończonego postępu, niepozbawionego wad, rozumianego jako przeciwieństwo utopii – świata idealnego i skończonego. Nie zmienia to faktu, że mamy obecnie do czynienia z „głodem utopii", a transhumanistyczne scenariusze stały się *fabula grata*. W kontekście społecznie pożądanego ciała warto mieć na uwadze Orwellowską dystopię, w której system kontroli wymuszał dostosowanie się, a najmniejsze wykroczenie poza normę skutkowało będącą synonimem śmierci „ewaporacją".

Summa technologiae

> Większość ludzi z krwi i kości żyje i umiera,
> nie wiedząc, czy też nie dbając, kim są. (...)
> Ale ty nie jesteś z krwi i kości.
> Ty nie możesz sobie pozwolić na luksus ignorancji.
>
> Greg Egan, Miasto permutacji

Rewolucja transhumanistyczna już się rozpoczęła. Prognozy dotyczące techniki są niezwykle trudne i ryzykowne, jednak im szybciej odpowiemy, w jakim stopniu technik medycznych można używać nie w celach leczniczych, lecz w celu poprawiania natury, tym lepiej. Dziś głos ten staje się coraz powszechniejszy wśród intelektualistów, którzy uświadamiają sobie, że za przyspieszonym rozwojem nauki nie stoi żaden rząd ani traktat, że heroiczna utopia wymknęła się spod jakiejkolwiek kontroli, spoczywając w rękach prywatnego kapitału i prywatnej wizji.

W książce *Koniec człowieka* Francis Fukuyama apeluje, że musimy stworzyć system regulacji, który pozwoli społeczeństwom kontrolować biotechnologię [Fukuyama 2004a]. Autor podkreśla, że gdy mieszanie genów ludzkich z genami innych gatunków stanie się normą, pojęcie „wspólnego człowieczeństwa" zatraci swój sens. Nie będziemy wiedzieć, czym jest człowiek, niezależnie czy będziemy żyć nieskończenie długo, czekając na nieosiągalną śmierć, czy zostaniemy uznani za niedoskonałych i skazani na orwellowską „ewaporację".

Jedną z największych przeszkód do uregulowania biotechnologii jest pogląd, że zatrzymanie postępu technicznego nie jest możliwe. Jeżeli kraj zakaże klonowania ludzi czy manipulacji genetycznych, zespoły naukowców chcące

podejmować takie działania po prostu przeniosą się tam, gdzie pozwolą na to regulacje prawne. Przykładowo olbrzymi, sponsorowany przez rząd *Projekt Poznania Ludzkiego Genomu* został wyprzedzony w „wyścigu sekwencjonowania" przez prywatną firmę *Celera Genomics*, będącą własnością Craiga Ventera. Zakaz przeznaczania federalnych pieniędzy na badania szkodzące zarodkom sprawił, że linie zarodkowych komórek macierzystych, stworzone przez Jamesa Thompsona z Uniwersytetu Wisconsin, powstały z funduszy pozarządowych.

Już dziś międzynarodowa konkurencja w badaniach biomedycznych sprawia, że hamujące postęp techniczny kraje, ograniczające środowiska naukowe i przemysł biotechnologiczny, poniosą negatywne konsekwencje tych działań, które rozwijać się będą po prostu w innych krajach, czego przykładem jest ruch „Rosja 2045". Jego przywódca, Dmitri Itskov, deklaruje, że „znajdujemy się na etapie, gdy technologia może wpłynąć na naszą ewolucję. Chciałbym kształtować przyszłość, poddać ją publicznej dyskusji i uniknąć jakiegokolwiek scenariusza, który mógłby doprowadzić do wyniszczenia ludzkości" [Itskov 2016].

Autor *Końca człowieka* jest jednak w swoich diagnozach głęboko pesymistyczny. Twierdzi, że istniejące instytucje nie wystarczą, aby w przyszłości regulować rozwój biotechnologii, gdyż wiąże się ze zmianami, jakie zaszły w ciągu ostatnich dekad we wspólnocie badaczy oraz całym przemyśle biotechnologicznym i farmaceutycznym[3]. Jest przekonany, że współczesna biotechnologia wywrze wpływ na politykę. Skutkiem będzie nie tylko eliminacja chorób i procesu starzenia, lecz potężne demograficzne i społeczne zmiany. Dlatego należy stworzyć możliwe scenariusze na przyszłość i rozważyć ich potencjalne skutki.

Trzeba się spieszyć, ponieważ transhumanistyczne ekstensje ciała to tylko jedno z zagrożeń związanych z rozwojem technologicznym. Źródłem kryzysu jest wzrost mocy człowieka, co zwiększa ingerencje w naturę ludzką, powodując nieodwracalne zmiany prowadzące do przekreślenia istnienia człowieka zarówno w fizycznym, jak i gatunkowym sensie. O ile tradycyjna etyka była

3 Na początku lat 90. XX wieku niemal wszystkie badania biomedyczne w Stanach Zjednoczonych były finansowane przez Narodowy Instytut Zdrowia lub inną agencję federalną. Oznaczało to, że Narodowy Instytut Zdrowia mógł samodzielnie regulować tego typu badania, podobnie jak w przypadku eksperymentów na ludziach. Rządowe ciała nadzorcze mogły ściśle współpracować z komitetami specjalistów z dziedziny nauki, takimi jak Komitet Doradczy ds. Rekombinowanego DNA, i mieć uzasadnioną pewność, że nikt w Stanach Zjednoczonych nie przeprowadza niebezpiecznych lub budzących wątpliwości z punktu widzenia etyki badań. Wszystko to uległo zmianie. Chociaż rząd federalny pozostaje największym źródłem funduszy na badania, dla badaczy zajmujących się biotechnologią dostępne są wielkie sumy prywatnych pieniędzy.

antropocentryczna, ponieważ tym, co stanowiło kwestie jej regulacji, były stosunki międzyludzkie, nowa etyka, tworzona w technoświecie, musi spojrzeć na człowieka z perspektywy jego relacji z naturą.

Polemikę z filozofią utopijną dwie dekady temu zainicjował Hans Jonas [Jonas 1996]. Nieodpowiedzialnemu utopizmowi, tworzącemu wizję świetlanej przyszłości przeciwstawia on zasadę odpowiedzialności, której istotą jest etyczna misja utrzymania przy życiu szczególnej formy życia, Człowieka, narzucając zobowiązanie zarówno wobec żyjących, jak i mających nadejść pokoleń. To próba wypracowania nowej etyki – etyki przyszłości, uwzględniającej relacje międzyludzkie i stosunek człowieka do natury w ogóle.

Dziś realnym zagrożeniem staje się omnipotentna sztuczna inteligencja (AI – Artificial Intelligence) – największy konkurent *homo sapiens*. Od tego zagrożenia nie uchroni nas skok w alternatywne światy wykreowane w rzeczywistości wirtualnej (VR – *Virtual Reality*). „Rozwój pełnej sztucznej inteligencji może oznaczać koniec rodzaju ludzkiego. Ludzie, którzy są ograniczeni przez powolną biologiczną ewolucję, nie będąc w stanie z nią rywalizować, zostaną przez nią zastąpieni" – ostrzega genialny astrofizyk i kosmolog, Stephen Hawking [Hawking 2015]. Wspólnie z Elonem Muskiem i setkami innych ekspertów podpisał list otwarty, wzywający rządy do zablokowania prac nad tą potężną siłą, która może skierować się przeciw swoim twórcom – ludziom [Feeney 2015].

Starcie ludzkiego ciała z wyemancypowaną sztuczną inteligencją rozważały niezliczone pozycje literatury i kina science-fiction: eseje Stanisława Lema, *Odyseja Kosmiczna 2001* Stanleya Kubricka czy cyberpunkowa animację *Ghost in the Shell* Mamoru Oshii. W tej ostatniej cyberutopii samorodny byt, który wyłonił się z oceanu informacji, sztuczna inteligencja nazywana Władcą Marionetek, przejmuje kontrolę i osiąga zdolność manipulacji innymi istnieniami.

W nieodległej przyszłości możemy stać się świadkami owych chorób nowoczesności i ofiarami włamania do własnego ciała (*biohackingu*). W starciu tym przewagę zyska ten, kto zdobędzie lepszy implant bądź program antywłamaniowy. Pomijając medyczne zagrożenia, które czekają postciało wchodzące w fuzję z technologią, w wyniku biotechnotransformacji pojawią się nowe niebezpieczeństwa w postaci cyberchorób postnowoczesności. W *Paszkwilu na ewolucję* Stanisław Lem pisze, że wszystko przechodzi przemianę dzięki dwóm przeciwstawnym procesom: destrukcji i kreacji, przekonując, że od początków swojego istnienia byliśmy „pomysłowymi architektami środków zagłady" [Lem 1984: 241]. Natomiast w eseju *Wirusy maszyn, zwierząt i ludzi* podejmuje problem podobieństw i różnic między wirusami komputerowymi a wirusami stworzonymi przez naturę. Te pierwsze powstały dzięki rozumowi, który cechuje umiejętność celowego niszczenia [Lem 2001: 89–93].

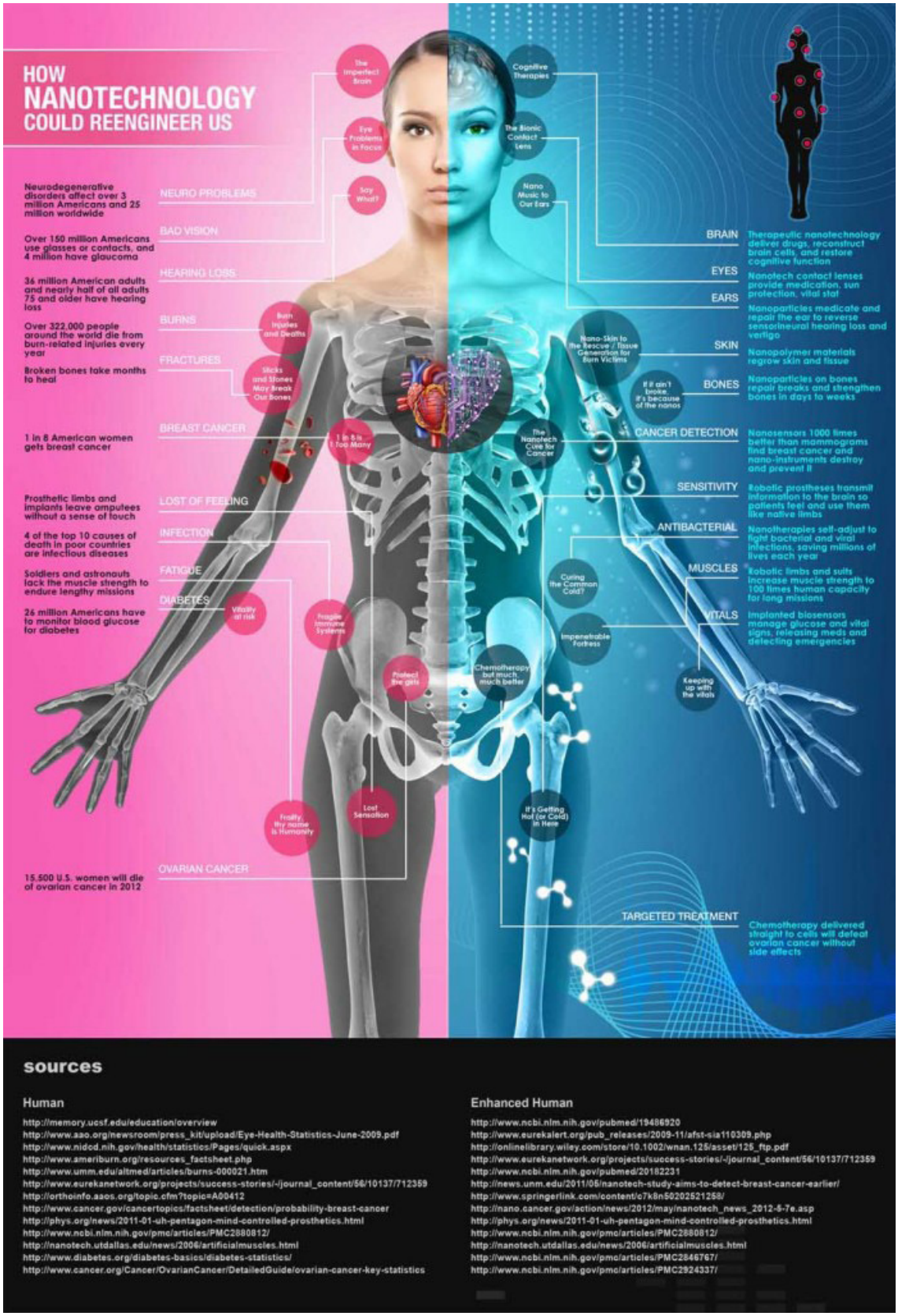
Choroby wyzwalanego z biologicznych ograniczeń postczłowieka trudno dziś przewidzieć. Cyfrowe technologie mogą wywołać nowe choroby lub

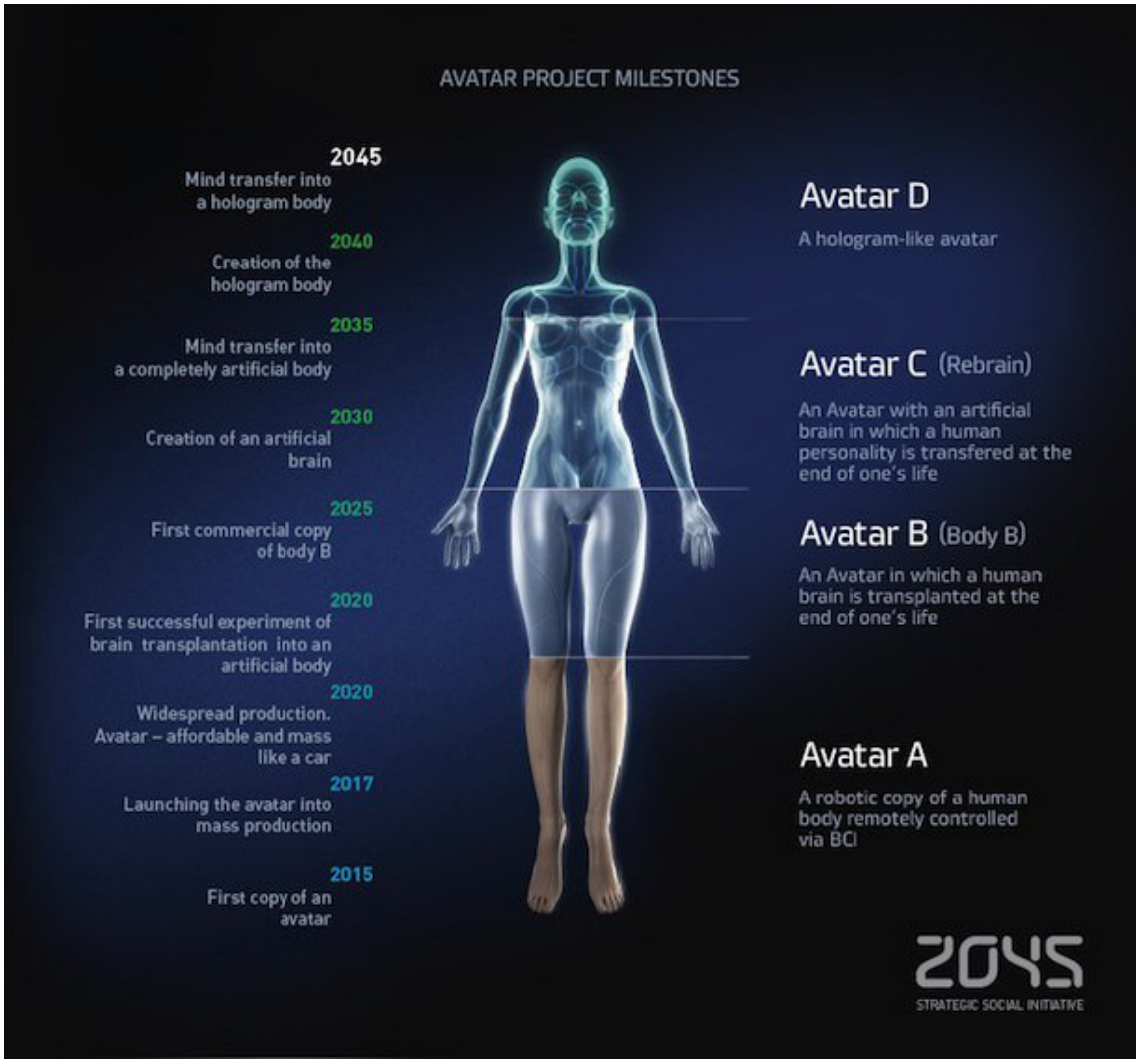
zwiększyć występowanie już znanych jak stres, lęk, deficyty uwagi, bezsenność, osamotnienie czy problemy w relacjach [Spitzer 2016: 20]. Źródłem zagrożenia będą też penetrujący cyberprzestrzeń, rozsiewający wirusy, grasujący w sieci biohakerzy, włamujący się do pamięci komputerów i siejący spustoszenie w „krzemowych organizmach". Cyfrowe wirusy będą największym zagrożeniem zarówno dla sztucznej, jak biologicznej inteligencji. Ciału postczłowieka grożą infekcje wskutek ataków wirusem elektronicznym, który przenosić się będzie na inne systemy, replikować i stwarzać śmiertelne zagrożenie dla życia „człowieka technologicznego", scalonego z szeregiem urządzeń.

Od tej cyfrowej dystopii nie ma ucieczki. Dla człowieka i jego ciała nadchodzący świat, którego jutrzenką jest transhumanizm, projektuje szeroką ofertę ulepszeń, czemu towarzyszy „ciemna strona mocy", widmo niezbadanych zagrożeń, nieznanych chorób i cierpień: ryzyko dezintegracji i zewnętrznego sterowania, uwięzienie w oprogramowaniu, zależność od sztucznej inteligencji (AI), przed którą jedynym ratunkiem staje się radykalnie rozwinięta inteligencja ludzka (IA – *Intelligence Amplification*).

Ciało, w płynnej nowoczesności rozumiane jako mechanizm podlegający nieustannym rekonstrukcjom i udoskonaleniom, staje się doświadczalnym poligonem medykalizacji. Rozwiązania autoewolucyjne pociągają za sobą coraz to nowe dylematy etyczne. Stanisław Lem podkreślał, że istnieją granice, po przekroczeniu których powinniśmy bronić naszej integralności, z pokorą wobec ewolucji, budującej nasze ciała przez miliony lat [Lem 2004b: 113].

Entuzjaści transhumanizmu powinni pamiętać, że przekraczając biologię w stronę technoegzystencji, człowiek zabiera ze sobą również wyrosłe z biologii ludzkie emocje, a to może się okazać „ponad wytrzymałość boga o nerwach z tworzyw sztucznych" [Herbert 2016].


HOW
NANOTECHNOLOGY
COULD REENGINEER US
Neurodegenerative disorders affect over 3 million Americans and 25 million worldwide
NEURO PROBLEMS
Over 150 million Americans use glasses or contacts, and 4 million have glaucoma
BAD VISION
36 million American adults and nearly half of all adults 75 and older have hearing loss
HEARING LOSS
Over 322,000 people around the world die from burn-related injuries every year
BURNS
Broken bones take months to heal
FRACTURES
1 in 8 American women gets breast cancer
BREAST CANCER
Prosthetic limbs and implants leave amputees without a sense of touch
LOST OF FEELING
4 of the top 10 causes of death in poor countries are infectious diseases
INFECTION
Soldiers and astronauts lack the muscle strength to endure lengthy missions
FATIGUE
26 million Americans have to monitor blood glucose for diabetes
DIABETES
15,500 U.S. women will die of ovarian cancer in 2012
OVARIAN CANCER
The Imperfect Brain
Eye Problems in Focus
Say What?
Burn Injuries and Deaths
Sticks and Stones May Break Our Bones
1 in 8 is... Too Many
Vitality at risk
Fragile Immune Systems
Protect the girls
Frailty, thy name is Humanity
Lost Sensation
Cognitive Therapies
The Bionic Contact Lens
Nano Music to Our Ears
Nano-Skin to the Rescue / Tissue Generation for Burn Victims
If it ain't broke it's because of the nanos
The Nanotech Cure for Cancer
Curing the Common Cold?
Impenetrable Fortress
Chemotherapy but much much better
If's Getting Hot (or Cold) in Here
Keeping up with the vitals
BRAIN
Therapeutic nanotechnology deliver drugs, reconstruct brain cells, and restore cognitive function
EYES
Nanotech contact lenses provide medication, sun protection, vital stat
EARS
Nanoparticles medicate and repair the ear to reverse sensorineural hearing loss and vertigo
SKIN
Nanopolymer materials regrow skin and tissue
BONES
Nanoparticles on bones repair breaks and strengthen bones in days to weeks
CANCER DETECTION
Nanosensors 1000 times better than mammograms find breast cancer and nano-instruments destroy and prevent it
SENSITIVITY
Robotic prostheses transmit information to the brain so patients feel and use them like native limbs
ANTIBACTERIAL
Nanotherapies self-adjust to fight bacterial and viral infections, saving millions of lives each year
MUSCLES
Robotic limbs and suits increase muscle strength to 100 times human capacity for long missions
VITALS
Implanted biosensors manage glucose and vital signs, releasing meds and detecting emergencies
TARGETED TREATMENT
Chemotherapy delivered straight to cells will defeat ovarian cancer without side effects
sources
Human
http://memory.ucsf.edu/education/overview
http://www.aao.org/newsroom/press_kit/upload/Eye-Health-Statistics-June-2009.pdf
http://www.nidod.nih.gov/health/statistics/Pages/quick.aspx
http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php
http://www.umm.edu/altmed/articles/burns-000021.htm
http://www.eurekanetwork.org/projects/success-stories/-/journal_content/56/10137/712359
http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00412
http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/probability-breast-cancer
http://phys.org/news/2011-01-uh-pentagon-mind-controlled-prosthetics.html
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880812/
http://nanotech.utdallas.edu/news/2006/artificialmuscles.html
http://www.diabetes.org/diabetes-basics/diabetes-statistics/
http://www.cancer.org/Cancer/OvarianCancer/DetailedGuide/ovarian-cancer-key-statistics
Enhanced Human
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19486920
http://www.eurekalert.org/pub_releases/2009-11/afst-sia110309.php
http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/wnan.126/asset/126_ftp.pdf
http://www.eurekanetwork.org/projects/success-stories/-/journal_content/56/10137/712359
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20182231
http://news.unm.edu/2011/06/nanotech-study-aims-to-detect-breast-cancer-earlier/
http://www.springerlink.com/content/e7k8n50202521258/
http://nano.cancer.gov/action/news/2012/may/nanotech_news_2012-5-7e.asp
http://phys.org/news/2011-01-uh-pentagon-mind-controlled-prosthetics.html
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880812/
http://nanotech.utdallas.edu/news/2006/artificialmuscles.html
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846767/
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2924337/


AVATAR PROJECT MILESTONES
2045
Mind transfer into a hologram body
2040
Creation of the hologram body
2035
Mind transfer into a completely artificial body
2030
Creation of an artificial brain
2025
First commercial copy of body B
2020
First successful experiment of brain transplantation into an artificial body
2020
Widespread production. Avatar – affordable and mass like a car
2017
Launching the avatar into mass production
2015
First copy of an avatar
Avatar D
A hologram-like avatar
Avatar C (Rebrain)
An Avatar with an artificial brain in which a human personality is transfered at the end of one's life
Avatar B (Body B)
An Avatar in which a human brain is transplanted at the end of one's life
Avatar A
A robotic copy of a human body remotely controlled via BCI
2045
STRATEGIC SOCIAL INITIATIVE

Avatar D
2035 - 2045
Avatar C
2025 - 2035
Avatar B
2020 - 2025

FEBRUARY 21, 2011
Revolution in Egypt
Joe Klein: What the U.S. should do
On the Street: Hope meets anxiety
Muslim Brotherhood: What it wants
Oscars: Portraits of star power
TIME
2045
The Year Man Becomes Immortal*
BY LEV GROSSMAN
* If you believe humans and machines will become one. Welcome to the Singularity movement
www.time.com

SEPTEMBER 30, 2013
The Iran Opportunity By Fareed Zakaria / E-Cigarettes / $20K Homes
TIME
CAN
Google
SOLVE
DEATH?
The search giant is launching a venture to extend the human life span.
That would be crazy—if it weren't Google
By Harry McCracken and Lev Grossman
time.com

Streszczenie

Nurt filozoficzny i potężny prąd kulturowy zwany transhumanizmem zamierza dokonać „nowego stworzenia", a jego luminarze wierzą, że nadejdzie idealna, doskonała rzeczywistość, będąca, w przeciwieństwie do zamieszkiwanego przez nas świata, miejscem wolnym od chorób, starzenia się i śmierci. Pragnienie przekroczenia niedostatków ludzkiej natury i zniesienia jej ograniczeń wiedzie transhumanistów ku utopijnemu rozumieniu technologii, która ich zdaniem pozwoli przekroczyć kondycję ludzką oraz jej biologiczne i kulturowe formy organizacji.

Słowa kluczowe: transhumanizm, postczłowiek, modyfikacje ciała, utopia, medykalizacja, sztuczna inteligencja, *homo technologicus*, *techno sapiens*, cyborgizacja, biotechnotransformacje

Biotech-transformation. Transhumanism and Body

Philosophical and strong cultural current called transhumanism aims to design a new body for human beings. Masters of that movement believe in a new, ideal, perfect reality, which as an opposition to nowadays world inhabited by human race, will be a place, free of illnesses, agening and death. Desire to transgress imperfections of human nature and to abolish its limitations leads transhumanists to utopian understanding of technology , which they reckon will let transgress human condition and its biological and cultural forms of organisation.

Key words: transhumanism, posthuman, body modification, utopia, medicalisation, Artificial Intelligence, *homo technologicus*, *techno sapiens*, cyborgization, biotech-transformation

Bibliografia:

Adamski Krzysztof
2012: *Transhumanizm – między utopią, biotechnologią a gnozą.* „Roczniki Teologii Moralnej", t. 4 (59).

ALEF
Alcor Life Extension Foundation; https://www.alcor.org/ [dostęp: 20.11.2016].

Aron Raymond
2000: *Opium intelektualistów.* Przeł. Miłosz Cz. Warszawa: Muza.

Bacon Francis
1954: *Nowa Atlantyda.* Przeł. Kornatowski W. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Bauman Zygmunt
1995: *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności.* Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
2011: *44 listy ze świata płynnej nowoczesności.* Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Birnbacher Dieter
2008: *Posthumanity, Transhumanism and Human Nature. [W:] red. Gordijn B., Chadwick R., Medical Enhancement and Posthumanity.* B.m.w.: Springer Science + Business Media B.V.

Bostrom Nick
2005: *A History of Transhumanist Thought.* „Journal of Evolution and Technology", nr 14 (1). Przedruk: red. Rectenwald M., Carl L., *Academic Writing Across the Disciplines.* Nowy Jork 2011: Pearson Longman.
2008: *Wartości transhumanistyczne.* Przeł. Szostak S., Binswanger-Stefańska E.; http://www.racjonalista.pl [dostęp: 20.11.2016].

Bourdieu Pierre
2004: *Męska dominacja.* Warszawa: Oficyna Naukowa, s. 80

Chyła Wojciech
2010: *W stronę filozofii mediów: media jako biotechnosystem. „Przegląd Kulturoznawczy",nr 1, s. 30.*

Comte Auguste
2013: *Rozprawa o duchu filozofii pozytywnej.* Red. Szeliga-Juchnik K. Warszawa: Marek Derewiecki.

Douglas Marry
2007: *Czystość i zmaza*. Przeł. Bucholc M. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 149.
2004: *Symbole naturalne. Rozważania o kosmologii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Egan Greg
2007: *Miasto Permutacji*. Przeł. Kozłowski K. Stawigruda: Solaris, s. 129.

Erlach Klaus
1998: *Das Technotop. Die technologische Konstruktion der Wirklichkeit. Stuttgart: LIT.*

Feeney Nolan
2015: *Elon Musk and Stephen Hawking Join Call for Ban on Artificially Intelligent Weapons*. „Time Magazine", 27 lipca; http://time.com/3973500/elon-musk-stephen-hawking-ai-weapons/ [dostęp: 20.11.2016].

Foucault Michel
1993: *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*. Wydanie I. Przeł. Komendant T. Warszawa: Aletheia.
2010: *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja. Wykłady w Collège de France 1977/1978*. Przeł. Herer M. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2011: *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France 1978/1979*. Przeł. Herer M. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Fukuyama Francis
2004a: *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Kraków: Znak.
2004b: *Transhumanism. The World's Most Dangerous Ideas*. „Foreign Policy", nr 7–8.

Gajewska Grażyna
2010: *Arcy-nie-ludzkie. Przez science fiction do antropologii cyborgów*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Goffman Ervin
2000: *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Przeł. Datner-Śpiewak H., Śpiewak P. Warszawa: Aletheia.

Herbert Zbigniew
1961: *Apollo i Marsjasz*. [W:] *Studium przedmiotu*. Warszawa: Czytelnik.

Hingst Wolfgang
1995: *Geny. Bomba zegarowa*. Przeł. Łyżnik D. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SPAR, s. 258–261.

Huxley Aldous
2011: *Nowy wspaniały świat*. Przeł. Baran B. Warszawa: Muza.

Ilnicki Rafał
2011: *Bóg cyborgów. Technika i transcendencja*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych.
2012: *Wstręt do ciała. Transhumanistyczne scenariusze postgatunkowego bycia*. „*Nowa Krytyka. Czasopismo Filozoficzne*"; http://nowakrytyka.pl/spip.php?article611 [dostęp: 20.11.2016].

Itskov Dmitri
2015: *Neo-Humanity 2045: A Global Strategy for the Evolution of Humanity in the Third Millenium*; http://2045.com/articles/29103.html [dostęp: 20.11.2016].

Jonas Hans
1996: *Zasada odpowiedzialności. Etyka dla cywilizacji technologicznej*. Przeł. Klimowicz M. Kraków: Platan.

Kristeva Julia
1982 *Powers of Horror: En Essay on Abjection*. Nowy Jork: Columbia University Press, s. 3.
2007: *Potęga obrzydzenia. Esej o wstręcie*. Przeł. Falski M. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
2009: *Potęga obrzydzenia. Przeł.* Falski M. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Krueger Oliver
2005: *Gnosis in Cyberspace? Body, Mind and Progress in Posthumanism*. „Journal of Evolution and Technology", nr 14(2); http://www.jetpress.org/volume14Arueger.html [dostęp: 20.11.2016].

Lem Stanisław
1975: *Wysoki zamek*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
1984: *Paszkwil na ewolucję*. [W:] *Summa technologiae*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
2001: *Wirusy maszyn, zwierząt i ludzi* [W:] *Moloch*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
2004a: *Technologia i ciało*. [W:] *Krótkie zwarcia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
2004b: *Transgeniczna mysz*. [W:] *Krótkie zwarcia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

List Elisabeth
2001: *Grenzen der Verfugbarkeit: die Technik, das Subjekt und das Lebendige*. Wiedeń: Passagen-Verlag.

More Max
2013a: *Philosophy of Transhumanism*. [W:] red. More M., Vita-More N, *The Transhumanist Reader: Classical and Contemporary Essays on Science, Technology and Philosophy of the Human Future*. Chichester: Wiley-Blackwell.
2013b: Letter to Mother Nature. [W:] red. More M., Vita-More N, *The Transhumanist Reader: Classical and Contemporary Essays on Science, Technology and Philosophy of the Human Future*. Chichester: Wiley-Blackwell.
2013c: *TRANSHUMANISM. Towards a Futurist Philosophy*. [W:] red. More M., Vita-More N, *The Transhumanist Reader: Classical and Contemporary Essays on Science, Technology and Philosophy of the Human Future*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Moskal Wojciech
2016: *Stephen Hawking ostrzega: „Sztuczna inteligencja może być największym błędem ludzkości"*. „Gazeta Wyborcza", 23 października.

Nussbaum Martha
2004: *Hiding for Humanity, Disgust, Shame and the Law*. Princeton: Princeton University Press.

Orwell George
2013: *Rok 1984*. Przeł. Mirkowicz T. Warszawa: Muza.

Popper Karl
1999: *Droga do wiedzy. Domysły i refutacje*. Przeł. Amsterdamski S. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rosja 2045
Strategiczny Ruch Społeczny „Rosja 2045"; http://www.2045.com [dostęp: 20.11.2016].

Rozin Paul, Haidt Jonathan, McCauley Catherine
2008: *Disgust: the Body and Soul Emotion in the 21st century*. [W:] red. Olatunji B.O., McKay D., *Disgust and its disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association, s. 9–29.

Spencer Herbert
2002: *O wychowaniu umysłowym, moralnym i fizycznym*. Przeł. Peretiatkowicz A. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.

Spitzer Manfred
2016: *Cyberchoroby. Jak cyfrowe życie rujnuje nasze zdrowie*. Przeł. Lipiński A. Słupsk: Dobra Literatura.

Szacki Jerzy
1980: *Spotkania z utopią*. Warszawa: Iskry.

Turner Bryan
1999: *The Possibility of Primitiveness: Towards the Sociology of Body Marks in Cool Societies*. „Body and Society", nr 5 (2–3).

Włodarski Artur
2016: *Zuckerbergowie uzdrowią świat?* „Gazeta Wyborcza", 9 października; http://wyborcza.biz/biznes/1,147881,20804441,zuckerbergowie-uzdrowia-swiat.html [dostęp: 20.11.2016].

Vico Giambattista
1966: *Nauka nowa*. Przeł. Jakubowicz J. Warszawa: PWN.

Spis ilustracji

Il. 1. *Jak nanotechnologia zmieni ludzkie ciało*, źródło: „Periodyk Transhumanistów H+ Magazine", http://hplusmagazine.com/2014/09/26/nanotechnology-re-engineer-us/.

Il. 2. Kamienie milowe projektu Avatar, źródło: 2045 Strategic Social Initiative, www.2045.com.

Il. 3. Profesor Hiroshi Ishiguro w towarzystwie androida podczas Global Future Congress w Nowym Jorku w 2013 roku, źródło: 2045 Strategic Social Initiative, www.2045.com.

Il. 4. *2045: rok, w którym człowiek osiągnie nieśmiertelność*. Tekst na okładce magazynu „Time" z 11 lutego 2011 roku, źródło www.time.com.

Il. 5. *Czy Google rozwiąże problem śmierci?* – Tekst na okładce magazynu „Time" z 30 września 2013 roku, Źródło: www.time.com.

OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

Egzemplifikacje_

Katarzyna Łeńska-Bąk
Katedra Kulturoznawstwa i Folklorystyki
Instytut Polonistyki i Kulturoznawstwa
Uniwersytet Opolski

Jak trwoga to do Boga, czyli jak wymodlić zdrowie

W kulturach archaicznych, także w medycynie ludowej, w tradycyjnych praktykach medycznych, prócz rozmaitych rekwizytów, zamówień, zaklęć „wykorzystywano" także odwołanie się do Boga i świętych. W związku z tym w leczeniu pomocne miały być składane wota, wygłaszane zaklęcia, modlitwy, w których zwracano się do istot pozaziemskich. Mimo że wiele od tamtego czasu się zmieniło, jednak w sytuacjach trudnych, a zwłaszcza beznadziejnych (nieuleczalna choroba, szpony nałogu itp.), gdy medycyna oficjalna zaczyna zawodzić, człowiek sięga do „sprawdzonych" praktyk i szuka kontaktu z Bogiem, osobami świętymi, do których na różne sposoby dociera.

***

Modlitwa jako gatunek tworzona była przez wieki – w ten sposób powstał „określony, rozpoznawalny i trwały wzorzec organizacji tekstu, dostosowany do funkcji, jaką pełni ona w ramach kultu" [Makuchowska 1998: 9]. Jest to zatem tekst-formuła, która wpisuje się w akt religijny i zrazem stanowi jeden z elementów tradycji oraz wychowania religijnego. W kulturach archaicznych[1] zapewne więcej trudności sprawiłoby wskazanie sytuacji, będących

1 Kultury archaiczne stanowią podstawowy obszar zainteresowań klasycznej antropologii, mają wiele rozmaitych charakterystyk zarówno antropologicznych, jak i religioznawczych. Nie próbując w tym miejscu podawać ich definicji, warto wskazać na to, że są one interesującym problemem dla historyka kultury także w tym, że można w nich zobaczyć sytuację swoistego braku wydzielonych odrębnych praktyk komunikacyjnych związanych z innymi praktykami społecznymi. Modelowo można je więc traktować jako kulturę „jednorodną", w której struktury magiczne obejmują wszystkie domeny życia człowieka i społeczności. Przegląd refleksji na ten temat zob. Buchowski, Burszta 1992.

aktem *stricte* religijnym, pozbawionym pragmatycznej funkcji i odniesienia do rzeczywistości profanicznej. W istocie świat człowieka w tego typu kulturze, każda ludzka aktywność wpisywała się i była podporządkowana myśli o istnieniu świata transcendentnego, od którego człowiek był przecież bardzo silnie uzależniony.

Ten sposób myślenia, oczywiście z pewnymi modyfikacjami, na które niewątpliwie miała wpływ religia chrześcijańska, przetrwał w świadomości ludzi w tradycyjnej kulturze ludowej, a udowodnić to można, poddając analizie określone akty modlitewne oraz sposób ich rozumienia przez ludzi w kulturach dawnych i współcześnie. Idzie tu konkretnie o akt prośby kierowanej do Boga w celu uzyskania pomocy, a tym samym podjęcia przez Boga (świętych czy innych transcendentnych mocy) pewnych określonych działań, mających doprowadzić ostatecznie do zmiany lub modyfikacji aktualnego stanu rzeczy. Prośba kierowana do Boga ma zatem pełnić, podobnie jak każdy akt mowy, funkcję performatywną, ma być rzeczywiście skuteczna[2].

Lecz aby tak się stało, muszą być spełnione pewne warunki, przy czym różnią się one w zależności od systemu wierzeń. Zupełnie inaczej formułuje się wytyczne (określa warunki) w kulturach archaicznych opartych na systemie magicznym, inaczej w tradycyjnej kulturze ludowej, w której mieszają się wątki magiczne i religijne (synkretyzm), inaczej wreszcie rzecz jest rozumiana w religii chrześcijańskiej.

Prośba jako akt nakłaniający może przyjąć charakter większej lub mniejszej kategoryczności. Wydaje się, że w kulturach archaicznych, a potem częściowo także w kulturach ludowych formuła imperatywna była w wyższym stopniu wykorzystywana. Wynikało to z przekonania, że

> życie polega nie na tym, że człowiek manipuluje rzeczami, ile może, lecz na tym, że uruchamia moc rzeczy pozornych. Nie ma rzeczy; są tylko zbiorniki, które mogą przechowywać moc. A zatem, albo rzeczy, z którymi się człowiek styka, są konturami, które ma napełnić mocą, trybami, które ma wprowadzić w ruch – i wtedy chodzi o czyn magiczny, człowiek występuje w pewnym sensie jako stwórca, jeśli nie rzeczy, to przecież sił, które nadają im życie (...). W [tym] (...) wypadku człowiek wypowiada zaklęcie [Leeuw 1997: 322],

2 Por. rozważania na temat aktów mowy w kontekście ich skuteczności: Austin 1993; Searle 1987; Grodziński 1980. Zob. także: Chudzik 2002.

często odwołując się do mocy transcendentnych z prośbą o przychylność i spowodowanie zmiany. Człowiek zatem, mimo że zwracał się do istot pozaziemskich, jednak był przekonany, że to on wypowiadając słowo, które wszak ma moc sprawczą[3], jest w istocie początkiem i przyczyną zmian, jakie mają się dokonać. Moce sakralne są konieczne, aby zmiana nastąpiła, jednakże to osoba wypowiadająca zaklęcie uruchamia mechanizm tych zmian. Jeśli działanie się nie powiedzie, najczęściej obwinia się za to samego zamawiającego, który najpewniej nie dopełnił wszystkich nakazanych rytuałem czynności [zob. Leeuw 1997: 371; P. Kowalski 1998].

W społecznościach archaicznych, opisywanych choćby przez Josepha Campbella czy Jamesa G. Frasera, bywało i tak, że sił nadludzkich nawet nie starano się przebłagać czy prosić o przychylność, ale wręcz je przymuszano do pomocy, co, oczywiście, mógł uczynić tylko ten człowiek, który posiadał odpowiednie uprawnienia i umiejętności obchodzenia się z mocami transcendentnymi za pomocą właściwych praktyk i zaklęć. W istocie wierzono we władzę nad bóstwami, które miały jedynie wykonywać rozkazy czarowników znających i potrafiących odprawiać odpowiednie rytuały, będące zarówno religijnymi, jak i magicznymi równocześnie, wypowiadających niemal jednym tchem modlitwy i zaklęcia lub składających ofiary, które były raczej formą łapówki niż podarkiem dla bóstwa [zob. Fraser 1978: 71–73; *Potęga mitu* 1994: 172].

W pewnym sensie ten sposób dążenia do celu przejęty został przez tradycyjną kulturę ludową – choć tu jednak znacznie złagodzona została imperatywna forma zwracania się do Boga, bliższa tym razem prośbie niż wymuszeniu. Chcąc wyleczyć chorego, często odwoływano się do Boga, Jezusa, Matki Boskiej czy wszystkich świętych i praktyka ta z powodzeniem uprawiana była w kulturze tradycyjnej jeszcze do końca XIX wieku [zob. Libera 1995].

Zilustrujmy rzecz przykładem, odwołując się do materiałów zebranych i opisanych przez Henryka Biegeleisena, który w jednej z książek poświęconych wierzeniom ludu omawia właśnie dawne praktyki lecznicze [Biegeleisen 1929][4]. I okazuje się, że modlitwy, a częściej jeszcze zamówienia, w których

3 Na temat sprawczej mocy słowa zob.: Bystroń 1980 (rozdz. *Przeżytki wiary w magiczną moc słowa*); Buchowski, Burszta 1986; Buchowski 1993; Engelking 1988; Guriewicz 1987; Czernik 1968; Brzozowska-Krajka 1995.

4 Autor ten nie jest odosobniony w badaniach na temat medycyny ludowej, której większość praktyk leczniczych, w których wykorzystywano różne rekwizyty, stosowano także dla wzmocnienia efektu modlitwę lub zamówienie z odwołaniami do Boga i różnych świętych. Zob. Libera 1995; Paluch 1995; Półtorak 1989; Tylkowa 1989. Sporo materiałów na ten temat znaleźć można także w: Moszyński 1967; Kolberg 1857–2002.

odwoływano się do Boga i świętych (albo jedno i drugie), były nader często w nich wykorzystywane, i to niemal we wszystkich przypadkach, jak choćby w leczeniu chorób skóry, oczu, uszu, zębów, płuc, głowy itd. Kiedy na przykład ktoś został ukąszony przez węża, znachor z powiatu radzyńskiego odmawiał nad pacjentem pacierz, a następnie wygłaszał formułę zamówienia:

> Wymawiam Was Bożą mocą,
> Pana Boga pomocą!
> Węże, wężyce,
> Żmije, żmijce,
> Padalce, padalczyce
> I wszelkie robaki!
> Z rozkwitu się urodził,
> Djabeł cię stworzył,
> Pan Jezus w cię ducha włożył,
> A nie dał ci żadnego jadu ani mocy.
> Przez Pana Boga moc
> I Syna Bożego i Ducha Świętego pomoc.
> Jako ta woda odpływa,
> Niechże i to ciało spływa!
> W imieniu Boga Ojca i Syna, i Ducha Świętego! [Biegeleisen 1929]

Następnie należało dmuchnąć trzy razy na ukąszone miejsce, polewać je wodą i wycierać. Praktyka ta doskonale ilustruje charakterystyczny dla ludowego światopoglądu synkretyzm. Widać wyraźnie, jak mieszają się tu wątki pogańskie z chrześcijańskimi, co wcale nie dziwi, zwłaszcza jeśli pamiętać, że chrześcijaństwo nie było raczej entuzjastycznie przyjmowane, przynajmniej na początkowym etapie, a przeciętny wierny nawet jeśli na skutek nacisków i perswazji przyjmował nauki Kościoła, to jednak adaptował je do własnych potrzeb i dostosowywał do wciąż aktualnego dotychczasowego sposobu myślenia, w którym słowo miało miejsce i wagę szczególną, ogromną siłę sprawczą. Pojmowane było w sposób konkretny, wręcz jako materialny substytut natury. Mogło więc, jeśli zostało odpowiednio użyte, a więc w ramach rytuału i z zachowaniem wszystkich obrzędowych zasad i okoliczności przekazanych przez tradycję, posiadać moc rzeczywiście sprawczą, performatywną.

Ten rytualizm, pomieszany z sensualizmem, utrzymywał się w kulturze tradycyjnej przez wiele wieków i widoczny jest w materiałach XIX-wiecznych[5], odnotowanych choćby przez Biegeleisena. To pomieszanie, czy może tylko połączenie magii i religii, co trzeba podkreślić, dalekie było od traktowania słowa przez chrześcijaństwo, albowiem w przypadku modlitwy (między innymi chrześcijańskiej), przynajmniej w oficjalnej wersji przyjętej przez Kościół idzie o coś zupełnie innego. Tutaj modlący się co najwyżej może wyrazić pragnienie, aby coś się zmieniło, natomiast wola zmiany leży całkowicie po stronie Boga. Mało tego, „wolą Boga jest zawsze dobro człowieka i dobro to człowiek zawsze od Niego otrzymuje. Nie musi ono jednak mieć postaci X, a więc tego, o co człowiek prosi w konkretnej modlitwie" [Makuchowska 1998: 87].

Richard Schaeffler zwraca przy okazji uwagę na fakt, że modlitwa może z tej przyczyny być uznana za akt nonsensowny, albowiem modlący się nie może zakładać, że modli się po to, aby poinformować o czymś Boga, bo przecież Bóg wie wszystko. Nie może też zakładać, że posiada moc nakłaniania Boga do czegoś – wszak „Bóg jest dobry w doskonały sposób; jeśli więc rzecz, o którą prosi Boga, jest dobra, to Bóg już sam jej chce, bez względu na wszelkie prośby" [Schaeffler 2007: 12]. Mimo to uznaje się jednak modlitwę za działanie dorzeczne, albowiem człowiek:

> modląc się (...), uczy się właśnie rozumieć, o co należy prosić. Uzyska dar (zgodnie z obietnicą), lecz ten dar, który otrzymać powinien, i który (dochodząc do tego, iż to właśnie ten) sam sobie stworzy i zdobędzie. Pewność, iż będzie się wysłuchanym, nadaje modlitwie jako działaniu ludzkiemu celowość, a niepewność, czy uzyska się właśnie to, co stanowi przedmiot danej modlitwy, czyni ją prośbą [Makuchowska 1998: 87–88].

5 Na temat stosunku chłopa w XIX wieku do Boga i świętych zwracał uwagę Stefan Czarnowski, który podkreślał, że doświadczenie religijne włościan łączy w sobie silny rytualizm i równie intensywnie odczuwany sensualizm, co miało się wyrażać w jego stosunku do zagadnienia osobistego życia religijnego i osobistego zbawienia. W każdym razie, chłop miał żywić przekonanie, że w razie potrzeby lub, jeśli „ma do Boga sprawę szczególną, daje na mszę księdzu, w sprawach pomniejszych daje kilka groszy żebrakowi, by ten za niego zaniósł właściwe modły. Poleciwszy w ten sposób sprawy swoje tym, którzy znają lepiej od niego drogę do Boga, spokojny jest o siebie" [Czarnowski 1956: 105].

Modlitewne przywołanie oznacza zatem, że człowiek wchodzi we wzajemną relację z Bogiem i w tym właśnie odnajduje własną tożsamość:

> spotkanie z Bogiem pozwala (...) powstać tożsamemu podmiotowi w doświadczeniu Bożej teraźniejszości pojmującemu wspominanie i teraźniejsze spotkanie jako tożsame z sobą i uzyskujące przez to nadzieję na dalsze trwanie działania łaski, wspominanego i doświadczonego w teraźniejszej chwili. Tym sposobem sławiąc wspominanie w języku modlitwy, przeradza się w prośbę pełną nadziei; a prośbę tę przepełnia radosna pewność jej spełnienia [Schaeffler 2007: 44–45].

Przyjmując oficjalne stanowisko Kościoła w pojmowaniu autentycznej, prawdziwie głębokiej modlitwy, stwierdzić trzeba absolutną „niemożności kongruencji magii z religią" [J.W. Kowalski 1973: 102], co w istocie często pozostaje w sprzeczności z tradycjami i normami życia potocznego. Wystarczy przypomnieć chociażby powody, dla których ludzie udają się na pielgrzymki do miejsc świętych [Turner, Turner 2009; Glaeser, Górecki 2005; Mateja 2004; Górecki 1994; Jackowski 2004; Branthomme, Chélini 1996], rozmaite gesty wotywne praktykowane przez ludzi od wieków aż do współczesności [zob. P. Kowalski 1994; Olędzki 1962; Olędzki 1967; Olędzki 1968; Jagla 2008; Gancarz 2007], co zwykle czyni się w konkretnej intencji, składając konkretne prośby, zupełnie nie biorąc pod uwagę wskazówek Kościoła i tym samym znaczenia modlitwy oraz reguł, jakimi winna się kierować.

Jeszcze ciekawsza w kontekście tutejszych rozważań wydaje się być inicjatywa podjęta przez środowisko klerykalne kościoła katolickiego w Polsce. Oto kilka lat temu ukazało się na rynku „lekarstwo" pod nazwą Miserikordyna, którego pomysłodawcą i twórcą był diakon Błażej Kwiatkowski, student VI roku Gdańskiego Seminarium Duchownego. Rozpropagowywaniem go zajęło się Wydawnictwo św. Stefana BM z Krakowa, które wkrótce wprowadziło do sprzedaży dwa kolejne leki: Miserikordyna Bambino i Consolatyna[6]. Wszystkie te leki określane są mianem leków duchowych, wydawanych bez recepty, o czym dowiedzieć się można z informacji zamieszczonej drobnym drukiem na opakowaniu do złudzenia przypominającym opakowanie standardowych leków kupowanych w aptekach.

6 Od tego czasu powstało więcej jeszcze leków tak zwanych duchowych. Jednak przedmiotem tutejszych rozważań będą tylko te trzy dotąd wymienione.

Miserikordyna zawiera pięćdziesiąt dziewięć granulek dosercowych, Miserikordyna Bambino to Witamina M w pięćdziesięciu dziewięciu granulkach o smaku Nieba, Consolatyna jest zestawem antydepresyjnym po utracie dziecka. Z kolejnych informacji zamieszczonych na opakowaniu dowiedzieć się można dodatkowo, że w skład Miserikordyny wchodzi: „Corona Divinae Misericordiae 50%; Imago Iesu Misericordis 50%", co nadal niewiele mówi osobie nieznającej łaciny. W przypadku Miserikordyny Bambino składu się nie podaje, zaś Consolatyna zawiera: „Ikonę Matki Boskiej – 1 szt.; Modlitewnik – 1 szt.; Pojednanie z Bogiem, sobą i utraconym dzieckiem – 1 szt.".

Potencjalny pacjent, jeśli te bardzo drobnym drukiem informacje przeczytał, zapewne zaczyna sobie zdawać sprawę, z jakim lekiem ma do czynienia i zanim jeszcze obejrzy zawartość pudełka, może się domyślić, że, przynajmniej w zestawie zwanym Consolatyną, żadnych pigułek nie znajdzie. W rzeczywistości bowiem ani jeden z tych leków nie jest lekiem w znaczeniu medycznym, wszystkie one są lekami, jak napisano, duchowymi, a te przecież nie muszą, a nawet nie powinny mieć postaci medykamentu.

Co zatem znajduje się w opakowaniach? W Miserikordynie i Miserikordynie Bambino jest różaniec (a więc tych zapowiadanych na opakowaniu pięćdziesiąt dziewięć „pastylek"), obrazek przedstawiający Chrystusa z podpisem: „Jezu, ufam Tobie" i ulotka. W Consolatynie, jest dokładnie to, co zapowiedziano w składzie. Miserikordyna i Miserikordyna Bambino mają leczyć serce, Consolatyna – depresję po utracie dziecka w wyniku aborcji. Żadnego z tych leków, jak obiecuje ulotka, nie można przedawkować, wprost przeciwnie: im częściej stosowany, tym ma być skuteczniejszy. Przy czym trzeba pamiętać, że zanim lek się zastosuje, należy: znaleźć ciche miejsce, na przykład pokój, kościół (w przypadku Miserikordyny Bambino może to jeszcze być świetlica lub biblioteka), uklęknąć, wyciszyć się, wyjąć obrazek Jezusa Miłosiernego, uczynić znak krzyża, spojrzeć na obrazek i z wiarą powiedzieć: **Jezu, Ufam Tobie**.

Miserikordyna może być dawkowana identycznie u dzieci i dorosłych. Miserikordyna Bambino z kolei, jeśli będzie stosowana, ma pomagać dodatkowo w „wysyłaniu długich całusów wprost do Nieba". Sposób podania dla obu leków jest identyczny. Należy odmówić:

Na początku:

> Ojcze nasz, Zdrowaś Maryjo, Wierzę w Boga.

Na dużych paciorkach:

> Ojcze Przedwieczny, ofiaruję Ci Ciało i Krew, Duszę i Bóstwo najmilszego Syna Twojego, a Pana naszego, Jezusa Chrystusa, na przebłaganie za grzechy nasze i całego świata.

Na małych paciorkach:

> Dla Jego bolesnej męki miej miłosierdzie dla nas i całego świata.

Na zakończenie (3 razy):

> Święty Boże, Święty Mocny, Święty Nieśmiertelny, zmiłuj się nad nami i nad całym światem [Ulotka: Miserikordyna i Miserikordyna Bambino].

Działania niepożądane nie występują, nie ma też żadnych przeciwwskazań, można te leki „używać" „wraz z innymi modlitwami", a „Stosowanie Sakramentów świętych sprzyja działaniu leku duchowego". Nieco odmienna w składzie Consolatyna także nie ulega przeterminowaniu i nie nożna jej przedawkować, powinna być stosowana codziennie o dowolnej porze dnia i nocy.

Po zapoznaniu się z tymi podstawowymi informacjami nasuwają się pytania: jaki był cel powołania do życia takich leków?, co kierowało instytucją Kościoła, żeby takie leki zaproponować?, jak ta inicjatywa ma się do oficjalnej nauki Kościoła i jej rozumienia prawdziwej modlitwy?, czym wreszcie różni się stosowanie tych leków od praktyk leczniczych w tradycyjnej kulturze ludowej, w których też przecież odwoływano się do Boga, odmawiano modlitwy?

> Zanim zostanie podjęta próba odpowiedzi na te pytania, warto przyjrzeć się nazwom leków. Nazwa Miserikordyna zawiera w sobie cząstkę „cor" pochodzącą od łacińskiego słowa *cordis* – serce, *misericordia* zaś w religii oznacza miłosierdzie. Tym samym autor leku chciał zasugerować, że dla serca człowieka najlepszym lekiem jest Boże Miłosierdzie, samo zaś rozpropagowywanie leku nie jest niczym innym jak tylko „głoszeniem Słowa Bożego", „chodzi o to – jak twierdzi – by przeżywanie relacji z Bogiem i modlitwy było codziennością, by bycie chrześcijaninem, dobre postępowanie stało się stylem życia" [*Twórca słynnej Miserikordyny…* 2013].

Nazwa Consolatyna także nie jest przypadkowa: w łacinie *consolatio* oznacza ulgę, pociechę. U dawnych Słowian zaś konsolacja (inaczej stypa, uczta pogrzebowa) organizowana była z powodu śmierci między innymi osoby bliskiej i była jednym z etapów pomagających w uporaniu się z żałobą. Stosowanie Consolatyny polega na odmawianiu modlitwy będącej w rzeczywistości prośbą o wyleczenie z depresji po utracie nienarodzonego dziecka. I tu nasuwa się pierwsza wątpliwość – przecież według oficjalnej nauki Kościoła modlitwa nie powinna się sprowadzać do konkretnej prośby, wszak Bóg sam ma najlepiej wiedzieć, co dla człowieka jest dobre.

W tym sensie znacznie lepiej w kontekst prawdziwej modlitwy wpisują się dwa pozostałe leki: Miserikordyna i Miserikordyna Bambino. Tu nie ma zaleceń składania konkretnej prośby o wyleczenie z jasno sprecyzowanej choroby, dolegliwości, stosowanie leków sprowadzające się do odmawiania modlitwy ma doprowadzić ostatecznie do tego, że dusza otrzyma miłosierdzie, co objawiać się będzie poprzez pokój serca, wewnętrzną radość i pragnienie czynienia dobra; skuteczność leku jest gwarantowana słowami Jezusa [Miserikordyna. Ulotka]. Jednak w dalszej części dodaje się, że lek należy stosować, gdy:

– Pragniemy doświadczyć Bożego miłosierdzia,
– Pragniemy nawrócenia grzeszników,
– Potrzebujemy pomocy w trudnej decyzji,
– Brakuje sił do walki z pokusami,
– Nie potrafimy komuś przebaczyć,
– Zależy nam na kimś, a nie potrafimy mu pomóc,
– Pragniemy miłosierdzia dla człowieka umierającego,
– Pragniemy dziękować Bogu i uwielbiać Go za wszystkie łaski [Miserikordyna. Ulotka].

Podobnie określony jest cel stosowania Miserikordyny Bambino, który jako

> zestaw „serdecznych" pastylek do codziennego stosowania, konieczny [jest] dla prawidłowego wzrostu duchowego każdego dziecka. Wspomaga odporność na wszelkie przejawy zła. Zmniejsza ryzyko infekcji złośliwymi wirusami. Umacnia serce w dobroci, wyostrza wzrok i słuch. Już po kilku dniach regularnego stosowania widać pierwsze efekty w postaci niestrudzonej chęci pomagania innym, eksplozji niepowstrzymanej radości z powodu każdego dobrego uczynku i ogromnego pragnienia modlitwy. „Serdeczne" pastylki należy stosować w przypadku niedoboru: dobroci, cierpliwości, odwagi, wdzięczności, przebaczenia, dobrego humoru [Miserikordyna Bambino. Ulotka].

I tu pojawiają się kolejne wątpliwości. Leki mają pomóc w doświadczeniu miłosierdzia Bożego, prawidłowym wzroście duchowym każdego dziecka, ale też w walce z pokusami, zwiększeniu odporności na zło, mają ustrzec przed ryzykiem złośliwych wirusów (cokolwiek by to nie znaczyło) itp. Retoryka ta do złudzenia przypomina tę stosowaną dawniej w tak zwanych cudownych listach, listach z nieba, które miały być podobno napisane bożą ręką

i znajdowane były najczęściej w kościołach. W listach zawarte były modlitwy, przywoływane przypadki nieszczęść i kar, jakie groziły niepoprawnemu chrześcijaninowi. Listy należało przekazywać, były traktowane jako rodzaj pouczenia, a jednocześnie amuletu chroniącego osobę pozostającą w jego posiadaniu, przede wszystkim zaś stosującą się do zaleceń w liście zawartych, między innymi do odmawiania modlitw w konkretnych intencjach [Bystroń 1980: 52–84; Robotycki 1998: 70–84; Wiślicz 2001: 196].

Wziąwszy pod uwagę rodzaj zaleceń stosowania leków, ich możliwości „ochronnych" sugerowanych w ulotkach, wydaje się, że bliższe są one dawnej ludowej religijności niż religijności takiej, jak chce ją dziś rozumieć Kościół. Podobne skojarzenia budzi (to kolejna wątpliwość) wskazanie, jak należy stosować wszystkie omawiane tu leki. Mówi się o tym, że stosowanie powinno się profilaktycznie odbywać przynajmniej raz dziennie, a w stanach nagłych tyle razy, ile dusza zapragnie, bo leku przedawkować się nie da. Pomysłodawca Miserikordyny nazywa to, jak już wspomniano, szerzeniem słowa bożego i nauką przeżycia religijnego z Bogiem; to zaś może się dokonać tylko dzięki codziennej modlitwie, która ma uczynić z człowieka prawdziwego chrześcijanina. Pomijając już fakt, że stwierdzenie, jakoby modlitwa miała uczynić z człowieka prawdziwego chrześcijanina, nie biorąc pod uwagę przy tym innych działań i ludzkich uczynków, które miałyby do tego prowadzić, raczej nie idzie w parze z oficjalną nauką Kościoła.

Prawdziwa modlitwa proszalna polega – co podkreśla Schaeffler – na ufności, że prośba się spełni, ale jednocześnie (co wydaje się ważniejsze) na gotowości modlącego się przyjęcia z rezygnacją jej nieskuteczności i, co jeszcze ważniejsze, zobaczenia w tym tej samej mocy i dobroci Boga [Schaeffler 2007: 137],

> wzywanie imienia Bożego i modlitewna opowieść zawierają w sobie również (...) prośby. (...) W ich wypadku rozumienie Boga nie poprzedza modlitwy jako zdefiniowane pojęcie, lecz zawiera się w niej – i dopiero **refleksja** [podkr. K. Ł.-B.] nad własną modlitwą zaczyna modlącemu się człowiekowi stopniowo je uświadamiać [Schaeffler 2007: 129–130].

Nie ma tu mowy o konieczności powtarzania w nieskończoność formuł modlitewnych, jest za to mowa o refleksji nad własną modlitwą, która wszak tylko wtedy będzie prawdziwa, gdy będzie prowadzić do spotkania z Bogiem, niedyktowana pobudkami wyłącznie doraźnych korzyści. W zaleceniach stosowania omawianych leków ten najważniejszy element jest pominięty, za to zachęca się do „klepania" pacierzy, co w nikłym stopniu przypomina oficjalnie rozumianą modlitwę, za to w stopniu wysokim odpowiada praktykom

stosowanym w tradycyjnej kulturze ludowej, gdzie modlitwę traktowano jako rodzaj zaklęcia, a w powielaniu modlitw widziano warunek ich skuteczności [Bylina 1985: 411; zob. także: Bylina 2002].

Kolejna wątpliwość, jaka się pojawia, dotyczy samej koncepcji, zamysłu stworzenia takiego leku, a konkretnie bezpośredniego skojarzenia z medycyną. Autor wyjaśnia rzecz w sposób zaskakująco prosty: zanim trafił do seminarium, wcześniej studiował farmację – stąd pomysł. Jednak wątpliwość nie dotyczy przecież źródła pomysłu, lecz tego raczej, że został on zaakceptowany przez Kościół, co więcej – zachęcał do stosowania leku sam papież Franciszek, robiąc przy tym „farmaceutykowi" świetną reklamę i przyczyniając się do wzrostu zainteresowania nim.

Popularność najpierw Miserikordyny, a potem kolejnych leków duchowych, jest ogromna. I kto wie, czy przyczyna nie leży właśnie w skojarzeniu z medycyną. Wszak w dzisiejszym świecie, którego dobrze rozpoznawalnym znakiem jest pośpiech, gdy z trudem znajdujemy choć odrobinę czasu dla siebie, a najmniej chyba go mamy na chorowanie, coraz chętniej sięgamy po rozmaite specyfiki mające przynieść natychmiastową ulgę dla cierpiącego ciała, ale i, mówiąc metaforycznie, zagłuszyć ból duszy, czyli poprawić nastrój i sprawność umysłową… Dzieje się tak tym bardziej, że reklamy wciąż kuszą, atakują, sugerują, iż wystarczy zażyć lek, a wszelkie dolegliwości natychmiast ustaną: z nosa przestanie lecieć katar, pozbędziemy się bolesnych wzdęć i zaparć, nasza skóra stanie się na powrót piękna i młoda, ustaną mroczne myśli, a nasz mózg zacznie pracować na najwyższych obrotach. Wystarczy tylko przyjąć odpowiednią pastylkę.

Wydaje się, że podobnie ma działać lek duchowy. W ulotce Miserikordyny przekonuje się, że nie trzeba dużo, należy tylko raz dziennie odmówić koronkę, a to przecież zajmie nie więcej niż siedem minut, czyli 0,49 procenta dziennego czasu, a świat i życie staną się od razu dobre i piękne. Zwracamy się przecież z prośbą do Boga, a „On jest Bogiem wszechmocnym i może dać wszystko, co jest dobre i piękne" [Miserikordyna. Ulotka]. Czy naprawdę o to chodzi? O przeliczanie czasu potrzebnego na przekonanie Boga i uświadomienie, że niewiele go trzeba? Jaki ma to związek z porozumieniem duchowym, autentycznym spotkaniem z Bogiem, budowaniem chrześcijańskiej tożsamości podczas tego spotkania?

Agata Olejarz-Białko, związana z Wydawnictwem św. Stefana BM, zapytana o to, czy sprzedawanie stylizowanych na leki różańców nie grozi trywializacją modlitwy, odpowiedziała, że absolutnie nie, „nie godzi w niczyje uczucia religijne. Chodzi nam jedynie o to, aby odwołać się do nowej, atrakcyjnej, niekonwencjonalnej formuły. Wydaje mi się, że Miserikordyna świetnie odpowiada na wyzwania nowej ewangelizacji" [*Papież Franciszek poleca…* 2013]. Po pierwsze Olejarz-Białko nie odpowiada na zadane pytanie, które nie

dotyczyło przecież ranienia uczuć religijnych. Po drugie – odpowiedź ta budzi kolejne pytanie: jaka miałaby być ta nowa ewangelizacja? Miałaby się sprowadzać, jak wszystko wokół, do marketingu?

Wszak opisywane w ulotkach korzyści płynące ze stosowania leków duchowych, zastosowane tu wyrafinowane środki perswazji, nie różnią się od reklamy jakichkolwiek farmaceutycznych specyfików[7]. Chodzi więc o to samo w religii, o co na przykład przy sprzedaży jakiegokolwiek medykamentu: na ból głowy, wzdęcia, depresję, albo jakiegokolwiek produktu: butów, perfum, czekolady? Trzeba tylko, aby produkt był ładnie i na nowo zapakowany, podany w atrakcyjnej, niekonwencjonalnej formie, bo wtedy będzie sprawiać wrażenie bardziej wiarygodnego, właśnie przez pozorowaną przynależność do medycyny oficjalnej? A wiarygodność tę ma dodatkowo gwarantować autorytet i moc Boga?

Dawniej, gdy lud był niepiśmienny, przemawiano doń obrazami, niektórzy nawet twierdzą, że stosowano reklamę, z czego najlepszą i najbardziej znaną są freski w Kaplicy Sykstyńskiej. I jakkolwiek w tej formule można znaleźć uzasadnienie, jak wytłumaczyć znaczenie leków duchowych? A może należałoby uznać je za element medycyny alternatywnej, powiązanej w dużym stopniu z obecnym dziś kultem zdrowia i ciała ludzkiego, ale też koncentracją na stanach psychicznych [zob. Piątkowski 2008; Kubiak 1998]. W końcu podobnie jak w przypadku medycyny nieoficjalnej, obiecującej uleczyć wszystko, przy użyciu duchowych pastylek można wszystko zamienić w dobre i piękne: wystarczy tak niewiele – tylko 0,49 procenta dnia.

Uzasadnionym wydaje się taka klasyfikacja, zwłaszcza jeśli pamiętać, że – odwołajmy się raz jeszcze do informacji z ulotki – Miserikordyna Bambino „to jedyny naturalny preparat o udowodnionej skuteczności". Na czym miałaby polegać naturalność tego medykamentu oraz w jaki sposób, jakimi metodami przeprowadzono badania dotyczące jego skuteczności i gdzie je opublikowano? Możliwe, choć nie ma o tym nawet wzmianki, że autorzy leków duchowych odwołują się do badań nauki zwanej neuroteologią, pozostającej na styku humanistyki i medycyny, na podstawie których stwierdzono, iż wiara, religia, modlitwy oddziałując na umysł mózg ludzki, mają też bezpośredni i bardzo pozytywny wpływ na ludzkie zdrowie [Dąsal 2009: 286–287].

Prawdopodobnie wiele z tych zgłoszonych tu wątpliwości pozostanie nierozstrzygniętych, jednak istotniejsze dla współczesnego badacza kultury jest dostrzeżenie w inicjatywie stworzenia i rozpropagowywania leków duchowych

7 Szerzej na temat dyskursu marketingowego oraz o reklamach farmaceutyków i suplementów diety – zob. Grębowiec 2009.

kolejnej próby ewangelizacji. Nie miejsce tu jednak na odpowiedź, na ile udanej i skutecznej. Ważniejsze wydaje się wskazanie, że religia, podobnie jak każda dziedzina życia, zarówno dawniej, jak i dziś jest jednak uwikłana i zależna od kontekstów, w których funkcjonuje.

Nie da się uciec ani odciąć od wszechobecnego supermarketu kultury [Mathews 2005], od propagowanych wzorców i postaw, wreszcie od aktualnego sposobu myślenia i postrzegania świata, ludzkich potrzeb, na które z pewnością leki te odpowiadają, choć bywa, że kosztem oficjalnej nauki Kościoła.

Streszczenie

W kulturach archaicznych, także w medycynie ludowej, zawsze stosowano rozmaite rekwizyty, zamówienia, zaklęcia, ale też szukano pomocy u Boga i świętych. W związku z tym w leczeniu pomocne miały być składane wota, wygłaszane zaklęcia, modlitwy, w których zwracano się do istot pozaziemskich. Mimo że od tamtego czasu wiele się zmieniło, wciąż w trudnych, zwłaszcza chorobowych sytuacjach ludzie zwracają się do Boga z prośbami o pomoc. Naprzeciw tej potrzebie wyszedł Kościół i zaproponował wiernym leki duchowe. W tekście poddano oglądowi niektóre z nich, a także przyjrzano się inicjatywie na poziomie ogólnym, próbując znaleźć odpowiedź na pytania o status i sens tych leków we współczesności.

Słowa kluczowe: modlitwa, choroba, lek duchowy

When in fear, God is dear – how to pray health

In archaic cultures and folk medicine, a wide scope of different requisites and orders have always been used, however people has also been looking for help at God and saints. In healing, prayed votes, delivered spells and prayers addressed to cosmic beings used to be helpful. Despite the fact that a lot has changed since then, people, especially sick ones, tend to go to God, praying for help. The Church decided to go after their needs and proposed spiritual medicines. The text explores some of them and thoroughly researches the whole initiative, trying to find answers about their statues and their sense in modern times.

Key words: prayer, sickness, spiritual medicine

Bibliografia

Austin John Lasghaw
1993: *Mówienie i poznawanie. Rozprawy i wykłady filozoficzne*. Przeł. Chwedeńczuk B. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Biegeleisen Henryk
1929: *Lecznictwo ludu polskiego*. Kraków: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.

Branthomme Henry, Chélini Jean
1996: *Drogi boże. Historia pielgrzymek chrześcijańskich.* Przeł. Sieradzińska E, Stafiej-Wróblewska M. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Brzozowska-Krajka Anna
1995: *Między magią a religią. O modlitewkach ludowych*. [W:] red. Bartmiński J., Jasińska-Wojtkowska M., *Folklor – sacrum – religia*. Lublin: Wydawnictwo Instytutu Europy Środkowo-Wschodniej, s. 183–200.

Buchowski Michał
1993: *Magia i rytuał.* Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Kultury.

Buchowski Michał, Burszta Wojciech J.
1986: *Status języka w świadomości magicznej.* „Etnografia Polska", z. 1, s. 31–42.
1992: *O założeniach interpretacji antropologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bylina Stanisław
1985: *Wiara i pobożność zbiorowa.* [W:] red. Dowiat J., *Kultura Polski średniowiecznej X–XIII w.* Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 67–80.
2002: *Chrystianizacja wsi polskiej u schyłku średniowiecza*, Warszawa: Instytut Historii Polskiej Akademii Nauk.

Bystroń Jan Stanisław
1980: *Tematy, które mi odradzano. Pisma etnograficzne rozproszone*. Wyb. i oprac. Stomma L., Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Chudzik Anna
2002: *Mowne zachowania magiczne w ujęciu pragmatyczno-kognitywnym*. Kraków: Universitas.

Czarnowski Stefan
1956: *Dzieła*. T. 1. *Studia z historii kultury*. Oprac. Assorodobraj N., Ossowski S. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czernik Stanisław
1968: *Trzy zorze dziewicze. Wśród zamawiań i zaklęć*. Łódź: Wydawnictwo Łódzkie.

Dąsal Mateusz
2009: *Od szamana do healera. Próba operacjonalizacji potencjalnej skuteczności współczesnych praktyk medycyny alternatywnej w perspektywie systemowego ujęcia kultury.* [W:] red. Łeńska-Bąk K., Sztandara M., *Wokół choroby, medycyny i praktyk leczniczych. Teorie – konteksty – interpretacje.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 271–290.

Engelking Anna
1988: *Magiczna moc słowa w polskiej kulturze ludowej.* „Język a Kultura", t. 1, s. 157–166.

Fraser James George
1978: *Złota gałąź.* Przeł. Krzeczkowski H., wstęp: Lutyński J. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Gancarz Natalia
2007: *Przyczynek do badań nad prośbami do Matki Boskiej.* „Literatura Ludowa", nr 3, s. 3–16.

Glaeser Zygfryd, Górecki Jan (red.)
2005: *Pielgrzymowanie a integracja.* Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.

Górecki Jan
1994: *Pielgrzymki na Górnym Śląsku w latach 1869–1914*. Katowice: Instytut Górnośląski.

Grębowiec Jacek
2009: *Medykalizacja w strategiach reklamowych, o kilku sposobach prezentowania farmaceutyków, suplementów diety i artykułów spożywczych.* [W:] red. Łeńska-Bąk K., Sztandara M., *Wokół choroby, medycyny i praktyk leczniczych. Teorie – konteksty – interpretacje.* Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 311–318.

Grodziński Eugeniusz
1980: *Wypowiedzi performatywne. Z aktualnych zagadnień filozofii języka*. Wrocław: Ossolineum.

Guriewicz Aron
1987: *Problemy średniowiecznej kultury ludowej.* Przeł. Dobrzyniecki Z. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Jackowski Antoni
2004: *Pielgrzymowanie.* Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.

Jagla Jowita
2008: *„Maciczne ropuchy" i „brzuszne węże". Motyw medyczny w przedstawieniach wotywnych.* „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny", z. 1/2, s. 7–28.

Kolberg Oskar
1857–2002: *Lud: jego zwyczaje, sposób życia, mowa, podania, przysłowia, obrzędy, gusła, zabawy, muzyka, pieśni i tańce. Dzieła wszystkie.* Wrocław–Poznań: Polskie Towarzystwo Ludoznawcze.

Kowalski Jan Wierusz
1973: *Język a kult. Funkcja i struktura języka sakralnego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kowalski Piotr
1994: *Prośba do Pana Boga. Rzecz o gestach wotywnych*. Wrocław: Towarzystwo Przyjaciół Polonistyki Wrocławskiej.
1998: *Pomyłka w obrzędzie* (hasło). [W:] Kowalski P., *Leksykon. Znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 465–467.

Kubiak Anna
1998: *Kosmologia i antropologia uzdrawiania*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medyczne", nr 14, s. 40–53.

Leeuw Gerardus van der
1997: *Fenomenologia religii*. Przeł. Prokopiuk J. Warszawa: Książka i Wiedza.

Libera Zbigniew
1995: *Medycyna ludowa: chłopski rozsądek czy gminna fantazja?* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Makuchowska Marzena
1998: *Modlitwa jako gatunek języka religijnego*. Opole: Wydawnictwo TiT.

Mateja Erwin
2004: *Pielgrzymki i kult świętych w pobożności ludowej na Śląsku*. [W:] red. Pierskała R., Smolińska T., *Pobożność ludowa w życiu liturgiczno-religijnym i w kulturze*. Opole: Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego, s. 157–166.

Mathews Gordon
2005: *Supermarket kultury. Kultura globalna a tożsamość jednostki.* Przeł. Klekot E., Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Moszyński Kazimierz
1967: *Kultura ludowa Słowian*, t. 2. *Kultura duchowa*. Warszawa: Książka i Wiedza.

Olędzki Jacek
1960: *Wota woskowe ze wsi Brodowe Łąki i Krzynowłoga Wielka*. „Polska Sztuka Ludowa", nr 1, s. 3–22.
1962: *Symboliczne ofiary woskowe ze wsi Kadzidło*. „Polska Sztuka Ludowa", nr 2, s. 92–96.
1967: *Wota srebrne*. „Polska Sztuka Ludowa", nr 2, s. 67–92.
1968: *Wota woskowe i srebrne w wiejskiej obrzędowości religijnej*. „Roczniki Socjologii Wsi", t. 8, s. 178–188.
1990: Świadomość mirakularna. „Polska Sztuka Ludowa", nr 1, s. 147–157.

Paluch Adam
1995: *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
Papież Franciszek poleca Miserikordynę – „duchowy lek" z Gdańska. Producent: Od rana dzwonią ludzie z całego świata.

2013: NaTemat.pl, 18 listopada; http://natemat.pl/82389,papiez-franciszek-poleca-miserikordyne-czyli-duchowy-lek-z-gdanska-producent-od-rana-dzwonia-ludzie-z-calego-swiata [dostęp: 14 grudnia 2016 roku].

Piątkowski Włodzimierz
2008: *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
Potęga mitu. Rozmowy Billa Moyersa z Josephem Campbellem
1994: Oprac. Flowers B.S., przeł. Kania I. Kraków: Signum.

Półtorak Zbigniew
1989: *Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny*. Opole: Instytut Śląski.

Robotycki Czesław
1998: *Nie wszystko jest oczywiste*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Schaeffler Richard
2007: *O języku modlitwy*. Przeł. Sowiński G., wstęp: Jaworski M. Kraków: Znak.

Searle John R.
1987: *Czynności mowy. Rozważania z filozofii języka*. Przeł. Chwedeńczuk B. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

Turner Victor, Turner Edith L.B.
2009: *Obraz i pielgrzymka w kulturze chrześcijańskiej*. Przeł. Klekot E. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Twórca słynnej miserikordyny (duchowe lekarstwo): „Miłosierdzie jest lekiem na serce". Z diakonem Błażejem Kwiatkowskim rozmawia Dorota Abramowicz.
2013: „Dziennik Bałtycki", 18 listopada; http://www.dziennikbaltycki.pl/artykul/1044925,tworca-slynnej-miserikordyny-duchowe-lekarstwo-milosierdzie-jest-lekiem-na-serce-rozmowa,id,t.html [dostęp: 10 grudnia 2016 roku].

Tylkowa Danuta
1998: *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat Polskich. Tradycja i współczesność*. Wrocław: Ossolineum.

Wiślicz Tomasz
2001: *Zarobić na duszne zbawienie. Religijność chłopów małopolskich od połowy XVI do końca XVIII wieku*. Warszawa: Neriton / Instytut Historii Polskiej Akademii Nauk.

Anna Chowaniec-Rylke
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Wydział Historyczny
Uniwersytet Warszawski

Choroby rzadkie – perspektywa antropologiczna

Jedne z pierwszych wzmianek na temat chorób rzadko wstępujących znaleźć można już w wydanej w 1581 roku pracy flamandzkiego lekarza Remberta Dodoensa pod tytułem *Medicinalium observationum exempla rara, recognita et aucta* [Dooms 2015]. Także patrząc wstecz na znane nam z opisów postaci historyczne, można podjąć próbę dawno spóźnionej diagnozy, jak w przypadku profirii „szalonego" króla angielskiego Jerzego III [Macalpine, Hunter 1966] czy hemofilii carewicza Aleksieja Romanowa. I choć dotykają one ludzi od tak dawna i dotyczą bardzo dużej rzeszy ludzi (o czym pisać będę w dalszej części artykułu), choroby rzadkie nie stały się do tej pory tematem szerszej antropologicznej refleksji.

W poniższym tekście postaram się wskazać, jakie konteksty otaczające choroby rzadkie warte są, moim zdaniem, zbadania przy użyciu specyficznych dla antropologii metod i przedstawię obszary związane z chorobami rzadkimi, którym można przyjrzeć się za pomocą tej szczególnej dla badań społecznych optyki. W pierwszej części artykułu skupię się na kilku cechach charakteryzujących choroby rzadkie, by w kolejnych podrozdziałach, powołując się na opisane wcześniej elementy, pokazać, w jaki sposób można wykorzystać antropologiczną perspektywę do ich badania (powołując się na badania antropologów dotyczące pokrewnych tematów).

Analizę tę rozpocznę od pokazania terenów badawczych związanych z chorobami rzadkimi, takich jak etniczność, lokalność czy pokrewieństwo (które to obszary są przez etnologów dobrze rozpoznane), by później przejść do omówienia przestrzeni mniej, na pierwszy rzut oka, oczywistych (takich jak nowe technologie reprodukcyjne czy relacje władzy i dyskurs internetowy). Aby zawrzeć zarówno większy kontekst globalny i biomedyczny[1], jak i mniejszy, bardziej lokalny, swoje spostrzeżenia popierać będę przykładami z badań nad

1 Biomedycynę rozumiem, za Robertem Hahnem i Arthurem Kleinmanem, jako system zachodniej medycyny [por. Hahn, Kleinman 1983].

deficytem LCHAD – rzadką chorobą metaboliczną, którą szczegółowo opiszę w drugim podrozdziale.

Czym są choroby rzadkie?

Nie istnieje jedna obowiązująca na całym świecie definicja choroby rzadkiej. Amerykańska ustawa z 2002 roku (*Rare Disease Act*) definiuje chorobę rzadką jako taką, która dotyka mniej niż dwieście tysięcy mieszkańców Stanów Zjednoczonych, natomiast zgodnie z postanowieniami Unii Europejskiej choroba rzadka jest to schorzenie, które dotyka mniej niż 5:10 000 osób [Rodwell, Aymé 2014]. Przyjmuje się przy tym, że chorych na nie może być statystycznie około sześciu–ośmiu procent populacji [*Rare diseases – what are they?*].

Bardzo trudno jest określić dokładną liczbę takich schorzeń – współcześnie opisanych i diagnozowanych jest około sześciu–ośmiu tysięcy chorób [*What is a rare disease?*]. Problem z określeniem dokładnej liczby chorób wynika z tego, że w osiemdziesięciu procentach przypadków choroba rzadka ma podłoże genetyczne [*What is a rare disease?*], co oznacza, że powodująca ją mutacja pojawić się może w jednym lub wielu genach (a liczba możliwych zmian jest niemal nieograniczona)[2].

Deficyt LCHAD

W tekście powoływać się będę na badania nad społeczno-kulturowymi wymiarami chorób rzadkich na przykładzie niedoboru LCHAD. Badania te realizowane są w ramach projektu sfinansowanego przez Narodowe Centrum Nauki, prowadzonego przez doktor Małgorzatę Rajtar[3]. W trakcie dotychczasowych badań nie tylko poznałam rodziny, w których dziecko (lub dzieci) chorują na LCHADD, ale również brałam udział w konferencjach dotyczących chorób rzadkich. Śledzę również dyskurs internetowy – głównie grupę na Facebooku zrzeszającą osoby związane z LCHADD w Polsce.

---

2 Zmutowany gen powodujący chorobę może pojawić się spontanicznie lub w wyniku dziedziczenia. W przypadku dziedziczenia autosomalnego recesywnego para rodziców będących nosicielami wadliwego genu (choć niechorujących) ma każdorazowo 25 procent szansy na pojawienie się choroby u dziecka, w przypadku dziedziczenia autosomalnego dominującego szansa ta wynosi 50 procent.

3 *Społeczno-kulturowe wymiary chorób rzadkich na przykładzie niedoboru LCHAD. Studium porównawcze Polski i Finlandii*, konkurs OPUS 9, nr projektu 2015/17/B/HS3/00107. Grant realizowany jest na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu przy współpracy z profesor Anną Kwaśniewską (Uniwersytet Gdański).

Pozostałe członkinie zespołu badawczego zajmują się równoległymi badaniami w Finlandii i nawiązywaniem kontaktów z lekarzami, dietetykami i organizacjami pacjenckimi (doktor Małgorzata Rajtar), a także badaniem medialnego dyskursu na temat LCHADD i genealogią rodzin, w których pojawiała się ta choroba, co w tym kontekście, jak pokażę później, odgrywa bardzo dużą rolę (profesor Anna Kwaśniewska). Przykłady, jakie znajdą się w tekście, pochodzą zarówno z części badań prowadzonych przeze mnie, jak i przez pozostałe badaczki.

Niedobór dehydrogenazy 3-hydroksyacylo-koenzymu A długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LCHADD – Long chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency) jest chorobą o podłożu genetycznym, występującą rzadko i objawiającą się niewłaściwym funkcjonowaniem mechanizmów metabolicznych. Dziedziczona jest autosomalnie recesywnie, co oznacza, że oboje rodzice są nosicielami wadliwej kopii genu [*Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA… 1*].

Częstotliwość występowania LCHADD na świecie szacuje się na 1:250 000 urodzeń. W krajach nadbałtyckich szacowania te są inne – szansa na urodzenie chorego dziecka w Polsce wynosi 1:120 000, a na Pomorzu nawet 1:20 000 [*Niedobór dehydrogenazy…*]. Pierwsze przypadki LCHADD były rozpoznane w Polsce w latach 90. XX wieku. Do 2006 roku zdiagnozowano trzydzieści sześć osób w trzydziestu trzech niespokrewnionych rodzinach [Sykut-Cegielska 2006: 52], w 2010 było to co najmniej pięćdziesiąt dziewięć osób [Sykut-Cegielska, Gradowska i in. 2011].

Choroba ta polega na niewłaściwym procesie utleniania kwasów tłuszczowych, który to proces jest niezbędny do pokrycia zapotrzebowania energetycznego komórki w czasie głodzenia (zarówno po wzmożonym wysiłku fizycznym, jak i w trakcie choroby czy zwykłego braku apetytu). Jeżeli w diecie zabraknie glukozy, uruchamiana jest glikogenoliza – dzięki niej z glikogenu wątrobowego i mięśniowego uwalniana jest glukoza. Jeśli i ten zapas się wyczerpie (co, zwłaszcza u noworodków, dzieje się szybko), uaktywnia się mitochondrialne utlenianie kwasów tłuszczowych. Konsekwencją tego procesu jest produkcja ketonów – jedynego źródła energii w stanie przedłużonego głodzenia. Ten rodzaj energii wykorzystują przede wszystkim mózg i mięsień sercowy.

Zaburzenie utleniania kwasów tłuszczowych prowadzi do upośledzenia ketogenazy (wytworzenia ketonów) i powoduje niedostateczną podaż energii [Sykut-Cegielska 2006: 11]. Istotą LCHADD jest deficyt enzymu dehydrogenazy 3-hydroksyacylo-koenzymu A, co zaburza mitochondrialną oksydację kwasów tłuszczowych [Sykut-Segielska 2006: 11–15]. Rezultatem jest niezdolność ciała do przetworzenia długołańcuchowych kwasów tłuszczowych w energię [*Descriptions of disorders…*].

Do typowych objawów klinicznych zalicza się hepatopatię (uszkodzenie wątroby), kardiomiopatię (dysfunkcja mięśnia sercowego), miopatię

(choroby mięśni), zwyrodnienie barwnikowe siatkówki i obwodową polineuropatię (uszkodzenie nerwów obwodowych). Najczęstszym objawem ze strony wątroby jest zespół Reye'a[4] lub podobny przy współwystępowaniu kardiomiopatii (czasem z zaburzeniami rytmu serca). Pacjenci mogą zgłaszać również zmęczenie i bóle mięśni. U niektórych chorych stwierdza się charakterystyczne przegrupowanie barwnika na dnie oka.

LCHADD diagnozuje się z reguły u niemowląt i małych dzieci. Często da się ustalić czynnik bezpośrednio poprzedzający pojawienie się objawów klinicznych – może być to infekcja, wysiłek fizyczny lub szczepienie (obciążające organizm). Od 2000 roku Instytut Matki i Dziecka prowadzi pilotażowe badania przesiewowe u noworodków, które pozwalają wykryć LCHADD, zanim jeszcze dojdzie do ujawnienia się choroby [*Choroby i wady…*]. Dzięki temu możliwe jest uniknięcie niebezpiecznego i niespodziewanego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka, które poprzedza postawienie diagnozy. Niestety, zanim upowszechniły się testy, a choroba nie była tak dobrze rozpoznana i diagnozowana, większość chorych doświadczyła hospitalizacji związanej z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia i zagrożeniem życia. Dopiero wówczas lekarze byli w stanie skojarzyć chorobę z obserwowanym zespołem objawów.

Ów brak wystarczającej wiedzy i możliwości wcześniejszej diagnozy wiązał się z dość wysoką śmiertelnością. Jeszcze do niedawna uważano, że śmiertelność u chorych wynosić może pięćdziesiąt procent przy pierwszym epizodzie choroby. Do 2006 roku śmiertelność polskich pacjentów cierpiących na LCHADD wynosiła trzydzieści sześć procent [Sykut-Cegielska 2006: 56]. U dziewięciu z trzynastu zmarłych (na trzydzieści sześć zdiagnozowanych osób) zgon nastąpił tuż przed lub tuż po postawieniu diagnozy, czyli w pierwszym epizodzie choroby [Sykut-Cegielska 2006: 33].

Dzięki odpowiedniemu postępowaniu możliwe jest przeciwdziałanie objawom. Ponieważ stan przedłużonego głodzenia grozi poważnymi konsekwencjami, które opisałam powyżej (do najniebezpieczniejszych należy uszkodzenie mięśnia sercowego), głównym zaleceniem jest pilnowanie stałego dostarczania kalorii w formie węglowodanów i skracanie przerw między posiłkami [Tyni, Pihko 1999]. Ponadto ogranicza się ilość przyjmowanych długołańcuchowych kwasów tłuszczowych.

Środowisko specjalistów nie wypracowało jednak optymalnych i jednoznacznych zaleceń dietetycznych dla osób chorych, zwłaszcza w kwestii ilości przyjmowanych kwasów tłuszczowych. Nie ma również zgody co do

4 Zespół Reye to rzadka, ale poważna choroba powodująca powiększenie wątroby i mózgu [por. *Reye's syndrome. Definition*].

toksyczności stosowanej czasem karnityny, lub częściej – MCT (średniołańcuchowych trójglicerydów) [Sykut-Cegielska 2006: 32, 48–58]. Powodem jest brak dostatecznego zrozumienia mechanizmów stojących za pojawieniem się objawów klinicznych, a także obserwacja, że dieta, choć znacznie poprawia rokowania, nie zapobiega postępowaniu choroby [Sykut-Cegielska 2006].

Nawet przestrzegając beztłuszczowej diety i nie dopuszczając do głodzenia organizmu, zdarzają się epizody choroby. Nie zawsze znana jest ich przyczyna – może być to wzmożony wysiłek fizyczny lub początki infekcji. Każdy z takich ataków pozostawia w organizmie zniszczenia – najczęściej w mięśniach, ale również w układzie nerwowym czy mózgu, jeżeli nastąpiło zatrzymanie krążenia. Poza tym u części chorych z wiekiem drastycznie pogarsza się wzrok. Ze względu na to, że chorzy to osoby młode, na razie nieznane są w pełni wieloletnie perspektywy, tempo postępowania choroby i jej możliwe skutki.

Nowe możliwości

Choć, jak starałam się pokazać we wstępie, choroby rzadkie nie są niczym nowym, możliwości właściwego ich zdiagnozowania pojawiły się dopiero w poprzednim stuleciu. Zwrócić należy przy tym uwagę, że z czasem zmieniała się (i wciąż zmienia) definicja tego, czym jest choroba rzadka – przytoczony wcześniej Rembert Dodoens uważał za taką na przykład cukrzycę czy kamicę nerkową [Dooms 2015: 1], czyli przypadłości, które dziś uznawane są za powszechne, dobrze rozpoznane i szybko diagnozowane.

Wraz z rozwojem nauki nie tylko pewne choroby przestały być uważane za rzadko występujące, ale także pojawiły się nowe możliwości diagnozy i leczenia. Kolejne odkrycia pozwalały na przypisanie pewnego zespołu objawów do jednej choroby. Do bardzo niedawna nie było jednak możliwości dokładnego określenia źródła danego schorzenia.

Przytoczyć tu można rozwój badań nad fenyloketonurią – chorobą rzadką, występującą na świecie ze średnią częstotliwością 1–5:10 000 żywych urodzeń [*Phenylketonuria*]. Polega na wadliwym mechanizmie metabolizowania białek; nieleczona prowadzić może do poważnej niepełnosprawności intelektualnej [*Phenylketonuria*]. Już w 1934 roku norweski lekarz Ivar Asbjørn Følling powiązał niektóre przypadki upośledzenia umysłowego z podwyższonym poziomem fenyloalaniny we krwi tychże pacjentów [Giżewska 2016]. W latach 60. XX wieku wprowadzono pierwsze testy przesiewowe wśród noworodków – dzięki tak zwanemu testowi Guthriego możliwe było wykrycie u dziecka fenyloketonurii, zanim pojawią się objawy kliniczne [Giżewska 2016].

W przypadku LCHADD w Polsce do 1999 roku nie było możliwości wykonania testów laboratoryjnych wykrywających deficyt enzymu. W latach 1991–99 zdiagnozowano w Polsce ośmiu chorych dzięki wysłaniu próbek do

laboratoriów zagranicznych [Sykut-Cegielska 2006: 53]. Od 2000 roku, jak pisałam wcześniej, prowadzone są badania przesiewowe noworodków, które dzięki testowi wykonywanemu z krwi są w stanie wykryć LCHADD.

Zauważyć można zatem, że możliwości postawienia właściwej diagnozy zaistniały stosunkowo niedawno. Choć testy te pozwalają wykryć niewłaściwe poziomy danych białek (i w ten sposób określić przyczynę pojawiania się objawów), ostateczną diagnozę dla większości chorób rzadkich poznać można poprzez badanie genetyczne. Jak pisałam wcześniej, za zdecydowaną większość chorób rzadkich odpowiadają mutacje w genach i to one są źródłem danej choroby. W przypadku LCHADD to mutacja c.1528G>C w genie HADHA [Piekutowska-Abramczuk i in. 2010: 374][5], fenyloketonuria pojawia się w wyniku mutacji 12q22–q24.2 w genie PAH [*Phenylketonuria*]. Możliwość wykrycia tych mutacji u chorych to kwestia ostatnich dziesięcioleci – wcześniej medycyna nie dysponowała takimi metodami diagnostycznymi.

Jak starałam się pokazać – choroby rzadkie towarzyszą ludziom od wieków, jednak dopiero współcześnie zaistniały możliwości ich zdiagnozowania i opisania. I choć wcześniej istniały jako pewna kategoria (na co wskazuje XVI-wieczny tekst [por. Dooms 2015]), dopiero obecnie badania genetyczne i akty prawne określają, czym jest choroba rzadka. Dzisiaj choroby rzadkie stają się ważnym tematem zarówno politycznego, jak i społecznego dyskursu (co opiszę dokładniej w dalszej części tekstu). Właśnie ta „nowość" powoduje, że badacze społeczni mogą na bieżąco przyglądać się procesowi tworzenia mechanizmów związanych z chorobami rzadkimi, a także znaczeń je otaczających. Dlatego właśnie uważam, że społeczne i kulturowe wymiary chorób rzadkich, jako pewnego wytwarzającego się współcześnie zjawiska, są warte antropologicznej uwagi.

Należy przy tym podkreślić, że pomimo iż choroby rzadkie dotykają, szacunkowo, około sześciu–ośmiu procent populacji – zatem ogromnej rzeszy ludzi – nie stały się do tej pory, zgodnie z moją wiedzą, przedmiotem wnikliwej antropologicznej analizy[6]. Społeczne konteksty związane z chorobami rzadkimi to wciąż tworzący się obszar, wymagający badawczego rozpoznania.

5 Ten rodzaj mutacji charakterystyczny jest dla chorych na LCHADD pochodzących z Europy [por. *Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA...* 2].

6 Istnieją opracowania dotyczące między innymi mukopolisacharydozy w środowisku tureckich imigrantów w Niemczech [Dilger, Leissner i in. 2013] czy roli Internetu w przypadku chorych na pierwotną marskość wątroby [Lasker, Sogolow i in. 2005].

Etniczność i lokalność

To, co może wydawać się „klasycznym" tematem podejmowanym przez antropologów – etniczność – ma również odzwierciedlenie w przypadku chorób rzadkich. Genetyczne podłoże wielu z tych chorób sprawia, że pewne populacje dotknięte są danymi schorzeniami częściej niż inne. W społecznościach, w których następuje niewielkie wymieszanie puli genetycznej (co może być spowodowane różnymi czynnikami, od klimatu i miejsca zamieszkania po kulturowe uwarunkowania), istnieje większa szansa na ujawnienie się wadliwego genu (większa jest szansa na spotkanie drugiej osoby noszącej mutację). Obarczone większym ryzykiem pojawienia się choroby mogą być zarówno grupy etniczne, rasowe, jak i związane z określonym obszarem geograficznym.

Interesującym przykładem jest występowanie niedokrwistości sierpowatokrwinkowej (anemii sierpowatej) – choroby objawiającej się nieprawidłową budową hemoglobiny [*What Is Sickle Cell Disease?*]. Dotyka ona przede wszystkim mieszkańców Afryki Subsaharyjskiej, jednak z powodu niegdysiejszego niewolnictwa i późniejszej dobrowolnej migracji występuje również w populacji Afro-Amerykanów [Weatherall, Clegg 2001]. Większe ryzyko wystąpienia choroby wiąże się zatem nie tylko z grupą osób zamieszkujących dany obszar geograficzny, ale także z grupą rasowo-etniczną w Stanach Zjednoczonych.

Innym często podawanym przykładem grupy narażonej na częstsze, ze względu na niewielkie wymieszanie puli genowej na przestrzeni wieków, występowanie chorób rzadkich są Żydzi aszkenazyjscy. W tym przypadku mowa o wspólnocie etnicznej i religijnej, niekoniecznie związanej z terenem. W populacji tej, częściej niż w jakiejkolwiek innej, pojawia się choroba Tay-Sachsa – rzadka, ciężka w przebiegu, niepozwalająca chorym dożyć dorosłości [*Tay-Sachs disease*]. Szansa na pojawienie się tej choroby wśród Żydów aszkenazyjskich jest stukrotnie większa niż w jakiejkolwiek innej populacji (1:3600 żywych urodzeń) [Triggs-Raine, Feigenbaum i in. 1990].

Deficyt LCHAD również charakteryzuje się zmienną częstotliwością występowania. Jak pisałam we wstępie, ogólnoświatowa statystyka określa szanse na 1:250 000, w Polsce na 1:120 000, podczas gdy na Pomorzu już tylko 1:20 000 [*Niedobór dehydrogenazy...*]. W krajach położonych nad basenem Morza Bałtyckiego szansa na pojawienie się choroby jest wyższa niż gdziekolwiek indziej na świecie, a epicentrum jej występowania łączyć można zarówno z geograficznym obszarem Pomorza, jak i etniczną grupą Kaszubów.

Pojawianie się danych chorób rzadkich w określonych populacjach daje wgląd w to, jakie praktyki wytwarzają te społeczności w obliczu choroby, jak je opisują, definiują i jak próbują im przeciwdziałać. Pozwala to przyjrzeć się lokalnymi narracjom, ale również ściśle medycznym działaniom, które dotyczą tej właśnie, zdefiniowanej poniekąd poprzez chorobę, grupy.

W przypadku Żydów aszkenazyjskich American Congress of Obstetricians and Gynecologists (amerykańskie stowarzyszenie ginekologów i położników) wystosowało dokument rekomendujący proponowanie genetycznych testów prenatalnych dla rodziców o tym właśnie pochodzeniu [*Preconception and prenatal carrier...*]. Również organizacja Dor Yeshorim oferuje anonimowe badania pozwalające ustalić, czy dana para obarczona jest ryzykiem pojawienia się choroby u dziecka [Kolata 1993]. Ten oraz inne programy znacznie ograniczyły częstotliwość występowania choroby Tay-Sachsa w grupie Żydów aszkenazyjskich [Kolata 1993].

W przypadku LCHADD zaistniała szczególna, raczej medialna niż lokalna, narracja, łącząca chorobę z Kaszubami, nazywając LCHADD „genem kaszubskim" [więcej na ten temat – artykuł Anny Kwaśniewskiej w tym tomie – przyp. A.Ch.-R.]. Niemniej częstsze niż w innych częściach świata występowanie tej choroby w Polsce skłoniło Instytut Matki i Dziecka do wprowadzenia badania pod tym kątem do kompletu testów przesiewowych wykonywanych u wszystkich dzieci w trzeciej dobie życia (o czym pisałam w podrozdziale dotyczącym LCHADD).

Z lokalnością wiąże się również wątek relacji pacjent – system opieki medycznej. Ważne jest zwrócenie uwagi na to, że systemy opieki zdrowotnej różnią się na danych obszarach, nie istnieje równy dostęp do świadczeń medycznych, pełnej diagnostyki czy opieki socjalnej. W tym kontekście warto zauważyć, że w Polsce w 2014 roku dostępne były testy pozwalające wykryć dwieście siedemnaście wadliwych genów, podczas gdy opracowanych jest dwa i pół tysiąca takich badań [Ayme 2016].

Większość krajów Europejskich wprowadziło również Narodowe Plany dla Chorób Rzadkich – rodzaj całościowego programu działania w opiece nad pacjentem z chorobą rzadką. W Unii Europejskiej jedynie Polska, Dania i Luksemburg nie stworzyły tego rodzaju programów (choć w Polsce trwają nad nim prace). W Finlandii, gdzie prowadzone są równoległe do polskich badania, istnieje Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich [*The Finnish National Programme for Rare Diseases*], obejmujący także pacjentów z LCHADD.

W tej przestrzeni powstają pewne specyficzne dla danego obszaru czy grupy mechanizmy i wzorce postępowań – o szczególnej, lokalnej charakterystyce. W Polsce tworzenie Narodowego Planu stało się jednym z ważniejszych wyzwań obecnego Ministerstwa Zdrowia. 29 lutego 2016 roku zarządzeniem ministra został powołany Zespół do spraw chorób rzadkich, który zgodnie z zapowiedziami ma być gotowy w 2017 roku [por. ZMZ].

Pokrewieństwo

Kolejnym tematem podejmowanym przez etnologów już u zarania dziedziny było pokrewieństwo. Jak zauważają Katie Featherstone, Aditya Bharadwaj,

Angus Clarke i Paul Atkinson, rodzina nie ma jednoznacznej definicji. Rodzina i relacje pokrewieństwa nie są danymi z góry bytami, ale tworzą się w wyniku wzajemnych zobowiązań, opieki nad dziećmi czy regularnych spotkań [Featherstone, Atkinson i in. 2005: 25]. Relacje rodzinne konstruowane są również w oparciu o inne czynniki – takie jak świadomość swego rodzaju genetycznej ciągłości. Wiedza o pewnych czynnikach ryzyka występujących w historii rodziny czasem zmusza do przyjrzenia się swojemu drzewu genealogicznemu właśnie z perspektywy powiązań genetycznych, a nie wzajemnych społecznych powinności [Featherstone, Atkinson i in. 2005: 26]. Wiedza o historii rodziny ważna jest jako narzędzie medycznej diagnostyki, na co zwracają uwagę autorzy tekstu *Accomplishing Kinship*, przytaczając historie osób, które wiedząc o występujących w rodzinie chorobach, postanowiły poddać się badaniom genetycznym (mogącym ujawnić nosicielstwo wadliwego genu) [Featherstone, Atkinson i in. 2005: 28–35].

Podkreśla to również Kaja Finkler, pisząc o pacjentach bez diagnozy [Finkler 2000: 57]. Bohaterami jej książki są osoby, które, chociaż na razie zdrowe, znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na różne formy nowotworów ze względu na występowanie choroby w rodzinie.

W trakcie rozmów z rodzicami, których dzieci chorują na LCHADD, wątek historii rodzinnej również się pojawiał. Ze względu jednak na rzadkość występowania choroby nie mieli oni poczucia znajdowania się w grupie ryzyka, nawet poznawszy rodzinną historię. Często mówili o zaskoczeniu, jakie wiązało się z diagnozą – nigdy wcześniej w rodzinie nie było takich przypadków. Czasami rodzinie udawało się odkryć przypadki niewyjaśnionej śmierci niemowląt, na przykład w pokoleniu pradziadków chorego dziecka [wyw. 1][7], jednak z perspektywy czasu niemożliwe jest zweryfikowanie, czy faktycznie przyczyną śmierci był LCHADD.

Reprodukcja

Z wątkiem historii rodzinnych i tworzenia genealogii w oparciu o gen wiąże się również temat decyzji reprodukcyjnych i nowych technik wspomagania rozwodu (na przykład zapłodnienie *in vitro*). Antropologiczna analiza tych tematów obecna jest nie tylko w światowej, ale również polskiej literaturze.

Dostęp do badań prenatalnych i wynikające z niego konsekwencje poruszany był między innymi przez Raynę Rapp [Rapp 2000], która w swojej pracy

7 Rodzice około trzyletniego chłopca z LCHADD.

podjęła się przeanalizowania społecznych wymiarów amniopunkcji[8] – inwazyjnego badania pozwalającego z dużą dokładnością wykryć niektóre wady wrodzone. Rapp podkreśla rangę, jaką ma to badanie dla ciężarnych kobiet i ich rodzin – od poddania w wątpliwość samej idei badania, aż po podjęcie konkretnych działań związanych z postawieniem diagnozy. Także Magdalena Radkowska-Walkowicz w swoich opracowaniach podjęła się zarówno przeanalizowania kwestii badań prenatalnych [Radkowska-Walkowicz 2014], jak i technologii zapłodnienia *in vitro* [Radkowska-Walkowicz 2013] w polskim kontekście.

Jak wspomniałam powyżej, wiele z chorób rzadkich o podłożu genetycznym jest dziedziczna. Pojawienie się w rodzinie choroby zmusza do rozważenia kwestii dalszych decyzji reprodukcyjnych. Świadomość tego, że członkowie rodziny mogą być nosicielami wadliwej kopii genu, uwrażliwia na kwestię potencjalnego pojawienia się choroby u przyszłych dzieci. Dzisiejsze technologie pozwalają nie tylko na wykrycie choroby dzięki różnego rodzaju badaniom prenatalnym, ale także na uniknięcie pojawienia się choroby u dziecka – na przykład dzięki zapłodnieniu komórki jajowej pobranej od dawczyni niebędącej nosicielką wadliwej kopii genu (lub odwrotnie – zapłodnieniu komórki jajowej plemnikami nieobciążonego genetycznie dawcy).

W przypadku LCHADD – choroby dziedziczonej autosomalnie recesywnie – szansa na urodzenie się chorego dziecka danej parze rodziców będących nosicielami wadliwej kopii genu wynosi każdorazowo dwadzieścia pięć procent. Jednocześnie istnieje pięćdziesiąt procent szansy na to, że dziecko – chociaż zdrowe – będzie tak jak rodzice nosicielem. Poznani przeze mnie rodzice podejmowali w związku z tym różne działania – od rozważania kontrolowanego zapłodnienia *in vitro*, pozwalającego uniknąć pojawienia się choroby u dziecka [wyw. 1], poprzez rezygnację z posiadania kolejnych dzieci [wyw. 2[9]], aż po powołanie na świat kolejnych dzieci, wychodząc z założenia, że jeżeli będą one chore, jest to dla nich sytuacja znana i możliwa do oswojenia [wyw. 3[10], wyw. 4[11]].

8 Do najpowszechniejszych badań wykonywanych w ciąży należą te nieinwazyjne – test PAPP-A (wykonywany z krwi matki) i badanie USG. Choć są mniej dokładne, nie wiążą się z takim ryzykiem jak amniopunkcja, polegająca na pobraniu płynu owodniowego [Radkowska-Walkowicz 2014].

9 Rodzice około dziewięcioletniej dziewczynki z LCHADD.

10 Rodzice dzieci w wieku około siedemnastu i ośmiu lat (oboje z LCHADD).

11 Rodzice dzieci w wieku około dwóch i ośmiu lat (oboje z LCHADD).

Relacja pacjent – biomedycyna

Jak wiele innych stosunków w życiu społecznym, również ten pacjenta do systemu opieki medycznej może być zbudowany na relacji władzy. Harald Grimen uważa, że biomedycyna oparta jest na asymetrii, wynikającej zarówno z władzy, jak i zarządzania ryzykiem [Grimen 2009: 21]. Po jednej stronie znajdują się ludzie potrzebujący pomocy, a nieposiadający specjalistycznej wiedzy, po drugiej – profesjonaliści, z reguły potrafiący zapewnić chorej osobie pomoc. Zwraca on przy tym uwagę na coraz większy dostęp nie-profesjonalistów do wiedzy z zakresu medycyny.

Do podobnych wniosków doszedł Anthony Giddens – stwierdza on bowiem, że wiedza ekspercka osiągalna jest współcześnie dla wszystkich, którzy dysponują czasem i odpowiednimi środkami, by ją posiąść [Giddens 2001]. Zgodzę się jednak z myślą Grimena, który kontynuuje swój wywód, zauważając, że przedstawiciele biomedycyny stracili władzę nad wiedzą medyczną na rzecz chcących ją posiąść pacjentów [Grimen 2009: 30]. Nie oznacza to jednak, że możliwy jest równoważny dialog pomiędzy pacjentem a lekarzem.

Podobne napięcia widoczne są w przypadku chorób rzadkich. Ponieważ wiele z nich jest wciąż słabo poznana – tak pod względem objawów, jak i możliwości leczenia – lekarze często polegać muszą na obserwacjach pacjentów czy ich rodzin. Nie zawsze przekłada się to jednak na samą relację władzy pomiędzy chorym a przedstawicielami opieki zdrowotnej.

W przeprowadzonych przeze mnie dotychczas rozmowach był to bardzo wyraźny wątek. W jednej z poznanych przez mnie rodzin rodzic dziecka z LCHADD [wyw. 5[12]] zdecydował się, posiłkując się znalezionymi w Internecie informacjami, zastosować w diecie olej kokosowy. Zauważywszy dobre efekty, podzielił się obserwacjami z dietetyczką, która nie tylko się nimi nie zainteresowała, ale również zdecydowanie odradzała mu tego rodzaju działanie.

Dużym problemem w poznanych przeze mnie rodzinach jest też niewiedza personelu medycznego dotycząca postępowania w przypadku dekompensacji (pogorszenia się stanu) dziecka z LCHADD. Choć rodzice wiedzą, że dziecko powinno niezwłocznie dostać kroplówkę z glukozy, co potwierdzone jest specjalnym wypisem z Centrum Zdrowia Dziecka lub Instytutu Matki i Dziecka, wiele lokalnych szpitali odmawia przyjęcia pacjenta. Widać zatem, że choć wzrasta świadomość medyczna rodziców, to póki co niemożliwe jest nawiązanie równej relacji z przedstawicielami systemowej opieki medycznej.

12 Rodzice około sześcioletniego chłopca z LCHADD.

Rola Internetu

Rola Internetu we współczesnym świecie jest nie do przecenienia. Nie inaczej dzieje się w przypadku chorób rzadkich. To narzędzie pozwalające nie tylko na porozumiewanie się osób podzielających podobne trudności, choć żyjących na dwóch krańcach świata, ale również kopalnia wiedzy, co podkreśla między innymi Sylvie Fainzang, mówiąc o wpływie Internetu na proces samoleczenia [Fainzang 2014].

W moim odczuciu porozumiewanie się poprzez różnego rodzaju grupy i fora jest dla osób związanych z chorobami rzadkimi szczególnie ważne. Ze względu na ich specyfikę utrudniony jest kontakt z innymi chorymi – zdarza się, że na dane schorzenie na całym świecie choruje zaledwie kilka osób, co właściwie uniemożliwia osobisty kontakt i wymianę doświadczeń. Facebook pozwala na tworzenie grup skupionych wokół jednej przypadłości – polscy pacjenci chorujący na LCHADD, a także ich rodziny założyli grupę *LCHAD Poland*, gdzie, między innymi, dzielą się przepisami na potrawy zgodne z dietą.

Bardzo ważnym portalem, i dla pacjentów, i organizacji oraz lekarzy, jest Orpha.net, zawierający bazę informacji na temat chorób rzadkich. Łączy on zarówno potrzeby specjalistów – podając listę objawów, dostępne leki, informację o genetycznym źródle choroby (jeżeli takie jest), jak i chorych – oferując dane dotyczące organizacji zrzeszających pacjentów.

Podejmując się antropologicznej analizy kontekstów związanych z chorobami rzadkimi, nie sposób pominąć ten wątek. Zrzeszanie się chorych w Internecie pokazuje ogromną potrzebę nawiązania kontaktu z innymi osobami przeżywającymi podobne trudności – Internet daje taką możliwość, wcześniej niedostępną. Ponadto, co wspomniałam powyżej, dostęp do różnego rodzaju informacji (poprzez portal Orpha.net lub inne źródła) zmieniać może dynamikę relacji pacjent – biomedycyna.

Niewielkie liczebnie – szerokie tematycznie

Jak starałam się pokazać, choroby rzadkie wpisują się w wiele nurtów badawczych współczesnej antropologii. Są jednak dwie cechy charakteryzujące choroby rzadkie, które sprawiają, że to właśnie antropologia dysponuje tak właściwymi, z punktu widzenia nauk społecznych, narzędziami.

Po pierwsze – dotykają one bardzo małych grup ludzi, co powoduje, że niekoniecznie sprawdzić się musi badanie ich za pomocą metod ilościowych. W przypadku niektórych z nich, możliwe jest nawiązanie kontaktu i przeprowadzenie długich, ustrukturyzowanych wywiadów z każdym chorym na danym obszarze (jeżeli, przykładowo, dana choroba dotknęła w Polsce kilkadziesiąt osób, jak ma to miejsce w przypadku LCHADD).

Po drugie – każda z tych chorób objawia się w szczególny sposób, który diametralnie zmieniać może relacje chorego z otoczeniem. Jako przykład niech

posłużą mukopolisacharydozy – choroby spichrzeniowe, mogące powodować niskorosłość i charakterystyczne rysy twarzy [por. *MPS diseases*]. Obydwie te cechy wpływać mogą zarówno na reakcje społeczeństwa na te osoby, jak i na sposób poruszania się chorych w przestrzeni – przystosowanej dla ludzi wyższych.

Analogicznie wpływa LCHADD, w przypadku którego chory musi stosować restrykcyjną dietę do końca życia. Fakt, że nie może jeść wielu podstawowych składników, ponieważ zawierają one tłuszcze, sprawia, że pewnemu przeformułowaniu ulec muszą sytuacje, które w polskiej kulturze silnie związane są z jedzeniem – takie jak obchodzenie świąt czy rodzinnych uroczystości.

Doświadczenia osób chorych na choroby rzadkie (i osób z nimi związanych), a także różne konteksty je otaczające, potraktować można jako pewnego rodzaju teren badawczy – z reguły niewielki liczebnie, ale za to bogaty w sensy.

Podsumowanie

W powyższym tekście starałam się zarysować obszary dotyczące doświadczenia chorych na choroby rzadkie, które warte są, moim zdaniem, antropologicznej analizy. Mam nadzieję, że udało mi się pokazać, iż antropologia dysponuje odpowiednimi narzędziami, by podjąć się takich badań. Szczególne cechy charakterystyczne chorób rzadkich sprawiają, że stają się one bardzo wartościowym dla badacza społecznego terenem. Rozwój nauki pozwolił na ich głębsze zrozumienie, a przede wszystkim diagnozowanie ich źródeł. Jednak ze względu na tą „nowość" śledzić można, jakie społeczne mechanizmy zaczynają w związku z nimi powstawać. Ich genetyczne podłoże sprawia, że bywają skorelowane z danymi populacjami, co pozwala na zbadanie także tych bardziej lokalnych praktyk związanych z chorobami rzadkimi. To również genetyka zmuszać może do przedefiniowania rodzinnej historii lub przyjrzenia się jej z nieco innej perspektywy. Przeformułowaniu mogą ulec także decyzje dotyczące prokreacji – dziedziczność pewnych chorób powoduje, że rodzina podjąć musi pewne świadome działania, których badanie nie jest antropologii obce.

Jednocześnie bycie osobą chorą na nieuleczalną – bo genetyczną – chorobę związuje pacjenta z systemem opieki zdrowotnej na prawdopodobnie całe jego życie. W tej relacji pojawiać się mogą asymetryczne oddziaływania wiedzy i władzy – temat również podejmowany już a antropologii. W doświadczenie choroby wpisuje się także bardzo duża rola Internetu, który stał się platformą do nawiązywania globalnych, ponadnarodowych kontaktów.

Uważam, że antropologia dysponuje właściwymi metodami, które pozwalają w sposób dogłębny przyjrzeć się zaproponowanym przeze mnie w powyższym tekście zagadnieniom, choć jestem przekonana, że obszarów takich znalazłoby się o wiele więcej.

Streszczenie

Choroby rzadkie definiowane są przez Unię Europejską jako schorzenia dotykające mniej niż pięć na dziesięć tysięcy osób. I choć szacuje się, że chorych może być nawet około sześciu–ośmiu procent populacji, choroby te nie stały się do tej pory tematem głębszej antropologicznej analizy. Celem artykułu jest pokazanie, że właściwa dla jakościowych badań społecznych metodologia sprawdzać się może w badaniu tego rodzaju obszarów. Odwołując się do specyficznych cech tych chorób, własnych badań nad LCHADD (rzadką chorobą metaboliczną) i już istniejących opracowań, starałam się pokazać przestrzenie, w których analizować można społeczne i kulturowe wymiary chorób rzadkich – takie jak etniczność, pokrewieństwo i relacje władzy.

Słowa kluczowe: choroby rzadkie, LCHADD, antropologia medyczna

Rare diseases – the anthropological perspective

Rare diseases are defined by the European Union acts as conditions that effect fewer than five in ten thousand people. Although they may affect six–eight percent of the population, to this day rare diseases were not the subject of in-depth anthropological analyses. The aim of this article is to show that anthropological methodology can be useful in this kind of research. By referencing rare diseases characteristic, my own research considering LCHAD deficiency (rare metabolic disorder) and existing anthropological and sociological studies I have tried to show cultural and social aspects of those diseases – such as ethnicity, kinship and power-knowledge relations.

Key words: rare diseases, LCHAD deficiency, medical anthropology

Bibliografia

Ayme Segolene
2016: *Aktualna sytuacja badań naukowych i opieki zdrowotnej w chorobach rzadkich w Europie*. XIV Międzynarodowa Konferencja Chorób Rzadkich. Białobrzegi, 1–3 lipca.

Dilger Hansjörg, Leissner Linn i in.
2013: *Illness Perception and Clinical Treatment Experiences in Patients with M. Maroteaux-Lamy, Mucopolysaccharidosis Type VI, and a Turkish Migration Background in Germany.* „PLOS ONE", nr 8 (6).

Dooms Marc
2015: *Rare diseases and orphan drugs: 500 years ago.* „Orphanet Journal of Rare Diseases", nr 10, s. 161.

Fainzang Sylvie
2013: *The other side of medicalization. Self-medicalizationand self-medication*. „Culture, Medicine and Psychiatry", nr 2 (37).

Featherstone Katie, Atkinson Paul i in.
2005: *Accomplishing Kinship.* [W:] *Risky Relations. Family, Kinship and the New Genetics*. Oxford: Berg Publishers.

Finkler Kaja
2000: *People with Genetic History I. Patients Without Symptoms. Experiencing the New Genetics. Family and Kinship on the Medical Frontier.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Giżewska Maria
2016: *Fascynująca historia fenyloketonurii – w 100-lecie urodzin Roberta Guthriego.* Konferencja PKU i RD „Akademia Metaboliczna 2016". Sękocin Stary, 11–13 listopada.

Grimen Harald
2009: *Power, trust, and risk. Some reflections on an absent issue.* „Medical Anthropology Quarterly", nr 23 (1).

Kolata Gina
1993: *Nightmare or the Dream Of a New Era in Genetics?* „The New York Times", 7 grudnia; http://www.nytimes.com/1993/12/07/health/nightmare-or-the-dream-of-a-new-era-in-genetics.html?pagewanted=2

Lasker Judith, Sogolow Ellen i in.
2005: *The Role of an Online Community for People With a Rare Disease: Content Analysis of Messages Posted on a Primary Biliary Cirrhosis Mailinglist.* „Journal of Medical Internet Research", nr 7 (1).

Radkowska-Walkowicz Magdalena
2013: *Doświadczenie in vitro.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Radkowska-Walkowicz Magadalena
2014: *Potyczki z technologią. Badania prenatalne w ujęciu antropologicznym.* [W:] red. nauk. Radkowska-Walkowicz M., Wierciński H. *Etnografie biomedycyny.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Rapp Rayna
2000: *Testing Women, Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America*. Abingdon: Routledge.

Rodwell Charlotte, Aymé Segolene
2014: *Report on the State of the Art of Rare Disease Activities in Europe – Poland*; http://www.eucerd.eu/upload/file/Reports/2014ReportStateofArtRDActivitiesPL.pdf [04.02.2017].

Sykut-Cegielska Jolanta
2016: *Mitochondrialne zaburzenia utleniania kwasów tłuszczowych. Badania biochemiczne i molekularne u polskich pacjentów.* Warszawa: Biuro Gamma.

Sykut-Cegielska Jolanta, Gradowska Wanda i in
2011: *Urgent metabolic service improves survival in long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase, LCHAD, deficiency detected by symptomatic identification and pilot newborn screening.* „Inherit Metabolic Diseases Journal" nr 34.

Triggs-Raine Barbara, Feigenbaum Annette i in.
1990: *Screening for Carriers of Tay-Sachs Disease among Ashkenazi Jews – A Comparison of DNA-Based and Enzyme-Based Tests.* „The New England Journal of Medicine" nr 323, s. 6–12.

Tyni Tiina, Pihko Helena
1999: *Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency.* „Acta Paediatrica" nr 88.

Weatherall David, Clegg J.B.
2001: *Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem.* „Bulletin of the World Health Organization", nr 79, s. 704–712.

ZMZ

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lutego 2016 roku w sprawie powołania Zespołu do spraw chorób rzadkich. Dz. Urz. Min. Zdr. 2016.30.

Źródła internetowe (w kolejności występowania w tekście)

Rare diseases – what are they?
http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/policy/index_en.htm [04.02.2017].

What is a rare disease?
http://www.eurordis.org/sites/default/files/publications/Fact_Sheet_RD.pdf [04.02.2017].

Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency 1
https://ghr.nlm.nih.gov/condition/long-chain-3-hydroxyacyl-coa-dehydrogenase-deficiency#inheritance [04.02.2017].

Niedobór dehydrogenazy 3-hydroksyacylo-CoA długołańcuchowych kwasów tłuszczowych
https://www.orpha.net/data/patho/PL/NiedoborDehydrogenazy3-hydroksyacylo- [04.02.2017].

Descriptions of disorders: LCHAD
http://www.fodsupport.org/lchad.htm [04.02.2017].

Reye's syndrome. Definition
http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/reyes-syndrome/basics/definition/con-20020083) [04.02.2017].

Choroby i wady wykrywane w badaniach przesiewowych
http://przesiew.imid.med.pl/choroby.html [04.02.2017].

Phenylketonuria
http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=716 [04.02.2017].

Long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase deficiency 2
http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=GB&Expert=5) [04.02.2017].

What Is Sickle Cell Disease?
https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/sca [04.02.2017].

Tay-Sachs disease
http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Expert=845 [04.02.2017].

Preconception and prenatal carrier screening for genetic diseases in individuals of Eastern European Jewish descent
http://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Genetics/co442.pdf?dmc=1&ts=20150403T1545034035 [dostęp: 04.02.2017]

Niedobór dehydrogenazy 3-hydroksyacylo-CoA długołańcuchowych kwasów tłuszczowych;
https://www.orpha.net/data/patho/PL/NiedoborDehydrogenazy3-hydroksyacylo-CoAlugolancuchowychKwasowluszczowych-PlplAbs3555.pdf [04.02.2017].

[Nie ma dokumentu]
http://www.haaretz.com/hasen/spages/1109222.html [04.02.2017].

The Finnish National Programme for Rare Diseases 2014-2017. Report of the Steering Group
http://www.europlanproject.eu/DocumentationAttachment/The%20finnish%20national%20programme%20for%20rare%20diseases_%20eng%20(en)%20%20[unofficial%20version%20by%20EUROPLAN].pdf [04.02.2017].

Orpha.net
http://www.orpha.net/ [04.02.2017].

MPS diseases
http://www.mpssociety.org.uk/diseases/mps-diseases/ [04.02.2017].

Matylda Borczyńska
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Codzienność z dodatkowym chromosomem. Zespół Downa a funkcjonowanie rodziny. Szkic do antropologii medycyny

Kilka lat temu byłam opiekunem osoby niepełnosprawnej intelektualnie na letnim obozie. Myślałam o tym, jak wygląda życie rodziny z doświadczeniem choroby tego rodzaju. Moje wyobrażenie opierało się głównie na opiniach innych, którzy byli przekonani, że bardzo ciężko mieć na co dzień do czynienia z najbliższym człowiekiem, tak odmiennym od siebie samego. Tak naprawdę jednak nigdy nie miałam okazji, żeby sprawdzić, jak jest w rzeczywistości, jedynie przeczuwałam, że taka opinia może być pochopna i niesprawiedliwa.

Postanowiłam przeprowadzić badania i pójść śladem konkretnych losów. Chciałam zaobserwować i usłyszeć, jak wygląda całkowicie mi nieznana codzienność, kiedy pojawia się w niej chore dziecko.

W trakcie badań przeprowadziłam trzynaście rozmów z rodzicami dzieci chorych na zespół Downa. Nie były to łatwe spotkania, zarówno dla mnie, jak i zapewne dla moich rozmówców. Choroba będąca często źródłem wykluczenia społecznego nie jest tematem chętnie poruszanym, zwłaszcza w kontaktach z obcymi osobami. Muszę zaznaczyć, że wcześniej nie miałam prawie żadnego kontaktu z osobami z zespołem Downa i ich rodzinami. Dopiero znajoma ze studiów wprowadzała mnie w nieznany obszar ludzi z doświadczeniem tej choroby i to właśnie dzięki niej zdobyłam większość kontaktów do osób chcących zaprosić mnie do domu i porozmawiać.

Prawie wszystkie wywiady były przeprowadzone w przestrzeni prywatnej, w której byłam gościem. Tym bardziej uważałam, aby pytaniami w żaden sposób nie urazić współrozmówców. Do tej pory nie wiem, czy to mi się udało, ponieważ poruszałam sprawy niejednokrotnie bardzo trudne, wywołujące u osób na początku bardzo mi przychylnych silne emocje. Wzruszenie, zakłopotanie, a także rozdrażnienie i zniechęcenie oraz, jak mi się wydaje, pewnego rodzaju wdzięczność za wysłuchanie towarzyszyły w różnym stopniu każdej mojej wizycie. Szczególnie zdarzające się rozdrażnienie wymagało cierpliwości. Jednak podczas spotkań najbardziej niezbędne było wyczucie, kiedy zamilknąć, kiedy

słuchać, nawet jeżeli rozmówca odbiegał od tematu, a także kiedy spoglądać na dziecko, by nie zostało to odebrane przez rodziców jako zbyt nachalne.

Ludzie chętnie zgadzali się na spotkanie i rozmowę, choć zauważyłam, że mimo potrzeby spotkania często byli zamknięci na dzielenie się ze mną tym, co dla nich trudne. Spowodowało to, że byłam dopuszczona jedynie do progu codzienności z doświadczeniem choroby i często musiałam się zadowolić poruszaniem po powierzchni interesujących mnie zagadnień. Nagle pojawiała się bariera nie do przejścia. Często też wstyd i związane z nim zamknięcie. Dystans wpisany był w moje badania terenowe, sprawiał, że każde ze spotkań było jednorazowe.

Podczas badań posługiwałam się pytaniami opartymi o zbudowany wcześniej kwestionariusz zawierający ich grupy. Pytania dotyczyły informacji o moim rozmówcy, między innymi udziału w kulturze czy zainteresowania medycyną. Wprowadzeniem do dalszej rozmowy były pytania o macierzyństwo lub ojcostwo i obawy z nim związane. Kolejna kategoria pytań dotyczyła związana już była z samą codziennością – interesowały mnie trudności i radości, rytm dnia, tygodnia i roku oraz sposoby leczenia.

Rozmówcy byli dość zróżnicowani, jednak większość z nich stanowiły kobiety, ponieważ to one głównie zajmują się organizowaniem codzienności swoich bliskich. Rozmawiałam także z dwoma ojcami, zaangażowanymi w chorobę dzieci. Prawie wszyscy to mieszkańcy Łodzi albo osoby pochodzące z Łodzi, ale mieszkające obecnie poza miastem. Jedna rozmówczyni mieszka i pochodzi z Łęczycy, a jeden z rozmówców mieszka w Warszawie – i właśnie w tych miastach spotkałam się z nim i ich rodzinami.

Źródłem do badań są przeprowadzone przeze mnie rozmowy i zdjęcia rozmówców, którzy zgodzili się na ich umieszczenie w niniejszej pracy. Część z nich w ogóle nie wspominała o zdjęciach ani ich nie pokazywała, inni byli skłonni pokazać fotografie dzieci, ale wyczuwałam, że są przeznaczone tylko dla mojego spojrzenia i nawet nie pytałam, czy mogą znaleźć się w artykule. Byli też tacy, którzy obiecali przesłać zdjęcia, jednak tego nie uczynili. Myślę, że nie wszystkim łatwo dzielić się wizerunkiem chorego dziecka. Nie prosiłam więc ponownie. Większość jednakże chętnie prezentowała zdjęcia z domowego archiwum, obdarzając mnie zaufaniem i specjalnie wybierając na potrzeby tej pracy takie, które coś mówią o codziennym życiu rodziny. Ja sama natomiast tylko w czasie jednego ze spotkań odważyłam się wyjąć aparat, ponieważ jedynie wtedy czułam się na tyle swobodnie. Moja rozmówczyni była wtedy bardzo otwarta i szczera. Myślę, że podczas pozostałych spotkań użycie aparatu fotograficznego byłoby nie na miejscu.

Moje rozmowy stanowiły „małe opowieści", które traktuję jak życiowe scenariusze. Ponieważ każdy z życiorysów był dla mnie ważny, a spotkanie z konkretnym człowiekiem bardzo dotykało mnie osobiście, zdecydowałam się na

mniej typową konstrukcję artykułu. Spotkania przedstawiam w postaci portretów, nadając w ten sposób twarz zwykłemu człowiekowi, którego de Certeau nazywa „nikim", i „każdym" jednocześnie [de Certeau 2008: 5].

Rozdziałowi empirycznemu towarzyszy pisany przeze mnie dziennik terenowy, będący integralną częścią pracy. Pisałam go innym kolorem, zaraz po zakończeniu danego spotkania, ale w czasie teraźniejszym. Te dwie formy – badania w postaci poszczególnych imiennych portretów i dziennik jako moje osobiste wyznanie – przeplatają się i dopełniają wzajemnie, co pozwala, mam nadzieję, na lepsze wczucie się czytelnika w sytuację badawczą. Łącząc się, tworzą indywidualny portret każdego z moich rozmówców. Forma osobistych wyznań etnologa wpisuje się bowiem w nurt autoantropologii, w której badacz nie jest tylko profesjonalistą, ale staje się uczestnikiem zdarzenia. Zdaję sobie sprawę, że w takiej sytuacji w równym stopniu badania dotyczą osoby antropologa, jak i osób, z którymi się on spotyka.

W przedmowie do książki Marcina Kafara *W świecie wygnańców, wdów i sierot* Andrzej Wejland tak pisze o antropologii zaangażowanej: „Inaczej się tu w terenie bada innych, o ile w ogóle «innych» się bada i o ile «innych» właśnie, a nie – wcale nie przy okazji i nie na drugim planie – siebie samego jako «innego»" [Kafar 2013: 9].

Autoetnografia ma zastosowanie tam, gdzie racjonalizująca nauka rozmija się z ludzkim doświadczeniem. Pisząc dziennik, jak najbardziej utożsamiam się z byciem „innym" pośród „innych", zarazem stając się jednym z bohaterów zdarzeń. Dziennik powstał z materiału, który nie wymaga szczególnego opracowania, ale uznałam, że istnieje potrzeba podzielenia się nim. Często inaczej nie da się przekazać swoich doświadczeń niż poprzez prosty opis, zdający relację z wydarzeń dziejących się wokół. Jednocześnie pisząc, sama nadaję znaczenie temu, co przeżywam. Forma terenowego świadectwa daje możliwość wypowiedzenia tego, co rodzi się w badaczu przebywającym w nieznanym miejscu. Dziennik w autoetnografii jest rodzajem superwizji i spełnia funkcję terapeutyczną, co nie jest bez znaczenia w badaniach, które w tak znaczny sposób dotykają świata ludzkich, osobistych przeżyć, w tym przypadku związanych z chorobą dziecka.

Dzieląc się z czytelnikiem osobistym doświadczeniem, jestem gotowa włączyć się w dyskurs metodologiczny, charakterystyczny dla współczesnej antropologii. W ten sposób w tym samym stopniu odnoszę się do swojej antropologicznej wspólnoty, co do siebie samej. Niełatwe badania zmieniają mnie jako antropologa i jednocześnie mnie jako osobę. Mówi się, że człowiek zdrowy nie zrozumie chorego; tak samo i ja jedynie mogę próbować zrozumieć moich rozmówców. Analogicznie rzecz biorąc, trudno byłoby mi się dzielić doświadczeniami tych spotkań z kimkolwiek innym niż ci, którzy także czują się antropologami.

Prowadząc tego rodzaju badania, nie tylko się dokumentuje, ale trzeba zdać sobie sprawę z odpowiedzialności, ściśle łączącej się z wrażliwością etyczną. Z „innymi" trzeba być, a nie tylko być pośród nich, przekonuje Marcin Kafar [Kafar 2012: 15]. To często niełatwe i nie zawsze się udawało podczas prowadzenia badań. Trudno bowiem być z kimś, kto nie ma ochoty być z nami. Kafar nawiązuje do Artura Franka i „zranionego narratora", którego obowiązuje „etyka rozszerzonej odpowiedzialności". Podzielam takie odczucia, kiedy jest więcej niepewności niż pewności własnego postępowania w terenie.

Mogę mieć nadzieję, że choć trochę świat „innych" otworzy się przed czytelnikami, tak jak otworzył się przede mną.

Kiedy do głosu dochodzi wrażliwość i empatia, istotnym problemem jest dbałość o aspekt etyczny podczas działań, jak i myślenia w terenie [Kaniowska 2010: 7]. Wrażliwość umożliwia przełożenie wyborów moralnych ponad możliwości poznania opisywanej i interpretowanej rzeczywistości. Wrażliwość jest nieodłącznie związana z wyczuciem, niezbędnym, kiedy rozmówca otwiera się, dzieląc się z nami niekiedy ciemną stroną swojego życia. Empatię trudno zdefiniować, ale uważam, że jest częścią uczucia sympatii do rozmówców, którzy stają się naszymi przewodnikami po nieznanym jeszcze obszarze, gdzie zaczynamy się poruszać.

Mówiąc o problemach etycznych podczas badań, uważam, że konieczne jest powołanie się na sposób, w jaki pisał o relacji Ty – Ja Martin Buber. Ja staję się osobą tylko w relacji, która jest wzajemnością [Buber 1992: 31]. Relacja to także wybór, a zarazem bycie wybranym. Dzięki niej mogę lepiej określić siebie samego. Spotkanie Ja z Innym jest znaczące także dla Emanuela Levinasa. Według tego filozofa wolność mojego Ja ograniczone jest przez Innego, będącego wartością absolutną. Powinien być przeze mnie przyjęty i wysłuchany [Żardecka-Nowak 2003: 236]. Twarz Drugiego burzy mój bezpieczny świat, niepokoi i wzywa. Bardzo interesujące jest odkrycie przez Levinasa, że twarz nigdy do końca nie może zostać scharakteryzowana i przedstawiona. Nie mogę jej poznać ani zrozumieć, pozostaje tajemnicą, dlatego podejmuję próbę portretu moich współrozmówców, który pozostaje tylko szkicem.

Podejmuję ryzyko odpowiedzialności etycznej, jak odpowiem na spotkanie z czyimś obliczem. Twarz współrozmówcy wzywa mnie do zwrócenia się ku niemu, ale nigdy nie będzie podlegać czyjejkolwiek władzy. Przyjęcie postawy bycia ponad metodami poznania nadaje szczególny wymiar antropologicznemu badaniu [Levinas 1989: 137].

Chcę dodać, że podczas prowadzenia badań spotykałam się nie tylko z jednym rozmówcą jednocześnie. Często bywało tak, że osobie, z którą rozmawiałam, towarzyszyło jej dziecko z zespołem Downa, będące zarazem tematem naszej rozmowy. Stawało się podmiotem, kiedy zaczynało brać udział w rozmowie, nawet tylko przez samą obecność i działania.

W takiej sytuacji musiałam zmierzyć się z jego obecnością, spojrzeniem. Z nim, twarzą w twarz, jak by to określił Levinas, dla którego termin „twarz" ma szczególne znaczenie. Ktoś posiadający twarz wzywa mnie. Takie spotkanie jest wydarzeniem pierwotnym i niewyczerpywalnym. Sama zwrócona do nas twarz jest tajemnicą, jak otwarta dłoń dziecka, wymagającą odpowiedzi i budzącą odpowiedzialność [Levinas 2002: 75]. Takie spotkanie jest doświadczeniem; niełatwo mu sprostać i pozostawia na długo ślad w psychice badacza, obojętnie, czy napotkana twarz należy do dziecka czy do dorosłego już człowieka. Można powiedzieć za Levinasem, że Inny jest w trakcie spotkania moim mistrzem, do którego się zwracam, ale zarazem cierpiącym, za którego jest się odpowiedzialnym [Levinas 2002: wstęp]. Inny pisany wielką literą oznacza, że nie uczestniczy w moim świecie, nie daje się przeniknąć, zawsze będzie dla mnie tajemnicą. Innym jest drugi człowiek, ale również w zetknięciu z nim i doświadczeniu epifanii jego twarzy można go odczytać jako zjawisko metafizyczne. Podczas rozmowy Inny człowiek nieuchronnie staje naprzeciwko mnie i jest to sytuacja różna od bycia „obok" [Levinas 2002: 82].

Pisząc, że w rozmowie uczestniczą rozmówca-rodzic i dziecko-podmiot rozmowy, mam wrażenie, że jest jeszcze coś. Nawet jeżeli dziecka nie ma, to jest zespół Downa, stale obecny między nami podczas spotkania. Przedstawię kilka z moich spotkań.

*

Pierwsze spotkanie okazało się dla mnie o tyle łatwiejsze, że było spotkaniem dwóch antropologów. Marysia, starsza koleżanka ze studiów, mająca kilkuletnią córeczkę Maję z zespołem Downa, doskonale rozumiała, dlaczego chciałabym dowiedzieć się jak najwięcej o ich codziennym życiu. Jednak mimo jej przychylności i otwartości, dała o sobie znać pewnego rodzaju trema, gdyż była to moja pierwsza wizyta u rodziny chorego dziecka.

Jako profesjonalny antropolog Marysia mówi, że pojawienie się zespołu można porównać do obrzędów przejścia, czyli separacji, marginalizacji czy włączenia. Po spotkaniu z Marysią mogę stwierdzić, że sytuacja pojawienia się choroby przypomina fazę marginalizacji i zawieszenia. Tylko że choroba nieuleczalna to faza liminalna na stałe, zawieszenie i odmienność dla innych na zawsze. Wizyta u rodziny Marysi nieco oswaja mnie z tematem zespołu Downa, dowiaduję się o fachowych nazwach rehabilitacji, czym jest suplementacja, mała motoryka, pojęcia, których wcześniej nie znałam. Marysia wspaniale rozluźnia atmosferę, mówiąc na przykład, że mała Maja ma więcej cech z taty niż z zespołu Downa. Jednak kiedy wokół widzi matki zdrowych dzieci, to mówi, że czuje się – ujmując to antropologicznym językiem – obca.

Marysia zaprosiła mnie nie tylko do domu, ale także na obchody Światowego Dnia Osób z Zespołem Downa, ustanowionego 21 marca, w nawiązaniu do dwudziestego pierwszego, dodatkowego chromosomu. W połączeniu z przypadającym tego dnia pierwszym dniem wiosny ma być to symbolicznie niezwykle radosny dzień. Idziemy razem na mszę do łódzkiej katedry, specjalnie sprawowaną na tę okazję. Mam tam podobny problem, jak u Marysi w domu: zastanawiam się, czy nie za długo patrzę na jakąś osobę z zespołem Downa. Następuje moment namaszczenia chorych, ludzie z zespołem Downa podchodzą do księdza, sami albo z rodzicami.

Wtedy, podczas mszy w katedrze, miało miejsce pewne zdarzenie, które wydaje mi się istotne, może nawet niezwykle istotne. Odbywa się namaszczenie, jeden chłopak z zespołem Downa, może kilkunasto-, może dwudziestoparoletni, wraca od księdza, przechodzi w jakiejś odległości ode mnie i nagle spogląda w moją stronę, tak jakby mnie znał, dokładnie na mnie. Porozumiewawczo pokazuje kciuk do góry na znak zwycięstwa, że się udało. Czuję jakieś tajemne porozumienie między nami. Trwało to moment, ale było silnym przeżyciem. Trudno to wytłumaczyć, ale może dla mnie miało to być jakieś symboliczne potwierdzenie, że jednak warto podjąć się takiego właśnie tematu.

Rok później, też 21 marca, to ja zaproponowałam Marysi wspólne oglądanie pokazu mody w łódzkiej Akademii Sztuk Pięknych z udziałem modeli z zespołem Downa.

Marysia udostępniła mi zdjęcia córki, również te z profesjonalnej sesji zdjęciowej, na których Maja występowała jako kowbojka i które były publikowane w miesięczniku „Bardziej Kochani", poświęconemu w całości rodzinom z dzieckiem z zespołem Downa. Spotkanie z nią było dla mnie wyjątkowo cenne, ponieważ wprowadziła mnie w świat rodzin osób z dodatkowym chromosomem.

Trema powróciła jednak podczas kolejnej rozmowy. Przeprowadziłam ją z siedemdziesięcioletnią kobietą, mamą czterdziestokilkuletniego Michała z zespołem Downa. Mieszkają w znacznym oddaleniu od miasta, gdzie przeprowadzili się po tym, jak pani Helena przeszła na emeryturę. Na miejsce dowozi mnie jej mąż, który w drodze informuje mnie, że on nie jest ojcem Michała. Ożenił się, gdy chłopak miał już kilkanaście lat. Zastanawiam się, czy miał wtedy jakieś wątpliwości, czy zostać ojczymem chłopaka z zespołem Downa, ale nie o to pytam. Kiedy byliśmy już w domu pani Helena powiedziała, że Michał koniecznie musi się przywitać. Zaraz rzeczywiście przyszedł, ubrany w spodnie dżinsowe, sweterek i koszulę. Wydaje się, że czekał na gościa. Podszedł i pocałował mnie w dłoń. Jednak do salonu, gdzie poszłyśmy, już nie wszedł; jego mama twierdziła, że się wstydzi. Siadamy i już po chwili pani

Helena zaczyna się zwierzać:

> W domu to, mimo że są jakieś kłopoty, to czuję się taka bezpieczna, bo nic się nigdzie nie wydarzy. Gdzie indziej nie czuję się do końca bezpieczna, bo na przykład kiedyś wysiedliśmy z samochodu na jakimś tam parkingu i nie wiadomo, co się stało, że Michał był taki, jak to się mówi, nabuzowany. Wysiadamy z samochodu, obok tam jakiś samochód stoi, Michał dochodzi i wali pięścią w maskę. Bez przyczyny. Szczęście, że tam nie było człowieka, bo by wyskoczył, powiedział: „Co mi robisz?". „Michał, co ty zrobiłeś?", pytam, a on mówi: „Nie wiem". Po prostu nie wiem, kiedy coś może wybuchnąć, jakaś taka reakcja bez przyczyny. W domu to się czuję bezpiecznie, bo wiem, że nawet jak tam coś krzyknie, czy mi powie brzydkie słowo, to wiem, że tak musi być.

Moja rozmówczyni opowiadała, że kiedy pracowała zawodowo, syn przebywał w ośrodku całodobowego pobytu. Zabierała go do domu na weekendy i bardzo tęskniła, ale nie mogła inaczej, mając jednocześnie pod opieką ciężko chorego męża. Kiedy Michał był dzieckiem, stosunek lekarzy do osób z zespołem Downa był obojętny, nie istniały metody rehabilitacyjne, pani Helena mogła jedynie dbać o komfort jego życia. Teraz jest szczęśliwa, mając Michała obok siebie. Słucham, jak Michał czeka na choinkę w święta Bożego Narodzenia. Pani Helena twierdzi, że są one zawsze wyjątkowe przez wzgląd na niego. Ale opowiada też, jak w ośrodku Michał nauczył się palić papierosy i teraz codziennie musi mu je wydzielać, bo inaczej paliłby bez przerwy. Mówi też, jak kąpie syna, co kilka dni goli i jak czeka wieczora, kiedy Michał jest już w łóżku, a ona może pooglądać telewizję. Największą jej obawą jest to, że odejdzie przed synem i on będzie bardzo za nią tęsknił.

Pod koniec spotkania przyszedł Michał i pokazał mi swoje bransoletki. Nie wiedziałam, jak zareagować, więc powiedziałam tylko, że ładne.

Pewne skrępowanie, towarzyszące mi podczas wizyty u pani Heleny i Michała, zupełnie nie ma miejsca podczas kolejnej rozmowy. Tym razem spotkałam się z panią Izą, mamą kilkunastoletniego Maksa, która czekała na mnie w drzwiach swojego mieszkania. Zupełnie nie przejmowała się, że syn w tym czasie przebierał się w jej sukienkę. Maks, jak mówiła potem, żyje w swoim świecie wyobrażeń i ona to akceptuje. Pani Iza powiedziała, że chętnie odpowie na każde pytanie. Oprócz Maksa ma pięcioro dzieci, czworo z nich jest już samodzielna. Tak mi opowiadała o swoim podejściu do najmłodszego syna:

> Ja go tak nie traktuję jak niepełnosprawnego, może poza tym, że ma szesnaście lat, a nie zachowuje się jak szesnastolatek, jest małym chłopcem cały czas, ale ja go wykorzystuję, tak jak wszystkie starsze dzieci wykorzystywałam. Pomaga mi sprzątać, pomaga robić różne rzeczy w domu, chodzi ze mną po zakupy, sam też chodzi po zakupy, więc ja go nie traktuję jako dziecka tak bardzo niepełnosprawnego, wiadomo, że nie zrobi tego czy tamtego jak w pełni sprawne dziecko, ale myślę, że nakrzyczeć na niego można jak w pełni sprawne dziecko.

U pani Izy czułam się na tyle swobodnie, że była jedyną osobą spośród moich rozmówców, którą spytałam, czy mogę zrobić zdjęcie, jej i Maksowi. Nie miała żadnych oporów.

Fot. 1

W moich badaniach istotna jest kategoria codzienności, zatem próbuję ją zdefiniować, choć kategoria ta okazuje się skutecznie wymykać definicjom. Najbardziej bliskie wydają mi się refleksje o codzienności Jolanty Brach-Czainy. Zauważa, że codzienność to teraźniejszość. Jest dla nas niewidoczna, przezroczysta, jakby nie istniała. Dopiero gdy mija, zamienia się w pamięć o miejscach, ludziach i rzeczach, nabiera wtedy barw i znaczenia. Przyciąga uwagę na chwilę, jako coś, co było [Brach-Czaina: 1999: 61]. Tu i teraz jest paradoksalnie niczym i jednocześnie wszystkim, co mamy najważniejszego, ale jest

jeszcze niewidoczne. Stanowi oswojony obszar danego czasu i miejsca, czyli naszą prywatną czasoprzestrzeń kulturową [Kędzierzawski 2009: 8]. Badanie codzienności polega na zgłębianiu niewidocznego, bieżącej monotonii i jej szczegółów, które paradoksalnie dla czytającego lub słuchacza okazują się najciekawszym elementem opowieści.

Podzielam przekonanie Wojciecha Kędzierzawskiego, że codzienność jest wieloaspektowa, jej granice są nieostre [Kędzierzawski 2009: 7]. W zamian za egzystencję przystajemy na to, że większa jej część jest szara i tylko nielicznym dane są nagłe stany objawienia, kiedy to człowiek przez kilka sekund widzi świat zupełnie inny niż ten, w którym znajdował się zaledwie przed chwilą. Ten świat nagle się ujawnia i ukazuje na krótki moment, a zaraz potem z powrotem zamyka się w sobie i wszystko pozostaje takie, jakie było wcześniej.

Myśląc o kategorii codzienności, często przeciwstawia się ją odświętności, tymczasem ona też jest jej immanentną częścią. Najbardziej neutralnym przeciwieństwem codzienności i tłem dla refleksji o niej wydaje się pojęcie „nie-codzienności" [Golka 2009: 65]. Zgadzam się z Marianem Golką, kiedy wymienia przyczyny dominacji codzienności. Obecnie sfera niecodzienności się kurczy, ponieważ coraz więcej z niej przechodzi do codzienności. Objawia się to na przykład tym, że coraz mniej chwil jawi nam się jako wyjątkowe, rzadko przeżywamy uniesienia i przeważnie obywamy się bez refleksji o sprawach ostatecznych, ograniczając się do myślenia wyłącznie racjonalnego – jak przeżyć kolejny dzień. Lekceważenie w interakcjach społecznych jest normą. Unikamy głębszego kontaktu i sytuacji rytualnych, które wymagają niezwykłego zachowania, przygotowania i pokory. W życiu codziennym dominuje rozrywka, w związku z tym najczęściej doświadczamy obojętności i braku wzruszeń przy jednoczesnej tęsknocie za nimi.

Zygmunt Bauman twierdzi, że kiedyś codzienność była rozumiana jako królestwo normy, w którym nie znajdziemy niespodzianek i zaskoczeń, za to możemy liczyć na spokój, a nawet nudę. Kiedyś można było śmiało powiedzieć, że codzienność to niedopuszczalność i absolutne wykluczenie niecodzienności. To niecodzienność kontrolowała chwile codziennego życia, narzucając na przykład zachowania religijne. Obecnie, można stwierdzić, że codzienność stała się swoim najtrafniejszym przeciwieństwem – niecodziennością. Taka zamiana sprawiła, że bardzo mało rzeczy jest dla ludzi czymś niedopuszczalnym na co dzień [Golka 2009: 78].

Zgadzam się z Baumanem, kiedy mówi, że strach przed możliwością braku wypełnienia możliwej pustki sprawia, iż wplatamy do naszej krzątaniny coraz to nowe formy, zaświadczające o naszym istnieniu. To, co było oczywiste dla przeszłych pokoleń, jest mało zrozumiałe obecnie, ponieważ teraz z czym innym kojarzymy codzienność. Jest ona dla nas niewiadomą – niespodzianki

są na porządku dziennym, wszystko może się wydarzyć – i musimy to przyjąć jako przejaw codzienności, która nie oznacza jedynie nudy, ponieważ tworzy splot nieustannej i nieuniknionej walki istnienia z unicestwianiem.

Innego rodzaju niespodzianką jest życie w rodzinie z chorym dzieckiem. Kiedy rzeczywistość codzienności jest bezkrytycznie przyjmowana za oczywistość, następuje naturalna akceptacja świata w takiej postaci, jaką wydaje się mieć, i pragnienie oddziaływania na ten świat, by go podporządkować własnym celom, jak pisze Alfred Schutz [Manterys 1997: 24]. Codzienność jest oswojona, dlatego jej nie zauważamy; jesteśmy w niej zadomowieni, czując się u siebie. Jeśli „nieoswojone" w postaci choroby wdziera się przez szczeliny do swojskiego świata, zaczynamy budować strategię obronną. Może być nią ustalenie rytmu dnia. Przypatrzmy się, jak mówią o nim moi rozmówcy.

Tak o codzienności mówił tata czterolatka:

> Tuż po narodzinach Jonatana zajmowałem się nim częściej niż Ola, która przechodziła depresję poporodową i jedyne, co była w stanie zrobić, to nakarmić małego piersią. Kąpałem go, przewijałem, ubierałem, kładłem spać. Ola z czasem pokonała depresję i wszystkiego się nauczyła. Jest świetną mamą. Ale to nieprawda, że kobiety mają rodzicielstwo w genach, a ojcom tego brakuje. Oboje rodzice mogą równie sprawnie zajmować się dzieckiem. Wystarczy chcieć i nie ulegać presji społecznych schematów.

To usłyszałam o codziennym rytmie dnia od mamy dorosłego chłopaka z zespołem Downa:

> Rytm dnia to też dla mnie jakaś łatwość, bo ja wiem dokładnie, co muszę każdego dnia zrobić i Piotruś nie lubi być zaskakiwany. On tego oczekuje i bardzo dobrze nam się układa cały dzień. W ciągu dnia raczej trudno mi się skupić na lekturze, teraz mogę to zrobić, bo Piotruś wyjechał. O godzinnie trzeciej Piotruś wraca sam z warsztatów terapii zajęciowej, został nauczony, jak przechodzić przez skrzyżowanie. Wraca, ja wydaję obiad wówczas. Później Piotruś kładzie się i odpoczywa, bo jednak są to organizmy słabsze, Piotruś szybciej się męczy, nie tyle fizycznie, ile psychicznie. Ilość bodźców, którą zawsze uważałam, że powinna być jak największa, bo stymuluje, tak, ale to jest też bardzo męczące. Piotruś po ośmiogodzinnym przebywaniu w dużej grupie i wykonywaniu różnych rzeczy kładzie się na dwie godziny. Potem wstaje, ma

> swój ulubiony serial *Na Wspólnej*, w kuchni jest drugi telewizorek. Później wieczór to już on ma swój wieczór, ja mam swój wieczór. Ja przelatuję wszystkie programy informacyjno-publicystyczne, coś z Internetu wyciągam. Piotrek rozkłada wtedy na stole w kuchni swój warsztat pracy. Piotruś bardzo ładnie pisze, wyciąga mi jakieś poezje i przepisuje całe wiersze, całe strony. Oczywiście o miłości, bo to jest duży problem.

Mama Kacpra opowiadała tak:

> Rytm dnia jest cały czas. Jeśli jest to tydzień, to rano śniadanie, ubieranie się, szykowanie do przedszkola, wychodzenie. Tam ma już swój rytm ustalony. Przychodzimy do domu, je, zabawa, kąpanie, uspakajanie się, jakaś baja, bo też lubi oglądać, a potem usypianie. Kolacja musi być zawsze o tej samej porze, bo jak będzie trochę później, to już nie po jego myśli, już nie będzie chciał jeść. No i bawi się dużo, ćwiczy, układamy klocki, pisze sobie, to znaczy bazgrze sobie. Bawić się lubi, umie też sam się bawić, usiądzie sobie gdzieś i będzie się tam bawił czymś. Czasu dla siebie nie mam. Tylko wtedy, kiedy oni są w przedszkolu, czyli to są jakieś cztery godziny, kiedy zajmuję się domem, bo tak, żeby gdzieś iść, coś zrobić, to raczej nie.

Mama Kuby zwierzała się w ten sposób:

> W ciągu dnia robimy razem różne ćwiczenia, oprócz takich typowych na rączki są też takie intelektualne. Teraz jesteśmy na etapie nauki kolorów, poprzez na przykład układanie puzzli. Ćwiczę z nim ja, ćwiczymy też w ośrodku i raz w tygodniu przychodzi pani prywatnie i jeszcze ćwiczy z Kubą.

Moi rozmówcy stają w obliczu konieczności konstruowania nowej, przemienionej codzienności, ponieważ struktura ich świata została zachwiana przez pojawienie się choroby. Na początku jest niedowierzanie, a potem zaczyna się wyścig z zespołem Downa. Najważniejszą i upragnioną wygraną dla rodziców jest samodzielność dziecka, umożliwiająca mu późniejsze funkcjonowanie w życiu.

Mama Kuby kontynuowała:

Chyba są takie etapy. U nas to było na tej zasadzie, że zaraz po porodzie dowiedzieliśmy się o wadzie serca u Kuby, którą lekarze połączyli z zespołem Downa i powiedzieli nam, że warto zrobić badania, ale nie było to takie pewne. Do dziś pamiętam, jak na sali pooperacyjnej przeglądałam telefon z Internetem i patrzyłam, o co chodzi z tym zespołem Downa i czy to jest w ogóle możliwe. Potem była czarna rozpacz, około trzech miesięcy. W tym czasie też poszliśmy do szpitala, Kuba cały czas spał ze względu na słabe serce, siedzieliśmy przy nim cały czas. Tak naprawdę pogodzenie się z zespołem Downa trwało około roku może, wtedy wystąpiliśmy w programie telewizyjnym *Niejadki i inne przypadki* i wtedy dopiero powiedziałam komukolwiek, że Kuba ma zespół. Wcześniej nikomu nie mówiliśmy, około dziesięciu miesięcy miał Kuba, do tego czasu nic nie mówiliśmy, po operacji dopiero emocje opadły i zaczęliśmy mówić.

Tak o zderzeniu z chorobą syna mówił tata kilkulatka:

Na początku jak się urodził, miałem przed oczami obrazek smutnych, gnuśnych rodziców, pozbawionych środków do życia, z brzydkim synem u boku. Dziś mogę sobie gadać, że Jonatan jest najpiękniejszy i najmądrzejszy, ale wtedy wcale tak nie myślałem. Nie byłem gotowy na dysfunkcyjność mojego dziecka. Lekarz zapewniał, że ciąża przebiega modelowo, odradzał badania prenatalne. O tym, że mój syn ma zespół Downa, dowiedziałem się po jego narodzinach. W szpitalu nie tłumaczyli nam, czym jest trisomia, nie wskazywali żadnych rozwiązań. Dostaliśmy tylko ulotkę z podtekstem: zobaczcie, jakie ciężkie życie was czeka. Płakaliśmy i pytaliśmy, dlaczego właśnie nam się to przytrafiło. Przechodziliśmy kolejne etapy ostrego kryzysu, chociaż gdy pierwszy raz zobaczyłem Jonatana, mówiłem: „Ola, zobacz, on jednak wygląda jakoś inaczej niż «te dzieci», niemożliwe, że ma zespół Downa". To była próba odczarowania sytuacji i powrotu do poprzedniego życia. Ale nic już nie było takie samo jak wcześniej i nigdy nie będzie takie, jak sobie planowaliśmy. Podobno IQ rodziców dzieci z dysfunkcjami rośnie w niespotykanym tempie, bo muszą zdobywać wiedzę, przebudować życiowe plany i na nowo ustalić priorytety. Wiedza jest czymś konkretnym, daje nadzieję na poprawę i wskazuje kierunek działania. Paradoksalnie, pozwala nie

> koncentrować się na stracie, ale na tym czymś „ekstra" dodanym, jak ekstra chromosom w garniturze DNA.

O swojej codzienności mówi następująco mama kilkuletniej dziewczynki:

> Ja nie wiem, czy jestem do końca pogodzona, nie wiem, czy kiedykolwiek się pogodzę. Na początku pamiętam, że oni nam powiedzieli, a ja w ogóle nie wiedziałam, o co chodzi, co oni nam za głupoty opowiadają, przecież miałam wszystkie badania zrobione. Później się okazało, że Lidka ma inne problemy zdrowotne, więc u nas była po prostu rozpacz i wyparcie chyba tego zespołu. Najpierw się skupialiśmy na jej jelitach, na tym, żeby w ogóle przeżyła. Cały czas nam się ten zespół kołatał po głowie, ale dopóki nie było wyników kariotypu, to całkowicie wypieraliśmy to, że to jest w ogóle niemożliwe. Później jak przyszły wyniki kariotypu, to było to takie drugie uderzenie w brzuch, bo już było czarno na białym. Też nieciekawie zostało nam to przekazane, że jednak to jest zespół Downa, to na pewno nam nie pomogło, bo pani doktor była za bardzo zainteresowana oglądaniem filmu na laptopie, jednym okiem zerkała na film, a jednym na nas i poinformowała, że mała ma zespół. Później po tych operacjach zaczęła się taka codzienność, kiedy ja się zafiksowałam, chyba jak typowy rodzic, że trzeba coś robić. Robić, robić, robić. Rehabilitacje, wszystko, najlepiej codziennie, godzinami. Dosyć szybko się ogarnęłam z tego rehabilitowania jej za wszelką cenę i wtedy nastąpił rzeczywisty powrót do takiej normalności. Teraz wybrałam te najważniejsze i niezbędne rzeczy, które trzeba z nią robić. Wybrałam też odpowiednich rehabilitantów, chociaż już nie ma rehabilitacji ruchowej, ale miałam kapitalną panią. Teraz jesteśmy na etapie psychologa, logopedy, uznałam, że o wiele więcej skorzysta taplając się tu z dzieciakami, niż jak będziemy jeździć w te i z powrotem, gdzie te panie niekoniecznie są empatyczne i niekoniecznie Lidka się z nimi dobrze czuje. Z tymi paniami, które wybraliśmy rzeczywiście, ona z nimi się tam fajnie bawi i korzysta. Niestety wiąże się to z tym, że wszystko jest prywatnie.

W życiu moich rozmówców to niecodzienność staje się niezauważalna. Nastąpiła zamiana codzienności w niecodzienność. Całe życie jest od momentu pojawienia się choroby niecodzienne, zupełnie przemienione. My codzienności nie zauważamy, a moi rozmówcy ją dostrzegają; dla tych ludzi to, co było

przeźroczyste, staje się widoczne. Dla nich codzienność na stałe zabarwiła choroba. Zakładają jakiś rytm, żeby wytrzymać, ale nie ma tu takiego rytmu jak nasz, ponieważ na przezroczystość nałożona jest choroba. Rytm musi być przemyślany. W ich życiu zadomowiła się niecodzienność i właśnie z niecodzienności trzeba budować sobie życie. Kiedyś niecodzienność narzucała rytm codziennym chwilom, teraz to choroba podporządkowuje sobie codzienność. W dzisiejszych czasach życie ludzi niedoświadczonych chorobą determinuje codzienność. Natomiast wraz z chorobą niecodzienność wkracza na scenę życia, zajmując na niej całą przestrzeń. Zadaję sobie pytanie, czy można się przyzwyczaić do takiej niecodzienności, która jest już na zawsze?

Szczeliną w niecodziennym życiu zdominowanym przez chorobę mogą być święta, ale zdarzają się też inne momenty. Spróbuję teraz odszukać przebłyski codzienności w niecodziennym życiu moich bohaterów. Skoro żyją z niecodziennością na co dzień, to momentem objawienia okazuje się doświadczenie zwykłych chwil, które stają się wyjątkowe.

Dla mamy Kuby tak wygląda przebłysk codzienności:

> W ciągu dnia na pewno czekam, jak mój mąż wróci z pracy. Jak Kubuś usłyszy dźwięk otwieranych drzwi, to czołga się do przedpokoju, wołając „tatuś, tatuś!". Ja też się cieszę, że mąż wraca, no i że Kuba się cieszy.
>
> Lubimy całą rodziną tańczyć. Ja włączam muzykę, mąż wraca z pracy i sobie tańczymy w trójkę. Zwykle jest to jakiś Sinatra, albo coś w tym stylu.

Mama dorosłego Rafała tak mówi o wyjątkowych chwilach:

> Ciągły pośpiech, żeby zdążyć, ale chwile są, ja wiem, ale nie są to stałe chwile. Jest tak, że on przychodzi z warsztatów na zajęcia, a ja przyjeżdżam dopiero na zajęcia, no to on mówi: „Cześć, cześć, przyszedłem akurat na czas". Także to są takie chwile, gdzie chce się pochwalić tą swoją samodzielnością.
>
> Mamy taki rytuał, że jak już Rafał jest w łóżku, to wtedy zaczyna: „Przyjdź na chwilę, pogadamy". No i gadamy, co się działo, a ten co powiedział, a co tamta i tak rozstrzygamy jego jakieś dylematy, które się w ciągu dnia nazbierały.

Nie każdemu udaje się znaleźć wyrwę w niecodzienności z dodatkowym chromosomem w tle. Większa jej część jest szara i nie wszystkim dane są nagłe

stany olśnienia, kiedy to człowiek przez kilka sekund widzi świat zupełnie inny niż ten, w którym znajdował się zaledwie przed chwilą.
Tak mówiła mama nastolatki z zespołem Downa:

> Chyba nie ma wyjątkowych takich chwil, teraz to już wszystko się zaciera. Nie ma tak, że on przyjdzie do mnie. Tylko w momencie, kiedy przyjdę po niego do przedszkola, to wtedy leci do mnie na złamanie karku i się przytula mocno i całuje. To tylko takie chwile, ale jest ich bardzo. Ja jestem taka bardzo przyziemna, staram się mieć poukładane to wszystko, żeby nie zwariować po prostu. Przytulanie. Jeszcze tak niedawno kładłam ją do łóżka i utulałam. Teraz już tego nie robię, ale śpi ze mną.

Życie codzienne utrzymuje się dzięki swoistemu rytmowi, cykliczności i rutynie. Nasze powtarzane gesty stwarzają je i utrzymują zarazem [Brach-Czaina 1999: 77].

Dochodzę do wniosku, że w życiu moich rozmówców to nie codzienności nie widać. Nie ma niecodzienności, ponieważ mają z nią do czynienia bezustannie, staje się ich normą. To pojawienie się codzienności, choć na chwilę, to wyjątkowy dar. Codzienność jest stanem idealnym, do którego się dąży i za którym się tęskni. Do takiego wniosku dochodzę, oglądając zdjęcia, którymi podzielili się ze mną rozmówcy. Chociaż nie zamieszczam ich w tym tekście, uważam, że wymagają komentarza.

Susan Sontag pisze:

> Fotografie stanowią odmianę alchemii, mimo że ceni się je jako przejrzyste sprawozdanie z rzeczywistości. Często coś wygląda, albo wydaje się, że wygląda „lepiej" na zdjęciu. W rzeczy samej, jednym z zadań fotografii jest poprawianie normalnego wyglądu. (Dlatego zdjęcie, które nie upiększa, zawsze sprawia nam zawód). Upiększanie to jeden z klasycznych zabiegów aparatu fotograficznego, który osłabia moralną reakcję na to, co jest ukazywane [Sontag 2016: 98].

Medium, jakim jest fotografia, daje ogromne możliwości, również kreacji i autokreacji. Dzięki niej do pewnego stopnia mamy wpływ na to, jak chcemy coś przedstawiać i siebie zaprezentować.

Prosiłam rozmówców o zdjęcia obrazujące ich codzienność. Oglądając je, stwierdzam, że właśnie codzienności mi w nich brakuje. Widzę coś, co nie do

końca zgadza się z tym, co usłyszałam. Dzieci na fotografiach nie wyglądają na chore, chociaż mają inne niż normalne rysy twarzy. Moim zdaniem są pokazane tak, aby ich odmienny wygląd był może nawet jakąś formą atrakcyjności wizualnej. Na udostępnionych mi zdjęciach nie widać trudów codziennego życia, o którym mogłam usłyszeć, a tym bardziej cierpienia. W zamian dostałam niecodzienność w obrazach, subtelne portrety, na które nic nie rzuca cienia wątpliwości, że jest **dobrze**, że są wakacje, wspólnie i miło spędzany czas. Wyjątek, być może, na tle pozostałych stanowią zdjęcia pani Agnieszki. Wydaje mi się, że widzę na nich odrobinę więcej otwartości i szczerości.

Dochodzę do wniosku, że tylko takimi, nieszkodliwymi i nieszokującymi fotografiami moi rozmówcy byli w stanie się ze mną podzielić. Zastanawiam się, czy może właśnie dbają o to, żeby jedynie takie powstawały? W trakcie badań u niektórych ze współrozmówców widziałam jednak też zdjęcia innego rodzaju, pokazujące prawdziwą codzienność, nie straszną, ale też niekoniecznie tylko piękną. Pokazywano mi całe albumy ze zdjęciami z występów scenicznych, urodzin w ogrodzie czy zabaw świątecznych. Widziałam uchwyconą radość tych dzieci, ale bez cenzury, a więc w związku z tym była tam też jakaś chropowatość, rysa, niszcząca ideał; a z obcymi należy dzielić radość, pokazywać to, z czego jest się dumnym, zmartwienia i wstyd zachować trzeba dla swoich. Osoby posiadające jedynie takie fotografie nie zdecydowały się na udostępnienie mi ich, mimo że niektórzy z nich obiecali mi to.

Jeszcze oddzielnej interpretacji domagają się cykle zdjęć udostępnione przez jednego z moich współrozmówców, tatę małego chłopca z dodatkowym chromosomem. Są one zupełnie wyjątkowe. Stanowią rodzaj foto-dziennika, jak mi się wydaje – robionego na pokaz. Myślę, że prowadzenie tego rodzaju dokumentacji jest też artystyczną formą terapii, a wraz z komentarzami – urzeczywistnieniem alternatywnej wizji funkcjonowania rodziny z chorym dzieckiem dla osób z zewnątrz. Jego zdjęcia nie są tak uładzone jak innych rozmówców, mogą sprawiać wrażenie przypadkowych kadrów z codzienności, ale myślę, że to przemyślana kreacja, mająca na celu coś innego niż przyjemne doznania z oglądania zdjęć pozostałych. Wydaje mi się, że w pewnym sensie ich autor chce – może nie szokować – ale jednak prowokować, ponieważ nikt przed nim nie eksponował w taki sposób dziecka naznaczonego stygmatyzującą innością.

Zastanawiam się, czy codzienność z chorobą łatwiej jest przeżywać, kiedy ma się możliwość panowania nad nią, chociażby na zdjęciach?

Streszczenie

Badania, które realizowałam, dotyczą codzienności z doświadczeniem choroby dziecka. Podjęłam się przeprowadzenia wywiadów z rodzicami, których dzieci mają zespół Downa. Moim celem było przyjrzenie się codzienności, całkowicie odmiennej od powszechnie uważanej za normalną. Istotą codzienności, której obrazem chcę się podzielić, jest to, że za sprawą choroby zamieniła się w niecodzienność.

Chciałam pokazać wiarygodny obraz zagadnienia, dlatego umieściłam w tekście obszerne wypowiedzi rodziców chorych dzieci. Mam nadzieję, że udało mi się dzięki temu przekazać zarówno trud, jak i piękno codzienności moich współrozmówców.

Słowa kluczowe: choroba, codzienność, odmienność, niepełnosprawność, rodzina

Everyday life with an extra chromosome. Down syndrome vs. family functioning. Outline for medical anthropology

My study concerns the everydayness of experiencing a child's disorder. I have conducted many interviews with the parents of children with Down syndrome My aim was to have a look at the everydayness completely different from the one that is usually accepted as normal. The essence of everydayness, the picture of which I would like to share, is the fact that due to the syndrome it has turned into non-everydayness. I would like to present a reliable depiction of the issue, so I inserted many comprehensive statements of the parents whose children suffer from the syndrome. Hopefully, I have managed to express both hardship and beauty of my interlocutors' everydayness.

Key words: disease, dailiness, otherness, disability, family

Bibliografia

Bauman Zygmunt
2009: *Niecodzienność nasza codzienna.* [W:] red. Bogunia-Borowska M. *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Brach-Czaina Jolanta
1999: Szczeliny istnienia. Kraków: Wydawnictwo eFKa.

Buber Martin
1992: *Ja i Ty*, przeł. Doktór J. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.

de Certeau Michel
2008: *Wynaleźć codzienność. Sposoby działania*. Przeł. Thiel-Jańczuk K. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Golka Marian
2009: *Czy jeszcze istnieje nie-codzienność?* [W:] red. Bogunia-Borowska M. *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Kafar Marcin
2013: *W świecie wygnańców, wdów i sierot. O pewnym wariancie antropologii zaangażowanej*. Łódź: Wydział Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Łódzkiego.

Kaniowska Katarzyna
2010: *Etyczne problemy badań antropologicznych*. Red. Kaniowska K., Modnicka N. Wrocław–Łódź: Polskie Towarzystwo Ludoznawcze.

Kędzierzawski Wojciech
2009: *Codzienność jako kategoria antropologiczna w perspektywie historii kultury*. Opole: Uniwersytet Opolski, Opolskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.

Levinas Emmanuel
2002: *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*. Przeł. Kowalska A. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Manterys Aleksander
1997: *Wielość rzeczywistości w teoriach socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sontag Susan
2016: *Widok cudzego cierpienia*. Przeł. Magala S. Kraków: Karakter.

Żardecka-Nowak Magdalena
2003: *Relacja między etyką a polityką w kontekście filozofii Emmanuela Levinasa*. „Filozofia dialogu", t. 1, s. 236.

Spis ilustracji

Fot. 1, Matylda Borczyńska.

Anna Sznajder
Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, Oddział w Krakowie

„To jest teraz Twój dom" – czasoprzestrzenie zwyczajnej niecodzienności w brytyjskich domach opieki

W obliczu przemijalności wstrzymujemy czas
W obliczu ulotności narzucamy strukturę
W obliczu nietrwałości tworzymy trwałość
W obliczu zmienności tworzymy sztukę i instytucje

[Adam 2010: 89]

Tematem artykułu jest dyskurs starości prezentowany przez pryzmat czasoprzestrzeni domów opieki. Teraźniejszość tworzą przestrzenie wspólne – jadalnia, świetlica, korytarze – miejsca trwania w obiegu życia społeczności, które pracownicy aktywizują codziennymi rutynowymi zadaniami. Przeszłość definiowana przez rzeczy i dźwięki często wymyka się racjonalnym narracjom. Na granicy przeszłości i teraźniejszości opiekunowie osób starszych stykają się z fragmentami wspomnień, które niosą ze sobą przedmioty znajdujące się w przestrzeniach prywatnych. Ich znaczenie bywa zawoalowane, gdyż czytelność indywidualnych historii determinowana jest przez współprzynależność do kontekstu historyczno-społecznego rezydenta i opiekuna. To one współtworzą sens egzystencji osób w podeszłym wieku, cierpiących, zależnych w mniejszym lub większym stopniu od pomocy i wsparcia innych.

„Każda antropologia wiąże się z otwarciem – z decyzją wkroczenia w czyjś świat, z rozpoczęciem spotkania, zaznajamiania się z niejasnymi na początku kodami, językami, gestami, ubiorami", pisze Anna Niedźwiedź [Niedźwiedź 2012]. To antropologiczne podejście cechuje wiele osób rozpoczynających pracę w domach spokojnej starości, które oprócz świadczenia czynności związanych z opieką, zagłębiają się w indywidualne światy rezydentów, aby lepiej zrozumieć swoich podopiecznych. Refleksja nad funkcją opiekunów (*carers*) w dyskursie starości ukazuje specyfikę pracy w domach opieki i czasoprzestrzeni przezeń tworzonej.

Sformułowanie „dom starości", czyli miejsce o charakterze instytucjonalnym i publicznym, wywołuje ambiwalentne skojarzenia, dotyczy przestrzeni mających niewiele wspólnego z „powszechnymi ujęciami domu jako azylu i ciepła rodzinnego" [Kwaśny 2011: 179]. Często miejsca te tworzą rodzaj antropologicznej anty-przestrzeni. Depersonalizacja i życie w jednej grupie, instytucjonalizacja, która pozbawia rezydentów tożsamości, niemożność wyboru, autonomii, godności i prywatności, a także brak celowości, źle wykwalifikowany personel i inne negatywne strony opieki instytucjonalnej [Phillips 2007: 123], podlegają jednakże różnorodnym regulacjom, na przykład przez prawo lub rynek.

Domy starości, jako czasoprzestrzenie współtworzone prawnie, mają spełniać obowiązkowe standardy – zalicza się do nich także obowiązek dostarczenia rezydentom różnorodnych zajęć związanych z odpoczynkiem, dobrym samopoczuciem, życiem społecznym, jak i indywidualnym, zainteresowaniami, sferą religijną czy zróżnicowanymi posiłkami [Cooper 2002: 61]. Stanowią one o rutynie dnia, tygodnia i miesiąca. W kontekście brytyjskim zauważalne są tendencje do „utowarowienia opieki", formowania jej według potrzeb i oczekiwań świadomego swoich praw konsumenckich klienta [Phillips 2007: 177], co z jednej strony prowadzi do makdonaldyzacji systemu, z drugiej zaś do konkurencyjności świadczonych usług i często do podniesienia standardów opieki.

Dzięki temu dom spokojnej starości może działać na innych zasadach, tworząc miejsca trwania i egzystencji, co prawda – w ramach określonego programu, ale z elementami umożliwiającymi rozrywkę, kreatywność czy powrót do wspomnień. Personel podlegając obowiązkowi treningów, podnosi kwalifikacje, a zarazem jest nieustannie oceniany przez menadżerów i zewnętrznych niezależnych audytorów. Tak konstruowana przestrzeń opieki ciągle się zmienia, wprowadzając w dyskurs starości różnorodność, przy jednoczesnym zachowaniu stabilnych ram, niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania.

W dyskursie starości i śmierci

Umieranie we współczesnych społeczeństwach Zachodu jest wyzwaniem, odsłania kruchą naturę umysłu, ciała i ducha, stąd uważa się, że prawidłowo funkcjonujące społeczeństwo winno zrozumieć podłoże niepewności związanej z odchodzeniem, jak również korzystać aż do momentu śmierci z różnorodności niesionych przez życie społeczne i kulturowe [McNamara 2001: 2]. Mówi się o społeczeństwie zaprzeczającym pojęciu śmierci, *death-denying society* [Peberdy et al. 1992: 56], a z drugiej strony o społeczeństwie ryzyka, *risk society* [Howarth 2007: 68–69], gdzie zagrożeniem dla globalnego porządku, który niesie zarazem ryzyko śmierci, są poszczególne osoby czy narody, katastrofy naturalne, terroryzm międzynarodowy, a także ukryte choroby.

Te pojęcia stanowią o kształcie strukturalnych ram, które tworzymy, próbując zrozumieć ukryte znaczenia otaczającego nas świata, starając sie przy tym uniknąć pułapek nagłej i niespodziewanej śmierci w cyklu życia. Postrzeganie samego procesu śmierci różni się w społeczeństwach tradycyjnych, nowoczesnych i ponowoczesnych [tab. 1], i zmierza do pojmowania śmierci w dyskursie psychologicznym jako indywidualny wybór osoby.

Śmierć	Tradycyjna	Nowoczesna	Ponowoczesna
Autorytet	Tradycja	Profesjonalna ekspertyza	Wybór osobisty
Figura autorytetu	Ksiądz	Lekarz	Osoba
Dominujący dyskurs	Teologia	Medycyna	Psychologia
Radzenie sobie przez	Modlitwa	Cisza	Wyrażanie uczuć
Podróżny	Dusza	Ciało	Osobowość
Kontekst cielesny	Życie ze śmiercią	Śmierć kontrolowana	Życie z umieraniem
Kontekst społeczny	Społeczność	Szpital	Rodzina

Tabela 1. Umieranie i śmierć w społeczeństwach tradycyjnych, nowoczesnych i ponowoczesnych. Za: Walter 1996: 195, cytowany przez: Howarth 2007: 16.

Kultura Zachodu już od epoki oświecenia rozumie pojęcie czasu w sposób linearny. Czas nieprzerwanie płynie, nie powtarza się, jest zorientowany na ewolucję, rozumianą jako rozwój i postęp [Rapport, Overing 2003: 258]. Temu pojmowaniu czasu zaprzeczają starość i śmierć. Pojawiające się w prasie obietnice kontroli nad czasem, na przykład w formie planowania wydatków

związanych z własnym pogrzebem i przebiegiem samej uroczystości[1] [Barret 2016: 6–7], czy też próby opóźniania procesów demencji za pomocą specjalnie zaprojektowanych gier komputerowych stymulujących przetwarzanie informacji w mózgu [Crow 2016: 4] lub nowe leki na chorobę Alzheimera [Ahuja 2016: 13], nie rozwiązują tajemnicy biologicznego starzenia się ciała i śmierci, czego nie można cofnąć, zatrzymać się ani odwrócić:

> Eksperci WHO dokonali podziału wieku starszego na: **wiek podeszły**, do którego zaliczają się osoby między 60–75 rokiem życia, **wiek starczy**, gdzie kwalifikują się osoby między 75–90 rokiem życia, **wiek sędziwy**, do którego należą osoby powyżej 90. roku życia (...), za umowny początek starości uznaje się 65. rok życia [podkr. A.S.] [Kulik i in. 2011: 91].

W analizowanym w tym artykule kontekście brytyjskiego domu spokojnej starości można wydzielić cztery dające się zaobserwować fazy starości rozumianej jako jesień życia i zamknięcie jego cyklu:

1. seniorstwo – szczęśliwa aktywność;
2. zniedołężnienie: upadki, choroby, konieczność pomocy w codziennych czynnościach takich jak toaleta, ubieranie się;
3. umieranie („ludzie jak lalki obracane do przewijania w jedną, w drugą stronę");
4. śmierć – proces kilku-, kilkunastodniowy (zwykle przy wsparciu silnych środków przeciwbólowych) lub momentalny.

Nie definiuję więc starości przez wiek, ale raczej na podstawie stopnia opieki, jakiej dana osoba wymaga.

Starość to kategoria płynna i relatywna. Zarówno w kontekście społecznym, jak i indywidualnym, to nauka cierpliwości wobec bezradności, kalectwa, choroby i niedołęstwa, wybaczanie błędów i nieporadności, nauka miłosierdzia i troski. W uproszczeniu stosunek społeczeństwa do starości można scharakteryzować jako dwubiegunowy:

---

1 Koszty pogrzebu – od momentu wywieszenia klepsydry do wystawienia tablicy pamięci – wycenia się obecnie na 1976 funtów, czyli około 10 365 złotych, a trendem jest podkład muzyczny uroczystości pogrzebowej – popularne przeboje, na przykład utwory *Stairway to Heaven* Led Zeppelin, *Another One Bites the Dust* Queen czy *Always Look on the Bright Side of Life* Monty Pytona.

> Na jednym biegunie panuje przekonanie, iż osoba w starszym wieku cieszy się autorytetem, szacunkiem (...), z powodu słabnących sił witalnych zajmuje się kontemplacją i służeniem dobrą radą młodszym. Na drugim biegunie dominują sądy, iż starsza osoba jest zrzędliwa, powolna, brzydka, a kontakty z nią nie przynoszą korzyści [Picheń 2015: 162].

Ta polaryzacja winna być uzupełniona o spostrzeżenie poczynione przez Roscow jeszcze w latach 70. XX wieku: w nowoczesnych społeczeństwach zachodnich, zorientowanych na młodość, własność prywatna, wiedza i nowe, konieczne do przetrwania zdolności są w posiadaniu młodych, starsi są więc postrzegani jako ciężar dla społeczeństwa. Wyznacznikami kultury młodości są:

– **dewaluacja** statusu osób starszych, niepracujących, nieaktywnych, których wiedza, wartości i umiejętności stają się zbędne;

– **stereotypizacja** – z ludźmi starszymi łączy się głównie negatywne cechy;

– **wyłączenie** – starsi ludzie są często aktywnie wyłączeni z udziału w innych dziedzinach życia społecznego, z czym wiąże się utrata roli i jej dwuznaczność – role poprzednio pełnione, na przykład jako pracownik czy przedstawiciel związków zawodowych, ustają;

– **zrejuwenilizowany obraz samego siebie** – ponieważ brak jasno określonej roli w społeczeństwie, w obliczu dewaluacji, wyłączenia i stereotypizacji osoba starsza próbuje wizualizować siebie jako osobę młodą, co prowadzi do ośmieszenia się i odrzucenia [Basford, Thorpe 2004: 27].

Jednakże współczesne brytyjskie media pokazują nowe miejsce osób starszych w społeczeństwie. Przykładem jest program kulinarny *The Great British Bake Off*, którego gospodynią jest osiemdziesięciojednoletnia Marry Berry dysponująca ogromną wiedzą z zakresu sztuki kulinarnej (ponad siedemdziesiąt książek). To wzorzec aktywnej osoby starszej w kulturze popularnej, łączy młodość ducha z mądrością i doświadczeniem starszyzny. Z kolei przykład programu rozrywkowego *Stricly Come Dancing* (odpowiednik polskiego *Tańca z gwiazdami*), gdzie siedemdziesięciojednoletnia aktorka Lesley Joseph demonstruje witalność i wdzięk w uczeniu się kolejnych układów tanecznych, to dowód z jednej strony na promowanie aktywności wśród osób starszych, z drugiej zaś – na przesunięcie linii wyznaczającej granice wieku starczego i konieczność jego redefinicji.

Miejsca troski w dyskursie starości

> To jest teraz mój dom. Nie mam innego.
>
> Elsie, 96 lat, matka, babcia i prababcia, w odpowiedzi na pytanie, czy tęskni za dawnym domem.

„W dobrym domu opieki osoba może czuć się bezpiecznie i dobrze, gdy jest otoczona tymi, którzy chcą się o nią zatroszczyć, oraz jest regularnie odwiedzana przez rodzinę i bliskie osoby żyjące w pobliżu", argumentuje Macdonald [2016: 65]. Brytyjskie domy opieki to fenomen społeczno-kulturowy, którego funkcjonowanie warunkuje pozytywne nastawienie społeczne. Stworzony system umożliwia przepływ pieniądza między klientem, instytucją i pracownikiem – daje opiekę starszym, młodszym zaś miejsca pracy. System opieki wynika z rosnącego zapotrzebowania na tego typu usługę, która wiąże się nie tylko z wzrostem liczby osób starszych, ale ma swoje podłoże między innymi w indywidualizmie społeczeństwa, jego zasobności finansowej, tendencjach migracji zarobkowej młodszego pokolenia Brytyjczyków decydujących się na wyjazd do Australii, Francji, USA, krajów Bliskiego i Dalekiego Wschodu itp.

Różnorodność systemu opieki jest też wyznacznikiem w brytyjskiej strukturze klasowej – jeśli jest się osobą zamożną, dobrze umieścić rodzica w lepszym i droższym domu starości, ulokowanym najczęściej na terenie dawnych posiadłości, z parkiem i sadzawką. Wybór domu starości jest zatem wskaźnikiem statusu społecznego. W przekonaniu moich rozmówców pochodzenia brytyjskiego[2], pracowników i rezydentów domu starości, którzy nie mają odniesienia do innych krajów, dom starości to naturalne przejście ze stanu niezależności i samodzielności do systemu gwarantującego opiekę w obliczu zniedołężnienia i odchodzenia.

Opieka nad osobami starszymi w Wielkiej Brytanii ma złożoną strukturę i w przypadku opieki państwowej w zależności od statusu majątkowego jednostki może być finansowana na wszystkich wymienionych poniżej szczeblach

2 System ten był szeroko komentowany przez pracujące w opiece emigrantki z Rosji, Rumunii i Ukrainy, które dostrzegając jego złożoność i różnorodność podkreślały, że w rodzimych krajach starzy ludzie są najczęściej pod opieką domowników i tylko nieliczni trafiają do domów starości, traktowanych jako niechlubna ostateczność. Opiekunki z Nigerii, Filipin czy Indii w rozmowie ze mną naświetlały rolę starszych w tworzeniu wielopokoleniowych rodzin i obowiązek troski potomstwa o rodziców i dziadków wynikający z szacunku i autorytetu starszyzny. Emigrantki zaskakiwała popularność systemu wśród Brytyjczyków, a także zaufanie społeczne, jakim rezydenci i ich rodziny obdarzali instytucje.

[*What's the cost of care...* 2016]. Do pewnego momentu może odbywać się w środowisku domowym, zaś czynności związane z opieką wykonywane są przez członka rodziny (*home care*) lub pracownika socjalnego (*community care*). Osoba samotna może skorzystać z mieszkania w gościnie (*shared living*), czyli z wprowadzenia się do domu rodziny, która pragnie ofiarować swoją opiekę. Może również wprowadzić się do ośrodka opieki (*residential care*, *assisted living*). Osoba obłożnie chora zostanie umieszczona przez rodzinę lub szpital w ośrodku odpowiednio dostosowanym do jej potrzeb pod względem sprzętu, jak i przy całodobowej opiece pielęgniarek (*nursing care*).

Wiele jest inicjatyw prywatnych, polegających na otwieraniu przez zamożne osoby dużych ośrodków bądź kilkuosobowych domów spokojnej starości, oferujących standardową opiekę w niezatłoczonym miejscu, pod okiem wykwalifikowanego personelu. Do swoistego rodzaju opieki stworzonej na potrzeby konsumentów pragnących zachować niezależność i samodzielność jak najdłużej można zaliczyć również osiedla i bloki mieszkalne dla seniorów, dostosowane swoją konstrukcją do potrzeb osób starszych.

Wybór odpowiedniego dla danej osoby systemu opieki to jedna kwestia kultury starzenia, starości i umierania. Kwestia druga to różnice pokoleniowe związane z wielokulturowością i wielonarodowością, które widać w domach spokojnej starości na przykładzie relacji opiekun – rezydent. W przykładowym domu na przedmieściach Londynu rezydenci to przeważnie pokolenie białych Brytyjczyków urodzonych przed II wojną światową, 75+. Obserwacje prowadzone na tej grupie ukazały, że rezydenci demonstrowali dużą potrzebę indywidualizmu, autonomii i niezależności, okazywali szacunek dla wartości takich jak koleżeństwo, budowali przyjaźnie, które stawały się uzupełnieniem lub substytutem rodziny. Większość obserwowanych należała do kościoła anglikańskiego, deklarowali się też jako katolicy, żydzi lub ateiści, przypadkowo znalazła się hinduska czy sikh.

Opiekunowie rekrutowali się ze współczesnego wielokulturowego i wieloetnicznego społeczeństwa brytyjskiego, a także z grupy emigrantów, najczęściej z krajów Europy Środkowo-Wschodniej i krajów afrykańskich takich jak Nigeria, Ghana czy Zimbabwe. Czasem pojawiały się nieporozumienia czy też konflikty natury rasowej, klasowej, językowej czy kulturowej między rezydentami a opiekunami, wynikające z wcześniejszych uprzedzeń, wyrażane słownie w sposób bezpośredni lub pośredni do innego pracownika. Dla zdecydowanej większości rezydentów zróżnicowanie kulturowe, etniczne i religijne nie było problemem, stanowiło za to o dynamice dnia codziennego.

Filozofia patronująca współczesnym domom opieki w Wielkiej Brytanii opiera się o koncept opieki skierowanej na osobę (*Person-Centred Care*, *Person-Centred Approach*). Najogólniej opiekę ukierunkowaną na osobę można

scharakteryzować za pomocą takich wartości jak: traktowanie każdego w indywidualny sposób, udzielanie osobom wsparcia w egzekwowaniu ich praw, dokonywaniu wyborów, ochrona prywatności, zachęcanie do bycia niezależnym, traktowanie z godnością i szacunkiem, zasada partnerstwa w relacji pracownik – rezydent domu opieki [Nolan 2012a: 28].

> Opieka ukierunkowana na osobę to taki sposób opieki, który stawia osobę w centrum wszystkiego, co robi opiekun. W opiece historia życia osoby stanowi perspektywę dla zrozumienia indywidualnych potrzeb i zachowań. Innymi słowy, to opieka zindywidualizowana (*individualised care*) – opieka dostarczona osobie wedle jej potrzeb, życzeń, wierzeń, preferencji
> [Nolan 2012b: 15].

Opieka ukierunkowana na osobę wynika zatem z dostrzeżonych przez nas pragnień, potrzeb, chęci starszych osób, o których dowiadujemy się zarówno na podstawie przeprowadzonej rozmowy, jak i z udokumentowanej historii życia rezydenta. Oznacza to stworzenie rezydentom dostępu i możliwości do realizacji owych pragnień i potrzeb, otoczenie szacunkiem i zapewnienie godności, zaspokajanie potrzeb fizycznych i emocjonalnych, umożliwienie koordynowania planem własnej opieki, modyfikowania go w dowolnym momencie po dyskusji z opiekunami, dostęp do odpowiednich urządzeń, poprawa zdrowia i zaangażowanie społeczne [Basford, Thorpe 2004: 56]. Nieodłącznym elementem tej filozofii jest sprawianie, by rezydent mógł czuć kontrolę nad własnym życiem, by podniosła się jego jakość i rozwinęła osobowość rezydenta.

W przypadku osób z demencją Brooker podkreśla wagę czterech składników (WIPR), które winny definiować opiekę ukierunkowaną na osobę (*Person-Centred Care*):

– absolutną wartość każdego życia ludzkiego (*value*);

– indywidualne podejście, wynikające z niepowtarzalności jednostki (*individualised*);

– rozumienie świata z perspektywy osoby żyjącej z demencją (*perspective*);

– promocja pozytywów płynących z psychologii społecznej: związków i relacji międzyludzkich, dzięki którym znacząco może poprawić się samopoczucie (*social psychology*) [Brooker 2014: 28–29].

Te czynniki wprowadzone w strukturę organizacji znajdują zastosowanie w pracy zespołu opiekunów, *team leaderów*, pielęgniarek i lekarzy oraz menadżerów [tab. 2].

Wartość – dyrektor, seniorzy Uwaga skupiona na demencji Zarządzanie zespołem ludzkim Etos zarządzania Szkolenia i rozwój zespołu Środowisko usług Utrzymanie jakości i jej podnoszenie	**Indywidualność – personel medyczny** Sposoby opieki i jej planowanie Regularne przeglądy Własność prywatna Indywidualne preferencje Praca w oparciu o „historię życia" (life story) Zajęcia i zaangażowanie
Perspektywa – leaderzy zespołu „na zmianie" Umiejętna komunikacja Empatia, ryzyko i decyzje Zarządzanie środowiskiem fizycznym Potrzeby zdrowia fizycznego Zachowania trudne Orędownictwo	**Relacje społeczne – wszyscy pracownicy** Włączenie Szacunek Ciepło Uprawomocnienie Stawarzenie możliwości Rodzina i społeczność

Tabela 2. Wartości WIPR w kontekście organizacji domu opieki. Opracowanie własne na podstawie: Brooker 2014: 29.

Zawód opiekuna w praktyce

W brytyjskich domach spokojnej starości stykają się ze sobą cztery pokolenia, które, za Baumanem, można by scharakteryzować następująco:

a) pokolenie urodzone przed wojną i w trakcie jej trwania, które doświadczyło niedostatku, niepewności, ciężkiej pracy i zmuszone było oszczędzać;

b) *baby boom generation* – pokolenie urodzone po wojnie w latach 1946–64, obecnie w wieku 52–60 lat, które cechuje pamięć o niedostatku, życiu z dnia na dzień rodziców, stąd jego ciężka praca, oszczędność i rozwaga;

c) *X generation / me generation* – pokolenie w wieku 34–52 lat, które korzystało z przyjemności życia, niewiele lękając się o przyszłość;

d) *Y generation* – pokolenie w wieku 17–34 lat, które ma nieograniczoność wyborów, możliwości i atrakcji, dostępność wielu ofert pracy, stąd często ją zmienia [Bauman 2011: 75–79].

Pokoleniowe rozróżnienia Baumana dotyczące Brytyjczyków należy uzupełnić o podziały na pracowników z grupy imigrantów z różnych stron świata (na przykład Filipiny, Indie, Ghana, Nigeria i Europa Środkowo-Wschodnia), którzy stanowią o kulturowo-językowej mieszance domów spokojnej starości, wnosząc do organizacyjnej atmosfery umiejętności opieki z krajów swojego pochodzenia. Pokolenie a) jest zatem pod opieką osób różnorodnie interpretujących historię, mających świadomość przeszłości lub jej brak. Wpływa to na sposób komunikacji i odpowiedzi na potrzeby rezydentów.

Praca w domu spokojnej starości wymaga od pracownika szczególnej motywacji i cech osobowości, które pozwolą współtworzyć czasoprzestrzeń dyskursu starości, a także wspierać indywidualnych rezydentów. Motywacja do wykonywania zawodu opiekuna, poza potrzebą „dorobienia sobie tam, gdzie zawsze znajdzie się robota" (Judie, dwa lata w zawodzie), może wynikać z chęci dania czegoś od siebie społeczeństwu, potrzeby osobistej satysfakcji, poczucia wykonywania pracy potrzebnej, użytecznej, wartościowej i / lub cenionej przez innych oraz chęci łagodzenia cierpienia i skutków starości [Basford, Thorpe 2004: 82].

Zawód ten można scharakteryzować słowami: misja, poświęcenie, służba i obowiązek opieki (*duty of care*). Troskliwość i cierpliwość są niezbędne w wykonywaniu tego zawodu, zaś osoby długotrwale, a więc wiele lat, wykonujące pracę opiekuna cechuje często charyzma, umożliwiająca skuteczne łączenie funkcji takich jak pielęgniarz, salowy, żywiciel, łaziebny i pokojowy z funkcją przyjaciela rezydenta czy nawet, w szczególnych przypadkach, członka jego rodziny. Niewątpliwie opiekun jest częścią „rodziny" domu starości, czyli

zespołu osób, które nadają rytm i charakter tworzonej czasoprzestrzeni.

Wyobraźnia pozwala bawić się przestrzenią – w jednej godzinie opiekun jest fryzjerem, w drugiej karmicielem, w trzeciej natomiast asystuje w doborze garderoby i perfum na ceremonię kościelną. Wieczorami często wycisza niepokoje rezydenta związane z samotnością i odchodzeniem przez obecność i rozmowę czy trzymanie za rękę podczas wieczornych wiadomości. W tej jakby domowej funkcji kryje się czasem pułapka związana z zachowaniem roszczeniowych klientów domu starości, którzy traktują opiekunów jako serwisantów, czasem nawet służących:

> My nie jesteśmy tu służącymi, ale pracownikami. Musisz uważać, oni często bawią się nowymi opiekunami, usiłują ich wykorzystać. Jak zobaczą, że się dajesz, to będą sie tobą bawić. To dorośli ludzie (Amelia, 45 lat).

> Po piętnastu latach w zawodzie czuję, że się rozsypuję. Zaczęłam chodzić na siłownię, żeby wzmocnić mięśnie, podnosić ciężarki. Po dwunastogodzinnej dniówce często odczuwam bóle kręgosłupa spowodowane przesuwaniem, dźwiganiem i popychaniem wózków, rezydentów i przedmiotów. Kupiłam zegarek, którym mierzę liczbę kroków wykonywanych podczas dniówki – przekłada się to zwykle na osiem–dziesięć kilometrów w ciągu dnia wykonywanych między kuchnią, jadalnią, korytarzami i świetlicą. Rozsypały się paznokcie – starsze osoby często mają grzybice stóp i inne choroby, pracując bez rękawic, łatwo się zarazić, na przykład podczas kąpania czy zakładania rezydentowi skarpetek. Prawdopodobnie wkrótce czeka mnie operacja nerwu nadgarstka, częsta przypadłość w tym zawodzie, który został nadwyrężony podpieraniem wstających z foteli rezydentów (Oksana, 52 lata).

Wymienione wyżej przykładowe wyzwania zawodowe opiekuna pokazują też potencjalne przypadki, mogące przyczynić się do zachwiania równowagi w czasoprzestrzeni układu rezydent – opiekun, jak uszczerbek na zdrowiu fizycznym. Wspomnieć należy także o zjawisku wypalenia zawodowego, emocjonalnego stępienia rutyną czy bezrefleksyjnego wpasowania się w swoją rolę. Aby temu zapobiec, organizacje wspierają pracowników, oferując na przykład bezpłatne treningi czy też pomoc psychologiczną, proponują także etaty trzy- lub czterodniowe, by opiekun mógł zregenerować siły. Po kilku latach w zawodzie zwykle przyznawane są nagrody finansowe. Niebezpieczeństwo traktowania pracowników domu spokojnej starości jak „służących"

regulują natomiast wewnętrzne mechanizmy w miejscu pracy, które mają za zadanie godzić interesy rezydenta przy jednoczesnej ochronie praw pracownika do godnego traktowania.

> Praca ta daje bardzo wiele satysfakcji, ale jest też bardzo wyczerpująca. Zżywamy się emocjonalnie z rezydentami, przeżywamy ich choroby, czasem śmierć. Pamiętać przy tym trzeba, by zawsze dokumentować swoje czynności, obserwacje, uwagi, spostrzeżenia i wypadki dnia codziennego w kartach rezydentów – bo część tej pracy to często odpowiedź na zarzuty członków rodziny, zwłaszcza jeśli wydarzy się wypadek śmiertelny (Sylvia, dziesięć lat w zawodzie).

Wypadki śmiertelne pozostają w pamięci opiekunów na zawsze, czasem ciążą jako wyrzut sumienia, niezawinione działanie, które przyczyniło się lub mogło przyczynić do okoliczności śmierci. Jedna z opiekunek wspomina, że kiedyś szczupła starowinka przenoszona do toalety wysunęła się jej z hoista[3], roztrzaskując sobie czaszkę o podłogę. Inna pamięta, że rezydentkę co prawda wykąpała z pomocą hoista, a następnie umieściła na życzenie przed komputerem, ale wychodząc do kuchni, by przynieść jej herbatę, nie przewidziała tego, że gdy wróci, zastanie ją w tej samej pozie, siedzącą przed ekranem z myszką w ręku, tyle że martwą – po ataku serca. Jeszcze inne pamiętają, jak rano znalazły nieżywego rezydenta w kałuży krwi w łazience – najprawdopodobniej zasłabł i rozbił sobie głowę. Te obrazy pozostają w świadomości opiekunów, stawiają znaki zapytania, czy nie doszło do nadużycia lub zaniedbania (*abuse*), wzmagają czujność wobec innych rezydentów – podatnych na uszczerbek fizyczny czy psychiczny (*vulnarable adults*)[4].

3 Hoist, inaczej podnośnik – urządzenie do podnoszenia i przemieszczania rezydenta (na przykład z wózka na łóżko) za pomocą uprzęży lub nosidła z materiału.

4 W literaturze prawniczej osoby dorosłe potrzebujące usług opieki socjalnej ze względu na swój wiek, niepełnosprawność (fizyczną lub umysłową) i chorobę oraz takie, które mogą zostać wykorzystane lub ponieść uszczerbek na zdrowiu, gdyż nie potrafią zatroszczyć się o siebie ani obronić, definiuje się jako dorosłych narażonych na skrzywdzenie (*vulnarable adults*). Te osoby winny być szczególnie chronione przed nadużyciem (*abuse*) fizycznym, psychicznym, seksualnym, finansowym, materialnym i instytucjonalnym oraz dyskryminacją i zaniedbaniem [Mandelstam 2009: 13–14].

Paradoksem pracy opiekuna jest dostarczenie najlepszego „pakietu usług" wobec osoby odchodzącej z miesiąca na miesiąc, czasem z tygodnia na tydzień. Nie jest to zawód dający prestiż i pieniądze. Satysfakcją w tym zawodzie jest dobra opieka, która jednakże ostatecznie prowadzi do nieuchronnego. Natomiast sukcesem opiekuna jest powstrzymanie procesów odchodzenia i stworzenie miejsca, w którym życie jest świętowane każdego dnia („Everyday life with purpose"; „Think past, live present, dream future"). Efekty są często niedostrzegalne dla opiekunów przywykłych do codziennej rutyny. **Czasoprzestrzeń odwrócona**, a więc taka, w której czasu nie odmierza się sukcesywnym wykonywaniem określonych celów zawodowych prowadzących do ekonomicznego wzrostu czy samorealizacji i rozwoju, to właśnie przestrzeń i czas domu opieki.

Lata pracy w zawodzie często decydują o jakości sprawowanej opieki. Znaczenie ma także wiek pracownika: młody pracownik – absolwent szkoły lub student wnosi do czasoprzestrzeni inną jakość niż pięćdziesięciopięcioletnia matka i babcia. Przenikające się energie młodości, dojrzałości i starości, jak również nieustanna rotacja pracowników etatowych, jak i „na zlecenie", stanowi o dynamice miejsca. Wielokulturowa i wieloetniczna struktura społeczna Wielkiej Brytanii znajduje odbicie także w składzie personelu domów spokojnej starości, przy czym ów skład różnił się będzie w zależności od populacji zamieszkującej dany teren; w niektórych domach jest więcej opiekunów pochodzenia afrykańskiego (Black British), w innych więcej azjatyckiego (Asian British). Wspomnieć trzeba o szczególnej kategorii opiekunów, którymi są emigranci. Wykonywanie zawodu opiekuna pozwala zapełnić emocjonalną pustkę spowodowaną brakiem kontaktu z rodziną, czy z miejscem pochodzenia.

Każdy opiekun, by dobrze sprawować funkcję, winien dbać o swoje samopoczucie fizyczne i psychiczne. „Im bardziej troszczysz się o siebie, tym lepszą opiekę sprawujesz wobec innych" – podkreślają podręczniki [Bailey 2015: 111]. W momencie opuszczenia środowiska troski (*care setting*), gdzie opiekun dostarcza wielorakiego wsparcia, oddając siebie w służbie innym, rozpoczyna się proces odwrotny: reaktywacja uwagi skoncentrowanej na sobie, dbałość o wygląd, rozwój zainteresowań, życie towarzyskie, rodzinne itp.

Smith, Eriksen i Bor podkreślają, że choroba osoby może być wyzwaniem dla jej otoczenia, skąd konieczność wypracowania pewnych nawyków ochronnych, które pozwolą rozpracować towarzyszące opiece emocje i odczucia (na przykład prowadzenie dziennika czy rozmowa z przyjaciółmi), problemy i wyzwania (na przykład przynależność do grup wsparcia, telefon zaufania w pracy, kontakt z terapeutą, lekarzem czy psychologiem), zachować własne życie (na przykład opracowanie grafiku zajęć poza pracą), dbałość o zdrowie (ćwiczenia fizyczne, relaksacyjne, medytacje) [Smith, Eriksen, Bor 2015: 98].

Opiekun winien mieć także dostęp do treningów umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych, w pracy zaś do właściwego sprzętu, który oprócz zdrowia rezydenta, chroni także jego własne (na przykład hoist czy wózek inwalidzki) [Nolan 2012a: 38]. Obecnie stosowane dawniej techniki australijskie – podnoszenie czy przesuwanie rezydenta w parach lub trójkach – uznaje się za kontrowersyjne i stwarzające niebezpieczeństwo uszkodzenia ciała opiekuna (na przykład kręgosłupa), jak i rezydenta (na przykład barku).

Zawód opiekuna jest potrzebny, gdyż społeczeństwo boi się zarówno procesów umierania, jak i starości nieporadnej i zniedołężniałej. Według Edgara Morina dla człowieka „strach przed śmiercią jest (...) przeżyciem, przeczuciem lub też świadomością utraty własnej indywidualności (...). Przeczuciem pewnego zerwania, zła, porażki, to znaczy przeczuciem traumatycznym" [Morin 1993: 294].

Do psychologiczno-filozoficznych problemów dotyczących starości i umierania dochodzą czynności związane z opieką w zakresie fizycznym, które stają się dla rodziny codziennym wyzwaniem, niewygodną rutyną związaną z koniecznością opanowania odrazy i wstrętu wobec fizjologii starczego organizmu. Ciało starcze jest symbolicznie nieczyste przez swój niedoskonały wygląd, nie powstrzymuje wydzielin: śliny, śluzu, moczu, kału czy ropy, które mogą rozprzestrzenić się na innych; w ten sposób ciało to przeczy zachodniemu rozumieniu ciała w kulturze jako czystego i doskonałego [Lupton 2012: 36–37].

Dobry opiekun uczy się ciał i psychiki rezydentów, przekracza kolejne bariery odrazy (często w ogóle jej nie czując), aby jak najlepiej sprawować swoją funkcję. Ten zawód opiera się bowiem na szczególnym rodzaju połączenia z drugim człowiekiem, bazującym na komunikacji psychicznej i fizycznej, gdzie po pewnym czasie rezydent i opiekun zaczynają stanowić tandem, dla którego podstawą są umiejętności opiekuna i wzajemne zaufanie.

> Strach przed umieraniem – jako procesem emocjonalnym, cielesnym, brudnym i odrażającym pokazuje (...), z jakimi obszarami doświadczenia nie radzi sobie współczesny człowiek (i nie odnosi się to jedynie do umierania, ale i do doświadczeń związanych ze starością, chorobą czy niepełnosprawnością) [Wiatr 2010: 74].

Tabuizowanie poszczególnych słów pomaga oswoić codzienność w domu spokojnej starości, co pokazują przykłady wyrazów i określeń stosowanych przez opiekunów [tab. 3]. Ten symboliczny język tworzy ich rzeczywistość zawodową, uzupełnioną znakami graficznymi umieszczanymi na drzwiach pokoi, gdzie zachodzą procesy śmierci (fioletowy motyl, biała kalia).

Określenie nacechowane pejoratywnie i wybrane sytuacje	Metaforyka stosowana przez pracowników
Umieralnia	*Dom starości;* *dom spokojnej starości*
Nakarmić, podmyć, zmienić pieluchę, przewrócić na drugą stronę.	*Pomagamy im godnie odejść*
Klient, rezydent, którym dana osoba się opiekuje ze szczególną uwagą i troską, ulubiony rezydent	Mój aniołek
Określenie na niezwykle wymagającą, manipulatywną i zarządzającą rezydentkę, która usiłuje być najważniejsza	*Królowa Dorota*
Ostra biegunka, wydarzająca się zwykle nad ranem, która wymaga natychmiastowego wzięcia rezydenta pod prysznic, obmycia go	*Kate znów pływała*
Opracowanie strategii kontaktowania się i komunikowania z różnymi instytucjami celem dostarczenia rezydentowi potrzebnej pomocy	*Plan ataku*

Tabela 3. Językowa gra w czasoprzestrzeniach domów spokojnej starości.

W kolejnych paragrafach przedstawione zostaną strategie opiekunów wobec starości i chorób jej towarzyszących, które wykorzystują stworzoną w domach opieki czasoprzestrzeń, aby ożywić tajemnicę godności życia ludzkiego.

Ucząc się na nowo – rezydent w obliczu zmiany

Prowadząc rozważania nad doświadczeniami rezydentów domu starości, należy podjąć refleksję nad starością jako wyzwaniem. Aby mu sprostać, trzeba dokonać wysiłku uczenia się na nowo, między innymi w sferach:

– poruszania się (laska, rama zimmera, wózek inwalidzki, hoist, chwytaki);

– odżywiania (zmiana pokarmu z twardego na miękki, jedzenie z pomocą mniej lub bardziej dopasowanej sztucznej szczęki, rurki, kubki z dziubkiem do picia, karmienie);

– higieny osobistej (prysznic na krześle / wózku, mycie ograniczone do przetarcia chusteczkami, wanna z podnośnikiem-krzesłem, stosowanie podpasek, pieluch, pieluchomajtek, katetera)

– akceptowania sytuacji bycia zależnym od pomocy innych – postępowania według narzuconej przez lekarza czy instytucję instrukcji.

Dom starości to dla niedołężnego obieg zamknięty, którego nie można samodzielnie opuścić, na przykład by wyjść na spacer ulicą lub po zakupy. Podstawą uzyskania dobrej opieki jest umiejętność wyrażania swoich potrzeb i definiowania zaistniałych problemów, z czym wiąże się tolerancja wobec opiekunów (język, płeć, wiek, klasa, rasa, religia). Czasem wyzwaniem jest funkcjonowanie w społeczności starszych osób [tab. 4], otoczenie niedołężnością innych, podporządkowanie się planowi dnia czy zmiana własnych przyzwyczajeń (na przykład prysznic popołudniu, a nie rano). Tej nauce towarzyszą często lęki i obawy przed upadkiem, okaleczeniem i niezaakceptowaniem przez innych. Osoba, która wprowadza się do domu starości, musi wpasować się w pewien schemat dnia, co z jednej strony dyscyplinuje, z drugiej zaś wprowadza ograniczenia:

> Musimy uczyć rezydentów naszej rutyny. To nie my mamy dostosowywać się do ich fanaberii, ale oni do rytmu tego domu, bo mieszka tu wiele innych starszych osób (Chloe, siedem lat w zawodzie).

Powyższa wypowiedź stanowi krok do powolnego odbierania indywidualności rezydentowi i osadzania go w kontekście innych osób, wśród których ma on robić to, czego się od niego oczekuje, i w taki sposób, by nikomu nie przeszkadzać. Rezydenci usiłują ratować swoją indywidualność, walczyć o prawo bycia odrębnym. Jedni prowadzą własne życie w pokojach, czytając, rysując, robiąc na drutach, czasem nawet pisząc listy, oglądając telewizję i korzystając z komputera. Inni, którzy potrzebują towarzystwa, walczą o bycie zauważonym i niezlewanie się z tłumem, na przykład żądając oddzielnego menu, grymasząc przy stole, oczekując szklanych zamiast plastikowych szklanek, prania

	Linda	Joshua	Fred	Marie	Stanley	Anthony
Wiek	**73**	**92**	**82**	**96**	**75**	**85**
Charakter	Inteligentna, kłótliwa, manipulatywna	Cierpliwy, towarzyski, kłótliwy	Spokojny, towarzyski, wesoły	Serdeczna, spokojna, stanowcza	Niecierpliwy, życzliwy	Wesoły, uparty
Choroby	Uszkodzenie kręgosłupa	Cukrzyca, paraliż prawej strony ciała, demencja	Problemy z sercem, astma	Reumatyzm, trzykrotny udar	Trwała głuchota, astma	Problemy z sercem, Zaawansowana choroba Alzheimera
Poruszanie się	Wózek inwalidzki, hoist	Samodzielny, w słabsze dni wózek lub hoist	Rama Zimmera	Rama Zimmera	Samodzielny	Samodzielny
Samodzielność	Potrzebuje pomocy: toaleta, położenie do łóżka, kąpiel	Potrzebuje pomocy: wstawanie i położenie do łóżka, ubieranie, toaleta, kąpiel, opróżnianie katetera	Niezależny; pomoc w kąpieli	Potrzebuje pomocy: ubieranie, poranna toaleta, kąpiel	Niezależny; pomoc w kąpieli	Potrzebuje pomocy w ubieraniu się; konieczne sprawdzenie / zmiana pieluchy trzy razy w ciągu dnia
Sposób spędzania czasu samodzielnie	Oglądanie telewizji, plotki z pracownikami, siedzenie w pokoju	Oglądanie telewizji, wizyty rodziny	Rysowanie, gra na organkach, czytanie magazynów, wizyty przyjaciół z koła golfowego	Czytanie gazet, odwiedziny rodziny, pisanie listów, robótki na drutach, odwiedziny psa-terapeuty (dogoterapia)	Wizyty żony lub córki, oglądanie telewizji, czytanie prasy codziennej, patrzenie w okno	Oglądanie telewizji w pokoju, wizyty rodziny, palenie
Zajęcia wspólne	Separuje się od innych rezydentów, unika ich	Spędza czas w świetlicy, oglądając t elewizję i biorąc udział w grach	Codzienne posiłki, wspólna przedpołudniowa herbata w weekend, ceremonie kościelne	Rozmowy z sąsiadką w trakcie codziennego przemieszczania się na wspólne posiłki	Separuje się od innych rezydentów	Zajęcia taneczne, bingo, oglądanie telewizji w świetlicy
Inne: np. przyzwyczajenia, nałogi	W dni „słabsze" śpi w fotlu, odmawiając położenia się w łóżku	Wieczorami niespokojnie krąży po korytarzu szukając wyjścia – sundowning	Popołudniowa drzemka	Powolność w poruszaniu się, jedzeniu	Oglądanie filmów pornograficznych na komputerze, pornografia w prasie męskiej	Palenie – trzy razy dziennie rezydent „wymusza" wyjście na papierosa

Tabela 4. Przykładowe różnice między wybranymi rezydentami, które stanowią o specyfice czasoprzestrzeni domu spokojnej starości.

pończoch itp. Te zachowania i wymagania mają im zapewnić poczucie godności i indywidualizmu.

Tabela na poprzedniej stronie ilustruje potrzeby indywidualnych rezydentów oraz różnice między nimi pod względem wieku, chorób, stopnia samodzielnego poruszania się, przyzwyczajeń i oczekiwań. Osoby uzależnione, na przykład od papierosów, muszą dodatkowo wpasować się w rytm domu starości i często ograniczyć do minimum nałóg. Z kolei pornografia, choć dozwolona, nie jest mile widziana przez opiekunki, które mogą być postrzegane jako obiekty seksualne przez kąpanych czy ubieranych mężczyzn. Niezależna osoba może mieć okresy słabości spowodowane upadkiem, porą roku, przeziębieniem itp., wymagające dodatkowych czynności ze strony opiekunów.

Szczególna jest także pozycja osób częściowo lub całkowicie niesłyszących czy niewidomych – niemożność interakcji z innymi sprawia, że takie osoby znajdują się na peryferiach przestrzeni domu starości, mają ograniczony kontakt zarówno z opiekunami, jak i resztą rezydentów. Wykluczone z przestrzeni wspólnych wydają się osoby o odmiennym wyglądzie fizycznym, na przykład karłowaci, którzy preferują samotność w swoim pokoju, nie chcąc narazić się na wścibskie spojrzenia innych rezydentów.

Przestrzenie starości to strach przed odejściem, zarówno przed śmiercią nagłą i niespodziewaną, jak i przed długim umieraniem w łóżku. Śmierci oczywiście każdy z rezydentów spodziewa się prędzej czy później, jednakże czasem uczestniczy w niej pośrednio, słuchając okrzyków bólu tych, którzy odchodzą, cierpią psychicznie i fizycznie. Te dźwięki przeszywają spokój nocy, budzą nad ranem, towarzyszą w ciągu dnia niczym złowrogi pulsujący rytm. Widok sanitariuszy z noszami rodzi pytania i pomnaża niepokoje. Nieobecność sąsiada podczas posiłku prowadzi do refleksji nad swoim odejściem.

Bywa, że odchodzący rezydent ocknie się z mroku, w który powoli się zapadał, wieczorem nagle zgłodnieje, nabierze apetytu, nakarmiony podanym pokarmem – papką, po dwunastogodzinnym śnie ożyje, zażąda posadzenia na fotelu, spędzi wieczór z innymi w świetlicy, aby kolejnego dnia odsypiać zmęczenie, a następnego rytmicznymi krzykami zwiastować zbliżające się odejście. Dzielenie prywatności odchodzenia, obserwowanie wypadków, chorób i śmierci innych jest nieodłącznym elementem codzienności w domu spokojnej starości.

Współudział w niedoli kontrastuje z poczuciem wyższości wobec tych, którzy są słabsi. Bywają ludzie okrutni – siedząc przy stole i patrząc, jak karmiony jest ich sąsiad, mający akurat słabszy dzień, dyskutują o jego wieku i niedołężności, co kwitują słowami: „Mam nadzieję, że nie dożyję takiego stanu jak on", „Popatrzcie, jak ona je!". Po czym wypytują opiekunów przy rezydencie o jego wiek, choroby itp. Są i tacy, którzy przekraczają granice taktu – sami będąc w pełni sprawni, usiłują na przykład przy stole karmić innych, kroić im jedzenie. To także jest niestosowne – to zachowanie odbierające

zniedołężniałemu rezydentowi godność. Jeśli karmi go opiekun – to sprawa wygląda inaczej – czyni to osoba, która pracuje, taka jest jej funkcja. Do końca nie wiemy, czy patrzący tępo w talerz rezydent całkowicie nas dziś nie rozumie. Czasem po twarzy nie widać emocji, rezydent nie mówi; za chwilę jednak wykona gest ręką, którym powie nam, że jest świadomy, czuje i rozumie.

Ludzie w domach opieki, choć znajdują się w społeczności podobnych osób, często czują się samotni. Tęsknią za bliskimi, wspominają współmałżonków, nie zawsze nawiązując kontakt z innymi rezydentami. Otwierają się czasem przed opiekunami, których jednak pogania codzienna rutyna i konieczność wykonywania kolejnych zadań w planie dnia. Rano czekają na to, by uzyskać pomoc w porannej toalecie i ubraniu się, wieczorem – by zostać położonym do łóżka. Niektórzy nie zasną bez kilku słów na dobranoc, bez potrzymania przez chwilę dłoni opiekuna, a nawet bez pocałunku. Chcą być otuleni, umoszczeni, z odpowiednio ułożonymi poduszkami, szklanką wody na stoliku nocnym, sokiem żurawinowym, książką pod ręką, misiem, światełkiem nocnej lampki czy drażami / mentosami / czekoladkami, gdyby w nocy zachciało się jeść. To symbolicznie ma im zapewnić poczucie bezpieczeństwa, tak jak telefon do rodziny przed zaśnięciem.

Niepokój wzbudzają rezydenci z zaawansowaną chorobą Alzheimera. Bywa, że wieczorami krążą po piętrze, zaglądają do pokojów innych, zakładają ich ubrania bądź przez pomyłkę zabierają im torebki i laski. Niektórym nakładają się wspomnienia z przeszłości o o własnym domu: i tak chodząc po korytarzu, szukają schodów na nieistniejące piętro, wyjścia na werandę czy parasola, bo za chwilę wychodzą, a na dworze będzie padać. Czasoprzestrzenie przypominania i zapomnienia przeplatają się ze sobą. Ulotna teraźniejszość, przerywana pytaniem: „I co ja teraz mam zrobić?", powraca do właściwego rytmu przez fizyczną i emocjonalną bliskość opiekuna.

Wsparcie pamięci osoby z demencją to na przykład trzymanie przedmiotów codziennego użytku w niezmiennych miejscach, żeby można było je łatwo znaleźć; ustawienie jednego poprawnego czasu na wszystkich zegarkach i zegarach, jak i wskazanie właściwej daty codziennie na wszystkich kalendarzach w domu (lub zaznaczanie dni, które minęły); tablica z pisanymi / naklejanymi informacjami o ważnych sprawach; ustalenie (pisanej) rutyny dnia codziennego, zadań do wykonania; podpisanie zdjęć ustawionych w pokoju lub zamieszczonych w albumie, do którego sięga osoba, i wiele innych pomysłów [Bailey 2015: 81–82].

Paradoksalnie, przestrzeń domu starości to często psujące się zegary ścienne, niezmieniane przez kilka dni, a jeśli już, to w weekend plansze z datą i dniem tygodnia. Problematyczność podziału na domowe i publiczne, czyli pokój rezydenta i przestrzenie wspólne, staje się przyczyną wieczornego zagubienia i niespokojnego krążenia. Do zadań opiekunów stopniowo dochodzą

łamigłówki w rodzaju: gdzie dziś rezydent ukrył zużytą pieluchę czy sztuczną szczękę, jak również wyzwania podczas posiłków – zdarzają się rezydenci, którzy żują pokarm, a zapominają go połknąć. Demencja to także nadwrażliwość, płaczliwość, agresja słowna lub fizyczna, które uzupełniają niepokój, przewidzenia, powroty do przeszłości w myślach i na jawie[5]. Zdarzają się halucynacje prowadzące do upadków: rezydent słyszy głosy osób z przeszłości, które prowokują i przezywają. Wstaje, by się z nimi rozprawić, zapominając jednocześnie, że nie wolno mu poruszać się inaczej niż na wózku. Kilka kroków i bolesny upadek z uszkodzeniem biodra przypominają opiekunom, że w czasoprzestrzeniach „czyha złe", a niektórych zdarzeń nie da się przewidzieć ani im zapobiec.

> Umieszczenie w domu starości stając się dla osoby przeżyciem traumatycznym, może pogłębić chorobę Alzheimera. Z drugiej strony rodziny pozostają czasem bez wyjścia – ukochana mama czy ojciec żyjąc bez ciągłego nadzoru, stanowi zagrożenie dla siebie i innych: zapominając o zapalonym papierosie, może podpalić mieszkanie, zalać mieszkających pod spodem sąsiadów podczas porannej toalety, gdy zapomni zakręcić kran, a na dodatek nie słyszy, że woda nadal się leje[6].

Oswajając czasoprzestrzenie – życie indywidualne i w społeczności

Każdy rezydent zamieszkujący dom spokojnej starości ma swoją niszę – miejsce, gdzie może być z dala od innych, na przykład zamykając się w pokoju. Te przestrzenie są czasem współtworzone przez opiekunów lub rodzinę, którzy układają pluszaki, ustawiają na szafce czy biurku zdjęcia, eksponują kartki

5 Zilustrował to w profesjonalny sposób Jacenty Dędek, fotografując czasoprzestrzeń domu spokojnej starości w Polsce [Dędek 2016].

6 To zdarzenie miało miejsce kilka miesięcy temu w domu spokojnej starości: niedowidząca i niedosłysząca rezydentka pierwszego piętra zalała pokój mieszkającej pod nią pensjonariuszki, zapominając zakręcić kurek z wodą. Działo się to podczas porannego rozgardiaszu przed śniadaniem, na które nigdy nie przychodziła, stąd nikt z opieki nie zaglądał w tym czasie do jej pokoju – otwarte drzwi umożliwiały obsłudze sprawowanie wystarczającej „kontroli". Sama rezydentka po dokonaniu toalety położyła się z powrotem do łóżka. Zalany wodą pokój odkryła po pół godzinie osoba sprzątająca.

pocztowe itp. Zestaw zdjęć w pokoju umożliwia budowanie obrazu swojego życia, streszczanie go w oparciu o wizerunki najbliższych osób.

Ze zdjęć wyłaniają się wizerunki dawnego angielskiego społeczeństwa, zarówno z Londynu, jak i przedmieść i terenów wiejskich, nieznana mi moda, uczesania, styl i elegancja. Szczególnie drogie kobietom są ich fotografie ślubne. Kolejne są zdjęcia wnuków i prawnuków, rzadziej dzieci. Rozmawiając o fotografiach, można na przestrzeń oddziaływać, uspokajać lub pobudzać psychikę rezydenta do wspomnień o chwilach drogich i przyjemnych.

Zdjęcia uzupełniają przestrzenie wyobrażone, tworzone za pomocą ustawienia przedmiotów lub relacji z nimi, na przykład:
– rodzina dwunastu pluszowych słoników – nadaje im się imiona, codziennie układa na łóżku, by patrzyły, gdy czyta się gazetę (te wyobrażone przestrzenie nie mają nic wspólnego z kolekcjami rzeczy, które odtwarzają dawną przestrzeń domową; na przykład inna rezydentka kolekcjonuje wizerunki, pluszaki i figurki psów bokserów);
– pluszowy kot naturalnej wielkości – trzyma się go w koszyku, czasem czesze grzebieniem, innym razem układa na kapie łóżka; zastępuje żywe zwierzę;
– miś – przytula się go, nosi ze sobą;
– lalka-bobas w koszyczku na łóżku obłożnie chorej – można się do niej uśmiechnąć, dotknąć niczym śpiącego niemowlaka;
– rodzinny segment lub ulubiony fotel w pokoju – przynosi się go do domu starości, by czuć się „u siebie".

Przenoszenie się w inną przestrzeń dokonuje się czasem za pomocą recytacji poezji lub nuconych na korytarzu piosenek. Rysowanie satyrycznych karykatur pracowników domu opieki w odpowiedzi na problemy i konflikty dnia codziennego pozwala kreatywnym rezydentom zachować dystans i wyrazić własne zdanie.

Filozofia domu spokojnej starości to jednak przede wszystkim zachęcanie do spędzania czasu wspólnie: podczas posiłków, w świetlicy przed telewizorem, podczas zajęć grupowych – w przestrzeniach, które sprzyjać mają tworzeniu komuny określanej mianej „community". W niektórych domach starości dostarcza się rezydentom, oprócz prasy, codzienny biuletyn z ważnymi wydarzeniami z przeszłości, który mogą czytać i omawiać z innymi.

W poszczególne dni tygodnia zespół animatorów organizuje zajęcia wspólne w świetlicy takie jak gry (bingo, bilard, kręgle czy domino); robótki (klub robiących na drutach), koncerty na żywo (zapraszanie gości, na przykład „Elvisa") i z DVD (repertuar z lat 50., 60. i 70. XX wieku, arie operowe), pokazy gotowania (z jednoczesnym prawem partycypacji i smakowaniem końcowych efektów), kino wieczorne z popcornem, pokazy mody z możliwością zakupu ubrań za symboliczną cenę, loterie fantowe, zajęcia plastyczne: rysowanie, malowanie, kolorowanie, układanie bukietów itp.; gra w kosza lub w siatkę, siedząc

na krzesłach, która dynamizowana jest akompaniamentem przebojów z lat młodości; zajęcia gimnastyczne kończyn górnych i dolnych czy *nordic walking*.

Ważną rolę odgrywa terapia za pomocą żywych zwierząt – regularne spotkania z Psem Jakubem, Królikiem Patem, obserwowanie życia kanarków w klatce, a także okazjonalny kontakt ze zwierzętami „obrzydliwymi" – egzotycznymi karaluchami i dżdżownicami. Mini-kawiarnia w stylu angielskiego pubu to miejsce spotkań, rozmów i wspólnego bycia ze sobą. Rytuałem może być zarówno serwowana w każde sobotnie przedpołudnie herbata z porcelanowych filiżanek, jak i uczestnictwo we wspólnych posiłkach w jadalni trzy razy dziennie. Co parę miesięcy zmienia się przy tym wystrój pomieszczeń przy wykorzystaniu różnego rodzaju przedmiotów, plakatów czy dekoracji ściennych, co tworzy atmosferę Świąt Bożego Narodzenia, Halloween, wakacyjnych podróży po brytyjskim wybrzeżu, Kalifornii, Hiszpanii itp. Zdarzają się wycieczki, w sezonie letnim – festyny, promujące dodatkowo dom spokojnej starości. Rezydentów odwiedzają uczniowie pobliskich szkół i studenci nauk społecznych.

Sfera duchowa podtrzymywana jest przez ceremonie religijne, zwykle anglikańskie lub katolickie. Modlitwy, formuły i tego typu zachowania zapewniają spokój ducha. Dom starości to dom laicki, ale rezydenci mogą praktykować religię na przykład podczas nabożeństw zbiorowych dwa razy w tygodniu, nabożeństw na życzenie indywidualnie w pokoju, w samotności co niedzielę przed telewizorem. W niektórych pokojach widoczne są symbole religijne: obrazki z Jezusem, biblia, krzyżyk, palemka wielkanocna, różaniec czy książeczka do pierwszej komunii świętej. Czasem rezydenci pragną wziąć udział w tworzeniu atmosfery ceremonii religijnej, grając na organach lub czytając fragmenty pisma podczas nabożeństwa. Zdarza się, że w mszach uczestniczą niewierzący, których przyciąga spokój panujący podczas ceremonii, śpiew psalmów i balsamiczny głos prowadzącego uroczystość pastora.

Niedrogą przyjemność stanowią cotygodniowe wizyty u fryzjera i miesięczne spotkania z manikiurzystką czy pedikiurzystką (te ostatnie są obowiązkowe także dla panów). Oswajanie przestrzeni domu starości to dla wielu rezydentów przede wszystkim udział w zajęciach wspólnych, które tworzą bogaty program umożliwiający realizowanie własnych zainteresowań przy jednoczesnym kontakcie z innymi mieszkańcami.

Zakończenie

> Czasem kiedy tak siedzę, albo budzę się w nocy, widzę przed oczami różne sceny z życia, wspomnienia. Tak jakbym była wtedy
>
> (Gwen, 94 lata, trzy miesiące przed śmiercią).

Co mówią nam przestrzenie starości o nas samych, opiekunach i odwiedzających dom spokojnej starości członkach rodziny? Czy demaskują nasze lęki przed nieznanym, a nieuniknionym? Czy wprowadzając nas w inną czasoprzestrzeń, odsłaniają świat osób w podeszłym wieku, pomagając zrozumieć jego strukturę uwarunkowaną wspomnieniami, doświadczeniami długiego życia? Przestrzenie te nigdy nie pozwolą nam się całkowicie zrozumieć. Możemy empatyzować z bólem psychicznym czy fizycznym, ale będąc w pracy (opiekun) czy w odwiedzinach (rodzina, przyjaciele), tak naprawdę sami go nie poczujemy. Nie zrozumiemy, co oznacza lęk przed śmiercią ani też nie wnikniemy w labirynty demencji. Tylko słowa, które słyszymy, uchylają rąbka tajemnicy; zachowania, które obserwujemy, przerażają nas lub bawią; przedmioty w pokojach wskażą na niegdyś intensywnie przeżywany świat, zainteresowania, zdarzenia czy bliskie osoby.

W przestrzeniach starości człowiek może żyć długo, jego zachowanie będzie nas nierzadko zaskakiwać. Wiele jest etapów odchodzenia, czasem przypomina ono ślizganie się po coraz bardziej kruchej tafli lodu, kiedy to raz po raz lód się pod człowiekiem załamuje i prawie znajduje się on pod wodą, ale sam lub z pomocą innych wychodzi na powierzchnię i dalej się ślizga. Można zaliczyć parę wizyt w szpitalu, atak serca, miesięczne osłabienie połączone ze stanami śpiączki, zapalenie płuc, rozbić sobie głowę podczas niespodziewanej wywrotki i powstać, dalej kroczyć ze swoim zimmerem, jeździć wózkiem, choć wydawało się, że tym razem już koniec. Na tym być może polega „wspaniałość umierania", jak to określił Cummings.

Zbieżność imion i sytuacji przedstawionych w artykule jest przypadkowa.

Streszczenie

Celem artykułu jest refleksja nad dyskursem starości w brytyjskich domach opieki. Naświetlając tło społeczno-kulturowe opieki nad osobami starszymi w Wielkiej Brytanii, staram się następnie przybliżyć specyfikę zawodu opiekuna. Opiekun osoby starszej współtworzy czasoprzestrzeń domu spokojnej starości swoimi umiejętnościami, osobowością i pracą w grupie. Jednakże zadomowienie w domu spokojnej starości zależy także od rezydenta i jego zdolności wpasowania się w specyficzną czasoprzestrzeń. W ostatniej części artykułu przedstawiam wyzwania, jakie stoją przed rezydentami domu spokojnej starości, oraz strategie oswajania przestrzeni i czynienia jej nowym domem.

Słowa kluczowe: Opieka skierowana na osobę, opiekun, czasoprzestrzenie

"This is now your home" – Extraordinary time-spaces of ordinary daily lives in British care homes

In this article, I aim to reflect upon old age discourse in British care homes. In first part, I highlighted the socio-cultural ground of elderly care in the United Kingdom exposing the role of carers in particular. Carers for old persons co--create care homes' time-spaces with their skills, abilities and personalities to work as a part of a team. Carers' role is important, but their efforts are uncompleted without resident's will to adapt to the time-spaces. In the last part of the article I present challenges for old persons in adaptation to elderly care setting and strategies to overcome them and make the space their new home.

Key words: person centred care, carer, time-spaces

Bibliografia

Adam Barbara
2010: *Czas*. Przeł. Dera M. Warszawa: Sic!

Ahuja Anjana
2016: *Plaques, tangles and the mystery of Alzheimer's*. „Financial Times", 29 listopada, s. 13.

Bailey Alex
2015: *Alzheimer's and other dementias. Answers at your fingertips*. Somerset: Class Health.

Barret Sam
2016: *Have the perfect send-off*. „The Daily Telegraph", 16 listopada, s. 6–7.

Bauman Zygmunt
2011: *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*. Przeł. Kunz Tomasz. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Basford Lynn, Thorpe Karran
2004: *Caring for the Older Adult*. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.

Brooker Dawn
2014: *Person-Centred Care*. [W:] red. Coope B., Richards F., *ABC of Dementia*. [b.m.w.]: Wiley-Blackwell, s. 26–30.

Cooper Jeremy
2002: *The Care Homes Legal Handbook*. Londyn–Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.

Crow David
2016: *Brain training' games target dementia*. „Financial Times Health", 29 listopada, s. 4.

Dędek Jacenty
2016: *Chorzy na Alzheimera i ich opiekunowie*; http://www.jacentydedek.pl/gallery/chorzy-na-alzheimera-i [dostęp: 11 grudnia 2016 roku].

Howarth Glennys
2007: *Death and Dying. A sociological introduction*. Cambridge: Polity Press.

Kwaśny Barbara
2011: *Dom jako przestrzeń wieloznaczna. Przegląd wybranych koncepcji*. „Tematy z Szewskiej", nr 1 (5), s. 177–184.

Kulik Teresa Bernadetta, Janiszewska Mariola, Piróg Ewa, Pacian Anna, Stefanowicz Agata, Żołnierczuk-Kieliszek Dorota, Pacian Jolanta
2011: *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", t. 17, nr 2, s. 90–95; http://agro.icm.edu.pl/agro/element/bwmeta1.element.agro-8633df47-e266-493a-a36d-cd36968f7596/c/fulltext-30.pdf [dostęp: 7 grudnia 2016 roku].

Lupton Deborah
2012: *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body.* Los Angeles–Londyn–Nowe Deli: SAGE.

Macdonald Christina
2016: *Dementia Care. A Guide*. Londyn: Sheldon Press.

Mandelstam Michael
2009: *Safeguarding Vulnerable Adults and the Law.* Londyn–Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.

McNamara Beverley
2001: *Fragile lives. Death, dying and care.* Buckingham–Filadelfia: Open University Press.

Morin Edgar
2008: *Antropologia śmierci*. [W:] red. Szpakowska M., *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów.* Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 293–296.

Niedźwiedź Anna
2012: *Małe historie. Fotografie domowe w kontekście antropologii wizualnej*. Kraków: Muzeum Etnograficzne
im. Seweryna Udzieli; http://etnomuzeum.eu/file/Anna%20Nied%C5%BAwied%C5%BA_Ma%C5%82e%20historie_MEK.pdf [dostęp: 7 grudnia 2016 roku].

Nolan Yvonne
2012a: *Dementia. Level 2*. Edynburg: Pearson Education.
2012b: *Dementia. Level 3*. Edynburg: Pearson Education.

Peberdy Alyson, Katz Jeanne, Sidell Moyra
1992: *Death and Dying. Workbook 1. Life and death*. [b.m.w.]: Open University Press.

Phillips Judith
2007: *Troska*. Przeł. Gruba A., Warszawa: Sic!

Picheń Agata
2015: *Miejsce starca w mieście.* „Anthropos?", nr 24, s. 162–169; http://www.anthropos.us.edu.pl/texty/pichen.htm, [dostęp: 10 grudnia 2016 roku].

Smith Fran, Eriksen Carina, Bor Robert
2015: *Coping with the Psychological Effects of Illness. Strategies to manage anxiety and depression*. Londyn: Sheldon Press.

Rapport Nigel, Overing Joanna
2003: *Social and Cultural Anthropology. The Key Concepts*. Londyn–Nowy Jork: Routledge.
What's the cost of care in your area?
2016: BBC News, 13 września; http://www.bbc.co.uk/news/health-37307856 [dostęp: 10 grudnia 2016 roku].

Wiatr Anna
2010: *Podejrzana litość i konieczność autoterapii. Kilka uwag na marginesie hospicyjnych badań*. „Tematy z Szewskiej", nr 1 (4), s. 73–75.

Karol Walczak
Zakład Ochrony Dziedzictwa Kulturowego i Komunikacji Międzykulturowej
Wydział Pedagogiczno-Artystyczny w Kaliszu
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Dlaczego warto zdrowo jeść? Kulturowe znaczenie zdrowego jedzenia w procesach stratyfikacji społecznej

Celem niniejszego opracowania jest przybliżenie relacji zachodzących pomiędzy jedzeniem, w szczególności tymi jego rodzajami, które w opinii analizowanych grup społecznych, wynikiem kulturowego rozstrzygnięcia, z uwagi na przypisane im właściwości, postrzegane są pozytywnie i w konsekwencji pożądane, a pozycją społeczną grup i jednostek, które decydując się na wybór konkretnych strategii żywieniowych i konsumpcyjnych, dążą do pozytywnego przekształcenia własnego statusu kulturowego bądź, pozbawione możliwości tego wyboru, biernie przyczyniają się do utrzymywania kulturowego *status quo*. Pojawiające się w tekście ustalenia odnoszą się wyłącznie do historycznych, jak i współczesnych, form tak zwanej kultury europejskiej (kultury Zachodu) lub genetycznie z niej się wywodzących, choć pewnych analogii czy powinowactw zapewne można się doszukiwać pośród reprezentantów kultur bardziej odległych.

Przyjmuję, że człowiek jako istota kulturowa zakłada pewną relację pomiędzy jedzeniem a zdrowiem czy dobrym samopoczuciem. Na podstawie tych motywowanych kulturowo (na przykład religijnie, moralnie, naukowo, politycznie) założeń tworzy listę produktów, potraw, sposobów odżywiania się itp., których spożywanie czy praktykowanie przekłada się na dobry, „zdrowy" sposób funkcjonowania organizmu. Według tej samej zasady tworzy potrawy i zachowania kulinarne, które przyczyniają się do złego funkcjonowania, są „niezdrowe". Tak pojmowani zdrowi ludzie składają się na zdrową (waloryzowaną pozytywnie) społeczność.

Nie przesądza to, że wszyscy niezdrowi (w konsekwencji – chorzy) zawsze spotykać się muszą z powszechną negacją, wykluczeniem, stygmatyzacją czy choćby lekceważeniem, niemniej reakcja taka jest najpowszechniejsza. Brak jednak przykładów na negatywną waloryzację ludzi zdrowych. Wyznaczenie społecznego zasięgu ludzi chorych jest tożsame ze zdefiniowaniem zdrowej części społeczeństwa, jak i jego chorych części – grup lub warstw. Rodzi też

pokusę leczenia lub choćby odizolowania społeczeństwa od źle funkcjonujących, a czasem uznawanych za zbędne, tkanek. Pamiętać przy tym należy, że przeniesienie kategorii „zdrowia" do opisów zachowań i stratyfikacji społecznej ma charakter symboliczny; zdrowa w kategoriach racjonalności dietetycznej żywność może stać się orężem społecznego napiętnowania i wykluczenia.

Wśród historyków kultury panuje zgodna raczej opinia, że zapoczątkowane około dwunastu tysięcy lat temu przemiany związane z porzuceniem zbieracko-łowieckiego modelu aprowizacyjnego i zastąpieniem go, opartą o produkcję zbóż, gospodarką rolną „jest najbardziej gruntowną zmianą w kulturowej historii człowieka" [Higman 2012: 53]. Rewolucja neolityczna, bo o niej mowa, w skutecznym stopniu uniezależniła egzystencję ludzką od środowiska naturalnego, dostarczając wydajnych narzędzi do produkcji i przechowywania żywności; doprowadziła nadto do przekształceń społecznych, efektem których uformowały się pierwsze państwa.

Jedną z istotniejszych konsekwencji nowego stanu społecznego było wykształcenie hierarchii społecznej, stanowiącej odzwierciedlenie nierównomiernego dostępu do dóbr w konsekwencji pojawienia się pojęcia nie wspólnej wartości [zob. Higman 2012: 54]. Odtąd aż po współczesne społeczeństwa typu europejskiego (z wyłączeniem okresów wojen i klęsk żywiołowych) ludzie w ramach tego samego systemu społecznego dzielić się będą na sytych i głodnych.

W efekcie nierównomiernej, dziś powiedzielibyśmy niesprawiedliwej, redystrybucji żywności przez stulecia (jeśli nie tysiące lat) postawna sylwetka, czy po prostu nadwaga, była oznaką sukcesu ekonomicznego i wysokiej pozycji społecznej. Dlatego też „zasadniczo raczej tuszę niż chudość postrzegano jako wyraz doskonałości ludzkiego ciała" [Higman: 322]. Średniowieczne piękności przedstawiane były jako tłuste, miękkie, „w sam raz grube". Doceniając ich powaby, nie wahano się przyrównywać je do klaczy – wskazywano zarówno na smukłość szyi, jak i grubo za gruby zadek. Te same wzorce dotyczyły mężczyzn [Vigarello 2012: 20–22]. Przywołany francuski historyk prestiż otyłości łączy ściśle z warunkami społeczno-środowiskowymi epoki średniowiecza:

> W świecie głodu, uciążliwych wyrzeczeń, powtarzających się przynajmniej co pięć lat klęsk nieurodzaju, wyjałowienia ziemi, braku możliwości magazynowania, powolnego i utrudnionego transportu, braku ochrony przed anomaliami klimatycznymi (...) do rangi ideału urasta obfitość pożywienia, a symbolem cudowności stają się wszelkie krainy mlekiem i miodem płynące [Vigarello 2012: 19].

Warunki takie sprawiały, że jedynie możnowładcy i towarzyszące im świty oraz wyższe warstwy duchowieństwa (z czasem także wspólnoty monastyczne) miały zapewniony stały i nieograniczony dostęp do pożywienia. Taki stan rzeczy umożliwiał powszechny w całym średniowieczu system danin.

Kilka przykładów: VIII-wieczny władca Essex, Ine, zatrzymując się w należących dno niego wioskach, miał prawo domagać się przynależnych mu z takiej okazji trzystu bochenków chleba, dziesięciu sztuk owiec i gęsi, dwudziestu kurcząt, dziesięciu serów i tyleż miar miodu oraz pięciu łososi i stu węgorzy. Wiek później Karol II Łysy zadekretował, że każdy z biskupów będących w duszpasterskiej podróży podczas postoju ma prawo zarekwirować pięćdziesiąt bochenków chleba, tyleż jaj, dziesięć kurczaków i pięć prosiąt. Na aprowizacyjne przywileje liczyć mogły także zakony. Pikardyjskie St. Riquier w tym samym stuleciu zobligowano do przekazania miejscowemu klasztorowi tygodniowo: stu bochenków chleba, trzydziestu galonów tłuszczu, trzydziestu dwóch galonów wina i jednego galonu oliwy, nadto sześćdziesięciu galonów *ale* dziennie [Tannahill 2014: 126].

Odrębność warstwy feudalnej od społecznego gminu podkreślał zwyczaj organizowania królewskich i książęcych uczt. Prócz gargantuicznego obżarstwa i marnotrawstwa, te posiadające również rytualny charakter posiłki symbolicznie odzwierciedlały i reprodukowały porządek społeczny. Nie dość, że wskutek swojej ekskluzywności wyłączały ze wspólnej biesiady nieszlachetnych, zdominowanych ubogich, to także ustalały, bądź odtwarzały, hierarchię samej szlachty, którą rozsadzano przy stole wedle praw i zasług.

Nic dziwnego zatem, że wielu spośród średniowiecznych i późniejszych monarchów i książąt zostało zapamiętanych także jako wyjątkowi żarłocy. Sam Karol Wielki przydomku nie zawdzięcza szczególnym uzdolnieniom strategicznym, politycznym czy intelektualnym, a właśnie nadzwyczaj zwalistej, ogromnej posturze; wyjątkowo chłonny brzuch zawdzięczał predylekcji do tłustych mięs, kapłonów i miodowych słodyczy [Stomma 2003: 184].

Pochwała dającego siłę posiłku to w społeczeństwie wojowników, jakim niewątpliwie było wczesnośredniowieczne rycerstwo, sprawa niebudząca zdziwienia. Preferowano dania krwiste, bo przydające siły, a także tuczące, które nadawały wigoru i żywotności. Dewiza: kto dużo je, ten panuje nad innymi, doskonale oddaje średniowieczną mentalność żywieniową [zob. Vigarello 2012: 24].

Warto zauważyć, że trwająca przez całe średniowiecze, jak i wieki późniejsze, pochwała jedzenia utrzymywała się mimo nawoływań kościoła do ascezy i licznych postów. Postawa duchownych względem nadmiernej tuszy jako elementu obżarstwa jawi się ambiwalentnie. W odniesieniu do gminu i pospólstwa kapłani potępiali otyłość jako oznakę, można powiedzieć, podwójnego grzechu – nieumiarkowania w jedzeniu i piciu oraz nieprzestrzegania postów.

Wysoko urodzonym duchowni pozwalali pełniej kształtować ciała, uzasadniając to wymogami szlacheckiego *savoir-vivre'u*. Grzech obżarstwa można zresztą było łatwo spłacić, poddając się pokucie zastępczej. Żyjący na przełomie XII i XIII stulecia Tomasz z Chobham przedstawiał tę sytuację tak (cytuję za Vigarellem):

> Możnym i bogatym, przyzwyczajonym do rozkoszy stołu, nie sposób narzucać jako pokuty zbyt bezwzględnej diety – również na tych, którzy ze względu na złe nawyki lub naturalną budowę nie mogą obyć się w życiu bez wyszukanych potraw, należy nałożyć pokutę zastępczą w postaci jałmużny i modlitwy [Vigarello 2012: 51].

Utrwalony w okresie średniowiecza model konsumpcji, który, w odniesieniu do wysoko urodzonych, opierał się na wskaźnikach ilościowych, uwzględniając przede wszystkim produkty mięsne, a którego efekt końcowy stanowiła bardziej niż słuszna sylwetka, utrzymał się do czasów nowożytnych. Jednakże jeśli w wiekach średnich krytyka obżarstwa znajdowała uzasadnienie głównie w teologii, to w okresach późniejszych dołączyła do niej medycyna. Renesansowemu tłuściochowi wypominano nie tyle jego grzeszność, co ociężałość i brak sprawności, i to nie tylko w sensie fizycznym. Nie było, rzecz jasna, mowy o pochwale szczupłości, jednakże w sytuacji krańcowej otyłość stała się obiektem krytyki i drwin [zob. Vigarello 2012: 73].

Zmianie uległa także charakterystyka preferowanych posiłków. Choć już późnośredniowieczna kuchnia zyskała na wyrafinowaniu [zob. Tannahill 2014: 228], to prawdziwy rozkwit zawdzięczała czasom renesansu i nowym doświadczeniom wyniesionym z odkryć geograficznych. Prócz ilości znaczenia zaczynała nabierać jakość produktów oraz ich ekskluzywność. W narzucaniu nowych wzorców prym wiedli Włosi, a od XVIII wieku Francuzi.

Zaznaczyć jednakże wypada, że wyrafinowanie, o jakim tu mowa, dotyczy jedynie arystokracji, do której z czasem dostąpiły mieszczańskie elity. We Francji, na przykład, jeszcze przed rewolucją, François Marin uznał, że mieszczanie mogą jadać jak książęta, jeśli, rzecz jasna, posiądą stosowną wiedzę i narzędzia dla prawidłowego przygotowania posiłku [Tannahill 2014: 288]. Dla większości mieszkańców Europy, do czasów utrwalenia się skutków rewolucji przemysłowej oraz zracjonalizowania i unaukowienia produkcji rolnej [Tannahill 2014: 340], dostęp do jakiegokolwiek nieograniczonego posiłku pozostawał w sferze marzeń.

Nadzieję na przezwyciężenie ciążącego nieustannie nad Europą widma głodu sprawiło dopiero sprowadzenie w XVIII wieku z Nowego Świata kukurydzy

i ziemniaków oraz stopniowe umasowienie ich uprawy [zob. Higman 2012: 347–349]. Nie może zatem dziwić fakt, że postawna sylwetka dla zdecydowanej większości populacji (nie wyłączając warstw wyższych) ciągle oceniana była pozytywnie, konotując zdrowie, majątek i sukces.

Przywołana powyżej rewolucja przemysłowa przyniosła zasadnicze zmiany w systemie redystrybucji żywności, ale – co równie istotne – w technice rolnej i technologiach jej przetwarzania. O ile w pierwszej połowie XIX stulecia produkty żywnościowe (w odniesieniu do wszystkich warstw społecznych) pochodziły z tradycyjnych źródeł [Tannahill 2014: 348], to w drugiej coraz więcej żywności produkowano w wielkoobszarowych monokulturowych gospodarstwach o charakterze przemysłowym. Przemiany społeczne wywołane przenoszeniem się ludności do szybko rozrastających się miast wymusiły powstanie nowych systemów zaopatrywanie w żywność, a z czasem w konkretne posiłki, rosnące rzesze robotników.

Od końca XIX wieku głód i skrajne ubóstwo przestały stanowić immanentną cechę większości populacji. Warunkiem podstawowym tej względnej stabilizacji była praca. Najniższe miejsce w strukturze społeczeństw europejskich zajmowali bezrobotni, którzy ciągle jeszcze zmagali się z głodem. To właśnie niedożywienie było podstawowym kryterium, do którego odwoływały się wczesne (pochodzące z początków XX stulecia) definicje ubóstwa. Wyznaczały one koszyk dóbr, czy produktów, niezbędnych do prawidłowego, z perspektywy fizjologii, funkcjonowania organizmu [Golinowska 1996: 7–8].

Kuchnia pracujących fizycznie robotników była daleka od wyrafinowania; jako że kalkulowano ją (przynajmniej początkowo) wyłącznie w oparciu o kryterium racjonalności – winna dostarczać niezbędnej do pracy energii w oparciu o możliwie najtańsze i najszybsze do przygotowania produkty. Logikę konsumpcji uproszczono do zasady, że dobry posiłek powinien być syty, by dawał siły do pracy, będąc jednocześnie za nią nagrodą. Najdotkliwszą karą za nieprawidłowe wywiązywanie się jednostek z obowiązku ciężkiej pracy była wówczas jej utrata. Niewydajnego robotnika zastępowano zdeterminowanym przez głód bezrobotnym, który w ten sposób otrzymywał szansę na sukces społeczny. W epoce gwałtownego uprzemysłowienia utrzymywanie grupy skrajnie ubogich bezrobotnych było ważnym czynnikiem zachowania porządku i równowagi społecznej [Bauman 1998: 6].

Epoka przemysłowa to nie wyłącznie ciężko pracujący robotnicy i przymierający głodem bezrobotni. XIX-wieczna rewolucja stworzyła ekonomiczne podstawy dla wykształcenia się kolejnej, nowej warstwy społecznej – tak zwanej klasy średniej. Jej skróconą genezę Tannahill objaśnia następująco:

> W XIX wieku klasy średnie przeżyły rodzaj eksplozji populacyjnej nie z powodu wzrostu płodności, lecz dlatego, że właściciele fabryk potrzebowali usług prawników, bankierów i ubezpieczycieli, nadawców ładunków i spedytorów, inżynierów i architektów, menadżerów i urzędników, podczas gdy rozwijające się miasta potrzebowały więcej sklepów, więcej szkół, więcej lekarzy i więcej duchownych. Popyt tworzy podaż i wielka liczba bystrych, ambitnych, młodych mężczyzn w gotowości czekała na szansę ruszenia w świat [Tannahill 2014: 352–353].

Kondycja ekonomiczna tej warstwy przedstawiała się różnie; jedna jej część posiadała uposażenie niewiele wyższe od wykwalifikowanego robotnika, druga z biegiem czasu była w stanie dorobić się pokaźnego majątku [zob. Tannahill 2014: 353]. Nie łączyły ich fizyczny wymiar pracy i nadwyżki finansowe (nawet jeśli niewielkie), stwarzające możliwość konsumenckiego wyboru. Rodził się rynek klasy średniej, nie dość bogatej, by na co dzień konsumować dobra luksusowe, ale wystarczająco prężnej, by stanowić obiekt zainteresowań sprzedawców. Naturalną inspirację dla zachowań konsumenckich klasy średniej był styl życia warstw wysokich. Dotyczyło to także wyborów kulinarnych. Skoro część produktów luksusowych, jako zwyczajnie za drogich, była niedostępna, to należało wynaleźć ich tańsze zamienniki lub obniżyć ich cenę, zazwyczaj kosztem jakości.

W tym kontekście, w szerokim dyskursie społecznym, po raz pierwszy przywołuje się kategorię niezdrowego, wręcz szkodliwego jedzenia i wskazuje jego konkretne przykłady: „postarzanie" wina metodą chemiczną, barwienie korniszonów związkami miedzi, poprawianie estetycznych właściwości produktów cukierniczych związkami ołowiu i miedzi, wybielanie chleba za pomocą ałunu czy „wzbogacanie" kakao przy pomocy ceglanego pyłu [Tannahill 2014: 351].

Potencjalne niebezpieczne manipulacje żywnością spowodowały, że od połowy XIX wieku pierwsze normy, dotyczące zdrowej żywności (jeszcze nie zdrowego odżywiania) wprowadziło państwo. Należy zaznaczyć, że zabiegi te bardziej polegały na zabezpieczaniu potencjalnych konsumentów przed możliwością spożycie artykułów szkodliwych, czy wręcz trujących, a nie promocji tych, które uznawano za bardziej zdrowe. Jako zdrowe kwalifikowano wszystkie te produkty, co do których żywiono przekonanie, że bezpośrednio nie przyczyniają się do pogorszenia zdrowia.

Początkowo w dyskusje nad formami ochrony przed potencjalnie szkodliwą żywnością zaangażowani byli lekarze i ekonomiści – czyli stosunkowo wąska grupa specjalistów. Z czasem, zagadnienia związane ze zdrową żywnością, a także zdrowymi praktykami kulinarnymi, zaczęły obejmować coraz

rozleglejsze fragmenty społeczne, by współcześnie stać się jednymi z najchętniej podejmowanych tematów zarówno w sferze publicznej, jak i prywatnej. Poza swoistą modą na kulinaria, o której za chwilę, niewątpliwy wpływ na taki stan rzeczy miały ustalenia naukowe lekarzy, dietetyków i biologów oraz rewolucje w branży produkcyjno-spożywczej.

Z jednej strony odkrycie białek, cukrów i tłuszczy, poznanie zasad, jak wykorzystywane są w organizmach, czy odkrycie witamin, z drugiej –podniesienie wydajności upraw i hodowli (nawożenie, modyfikacje) i ich ochrona (pestycydy, antybiotyki), wynalezienie i masowe wykorzystywanie konserwantów, sztucznych barwników, intensyfikatorów smaku, w sposób rewolucyjny zmieniły to, co współcześnie zjadamy. Choć sumarycznie zmiany te ocenić należy pozytywnie, czego dowodem jest stały przyrost populacyjny europejskiego świata, bez problemów z zaopatrzeniem jego mieszkańców w żywność, to świadomość skali sztucznych ingerencji w to, co jemy, w pełni uzasadnia wzrost zainteresowania przeciętnych (jednak coraz lepiej wykształconych) ludzi tym, co konsumują, i z jakimi, przynajmniej potencjalnie, konsekwencjami może się to łączyć.

Działania, które mają przeciwdziałać spożywaniu jedzenia, uchodzącego za niezdrowe, oparte są o dwie strategie. Pierwsza z nich odwołuje się do argumentów naukowych, wskazując konkretne składniki, na przykład cukry proste, sól, kwasy tłuszczowe nasycone (obecnie tłuszcze trans), których spożywanie wydatnie odbija się na naszym zdrowiu. Choć ich ograniczenie w diecie nie zawsze przynosi wymierne skutki – dla przykładu, dzięki skutecznym kampaniom od początku lat 70. do końca ubiegłego stulecia spożycie tłuszczów w Stanach Zjednoczonych udało się ograniczyć o ponad dziesięć procent, jednak (czego spodziewano się po kampaniach) w sposób wymierny nie udało się ograniczyć liczb zawałów serca [Konarzewski 2005: 139–140] – to moc tej strategii wynika z wiary i zaufania dla współczesnej nauki.

Druga, rzec by można – zdroworozsądkowa, strategia postuluje nie tyle wykluczanie uznanych za niezdrowe składników, co sięganie po te definiowane jako „zdrowe", za które uchodzą te produkowane „naturalnie", czyli najlepiej tak, jak w czasach sprzed rewolucji przemysłowej. Jakość w tym przypadku łączy się z naturą, stopniem nieprzetworzenia produktu. Krytycy tego podejścia wskazują jednak na brak dostatecznych argumentów przemawiających za tym, by żywność taką uznać za faktycznie zdrową – przywołując stan zdrowia populacji sprzed rewolucji przemysłowej; ponadto, przypominają, że obecnie nie ma możliwości zapewnienia produkcji żywności metodami całkowicie naturalnymi przy zachowaniu obecnej skali dostaw [zob. Tannahill 2014: 434].

Na charakter współczesnej dyskusji o zdrowym odżywianiu się wpływ ma wiele czynników, wśród których dla mnie najistotniejsze są dwa: wykształcenie się pod koniec XX stulecia późnokapitalistycznego społeczeństwa

konsumenckiego (określanego jako społeczeństwo ponowoczesne) oraz epidemia chorób cywilizacyjnych, mających swoje źródło w otyłości: nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 i chorobie wieńcowej serca.

Kształtowanie się społeczeństwa ponowoczesnego doskonale zobrazował Daniel Bell w klasycznej już rozprawie *Nadejście społeczeństwa postindustrialnego: próba prognozowania społecznego*, opublikowanej w 1973 roku. Z ustaleń socjologa wynika, że społeczeństwo postindustrialne wyłania się z w pełni rozwiniętego społeczeństwa nowoczesnego. W odróżnieniu od tego ostatniego cechuje się: w sferze ekonomii rosnącym znaczeniem sektora usług (handlu, bankowości, administracji, świata mediów, nauki, sztuki) przy spadku znaczenia sektora przemysłowego rolnego; w sferze przemysłowo-technicznej pierwszoplanową rolę odgrywają technologie informatyczne kosztem energetycznych, wybory i działania coraz częściej uzasadniają kryteria pragmatyczne przy zanikaniu ideologicznych.

Wynikiem tych procesów są przekształcenia w strukturze społeczeństw – nową grupą dominującą stają się wykwalifikowani specjaliści (inżynierowie, menadżerowie, ekonomiści). Marginalizacji ulegają pracujący fizycznie robotnicy, zaczynają zanikać nawet w sensie fizycznym, równolegle do wprowadzanych zaawansowanych „bezosobowych" technologii [Bell 1975]. Wspomniani przez Bella specjaliści to kolejne pokolenia klasy średniej, której znaczenie i populacja ciągle wzrasta. Współczesna ekonomia i rozwój gospodarczy uzależnione są od sektora usług, a nie sektora produkcji.

Głównym motorem wzrostu jest zatem konsumpcja, to ona napędza gospodarkę, determinując zachowania członków społeczeństwa. Jej charakter przybliża Zygmunt Bauman.

> W społeczeństwie konsumentów w s z y s c y mają potrzebę bycia, winni być, muszą być konsumentami z powołania (to znaczy postrzegać i traktować konsumpcję jak swe powołanie). Konsumpcja widziana-i-traktowana-jak-powołanie jest powszechnym ludzkim prawem oraz powszechnym ludzkim obowiązkiem, który nie zna wyjątków [Bauman 2009: 64] [pisownia oryginalna – przyp. K.W.].

Konsumpcja staje się warunkiem uczestnictwa w życiu społecznym. Kto nie jest zdolny do konsumpcji, jest społecznie nieobecny, wykluczony poza nawias społeczności. To radykalna zmiana w stosunku do epoki przemysłowej, gdzie zajmujący najniższy szczebel społeczny bezrobotni byli jednak immanentną częścią systemu [zob. Bauman 1998]. Dziś, nie konsumując, okazują zbędni. Z uwagi na niezliczone możliwości wyboru (ograniczone jedynie ceną produktu lub usługi), przed jakimi stają konsumenci, dla uzasadnienia swoich

preferencji powołują się oni na określone strategie. Strategie te jawią się uczestnikom jako własne i oryginalne, tymczasem zazwyczaj bywają sformatyzowanymi schematami konsumpcyjnymi, które podsuwa się potencjalnym nabywcom. Tak pojmowane, oparte o przemoc symboliczną strategie same mogą być traktowane jako metaprodukty – pakiety, na które składają określone preferencje i zachowania konsumenckie.

Dystrybucja modelów konsumpcji odbywa się często poprzez kategorię „stylu życia", który, jak zauważa Giddens, „sprowadza się najczęściej do powierzchownego konsumeryzmu, stylu życia promowanego przez kolorowe czasopisma i wizerunki reklamowe" [Giddens 2007: 112], a zapewne także strony internetowe. Skoro style życia, trendy zachowań, mody na... czy preferencje są swoistymi ofertami kulturowymi dedykowanymi określonym grupom społecznym, wiekowym, seksualnym, a nawet narodowym, to całą ponowoczesną rzeczywistość społeczną można opisać metaforą kulturowego supermarketu. Czyni tak Gordon Mathews, stwierdzając:

> chodzi o znaczenie, w jakim my, którzy pod względem zamożności stanowimy dziesięć do piętnastu procent ludności świata, wędrujemy przez supermarket kultury, wybierając, jakkolwiek w sposób wysoce uwarunkowany, tożsamości, które następnie odgrywamy w naszym otoczeniu [Mathews 2005: 19–20].

Model społeczeństwa przemysłowego zakładał istnienie państwa jako nadrzędnego aparatu porządkującego całość zachowań poszczególnych instytucji i obywateli, którym precyzyjnie przypisano określone funkcje. Model ponowoczesny unieważnia klasyczne, trwałe podziały społeczne, oparte na zadaniach (funkcjach) przypisanych określonym stanom czy warstwom, gdyż o pozycji społecznej decyduje przede wszystkim stopień zaangażowania w konsumpcję. W konsekwencji identyfikacja tożsamościowa jednostek poszukuje innych kategorii wytwarzania różnicy, jak i wspólnotowości. Z ustaleń Michela Maffesolego wynika, że ponowoczesne społeczeństwo postrzegać należy jako ciągle żywy zbiór pozornie wolnych nomadów, którzy na zasadzie dobrowolności łączą się czasowo w plemienne w swoim charakterze grupy. Taką formę organizacji społecznej francuski uczony nazywa trybalizmem. W przeciwieństwie do społeczeństwa nowoczesnego, struktury ponowoczesności mają charakter organiczny, członkowie zrzeszają się w plemiona na zasadzie emocjonalnej solidarności; rola dominuje nad funkcją, a osoba nad jednostką [Maffesoli 2008: 27–28].

W tym samym mniej więcej czasie, gdy ukazała się przywoływana praca Daniela Bella lekarze, dietetycy w Europie i Stanach Zjednoczonych uznali

otyłość za chorobę. Od końca ubiegłego stulecia mówi się już o epidemii otyłości. W Stanach Zjednoczonych w 1960 roku otyli stanowili trzynaście procent dorosłej populacji, pod koniec XX wieku na otyłość cierpiało już trzydzieści procent Amerykanów [Higmann 2012: 323]. Z badań WHO wynika, że w Europie nadwaga dotyczy (w zależności od kraju) od pięćdziesięciu do siedemdziesięciu procent populacji, a otyli stanowią od dziesięciu do czterdziestu procent jej mieszkańców. W statystykach zdrowiej wypadają mieszkańcy Europy Środkowej i Bałkanów, najwięcej otyłych mieszka w Wielkiej Brytanii i Irlandii [EUFIC 2011].

Tak ogromny wzrost otyłości ma dwa główne źródła. Pierwsze to przyrostu zamożności, efektem czego mieszkańców Zachodu stać na duże, by nie powiedzieć ogromne, ilości wysokokalorycznego jedzenia, przy drastycznym spadku aktywności fizycznej (mało aktywny charakter pracy). Drugie źródło otyłości to specyfika metaboliczna organizmu człowieka. Uznaje się otóż, że jako gatunek, wskutek doboru naturalnego, wykształciliśmy zdolność szybkiego odkładania tkanki tłuszczowej. Dzieje się tak głównie za sprawą dużej ilości insuliny wydzielanej przez trzustkę, umożliwiającej szybkie przetwarzanie zawartych w pożywieniu cukrów w tłuszcze. Wskutek tego procesu spada poziom glukozy we krwi, co z kolei pobudza apetyt i zachęca do jedzenia [Konarzewski 2005: 120]. Ta strategia adaptacyjna organizmu świetnie sprawdzała się w pierwotnych warunkach bytowania, gdy długie okresy głodu przedzielały rzadkie dni obfitości. Obecnie, w warunkach nadmiaru, jest dla organizmu poważnym zagrożeniem.

Warto zwrócić uwagę, że otyłość jako choroba dotycząca znacznych obszarów społeczeństwa została zdefiniowana w chwili pełnego, szczytowego okresu rozwoju społeczeństwa przemysłowego; w momencie, w którym zdiagnozowano pierwsze symptomy ponowoczesności. Od tego czasu dobra, „słuszna" czy obfita sylwetka przestaje spełniać rolę znaku sukcesu, nie tylko dla tego, że rozpoznaliśmy zagrożenia zdrowotne, jakie z sobą niesie (co do których pewne pojęcie mieliśmy już wcześniej), ale przede wszystkim dlatego, że „dostęp" do otyłości stał się czymś powszechnym. „Zdemokratyzował się".

Współczesna sylwetka znamionująca sukces to, przynajmniej na poziomie oczekiwań, coraz częściej sylwetka szczupła, a zdrowa dieta to taka, która do niej prowadzi. Jak zatem poradzić sobie z paradoksem „pochwały szczupłości" i przyrastającej liczby otyłych? Przede wszystkim warto sobie zdać sprawę z faktu, że społeczeństwo ponowoczesne, o jakim piszą Bauman i Maffesoli, ciągle jeszcze się wykształca, ciągle do końca „nie nastąpiło", stąd też poręczniej stosować termin „społeczeństwo późnonowoczesne", czyli takie, w którym odnaleźć można cechy charakterystyczne dla obu systemów. Wszak znaczna część obecnej populacji to dzieci poprzedniej epoki, światopoglądowo nowoczesne.

Z drugiej strony skazani na konsumpcję… skazani jesteśmy również na jedzenie, a to potrafi być przyjemne. Choć coraz większe centra handlowe nie tylko dobrze karmią, lecz pozwalają spalić kalorie w fitness clubach, to po tą drugą formę konsumpcji sięgać trudniej. „Pochwała szczupłości" nie musi przecież oznaczać (przynajmniej obecnie) potępienia dla otyłości. Chodzi o to, że otyła sylwetka, jako efekt najczęściej niezdrowego sposobu odżywiania, ma obecnie znaczenie neutralne, w praktyce codzienności nie koduje wartości, tym samym nie jest platformą jakiegokolwiek waloryzowania. Na poziomie deklaratywnym otyłość nabiera jednak cech stygmatyzujących, co może, choć nie musi, prowadzić do przekształceń codziennej *praxis*. Pomijam, oczywiście, dyskurs medyczny.

Inaczej rzecz się ma ze szczupłym, zdrowym, a najlepiej wysportowanym ciałem. Taka sylwetka wskazuje na sukces. Stąd rodzą się mody i style życia postulujące zdrowy wygląd (*be flexi*, *be fit*, *be sporty*), na który składa się także zdrowa dieta, czy też te, akcentujące rolę samego jedzenia (*slow food*, kuchnia molekularna, wszelkie odmiany wegetarianizmu) jako klucza do zdrowego samopoczucia, powiedzieć można – zdrowego człowieka.

Jedne i drugie są już klasyczne dla epoki ponowoczesnego konsumpcjonizmu. Zaangażowani w nie uczestnicy, jak przedstawił to Maffesolii, tworzą luźne, niezhierarchizowane grupy, w których o pozycji jednostki decyduje tylko jej autorytet. Przynależność do grupy ma charakter dobrowolny, w każdej chwili bez społecznych konsekwencji, można przestać być weganinem, czy być *flexi*, aby skorzystać z innej, jawiącej się atrakcyjniej, strategii. Za każdym razem wola przynależności do określonego neoplemienia motywowana jest, choć nie wyłącznie, chęcią podbicia własnego statusu społecznego.

Pozytywne nacechowanie masywnej, otyłej sylwetki, charakterystyczne dla kultury Zachodu aż po kres epoki przemysłowej, od pozytywnie nacechowanej szczupłości czasów współczesnych różni pewien niezwykle interesujący szczegół. Przez setki lat otyłe kształty stanowiły znak łączonego z sukcesem bogactwa i nadmiaru, na dobrą sprawę były jego naturalną oznaką. „Dobrze odżywiona" sylwetka była konsekwencją możliwości nadmiernego spożywania.

Dziś związek między „dobrze odżywioną" smukłą, chudą sylwetką a sukcesem ma charakter symbolizowania. Wygląd (zdrowy) w sposób naturalny nie wyraża nadmiaru, choć jest jego skutkiem, poprzez takie, a nie inne, kulturowe rozstrzygnięcie.

Streszczenie

Opracowanie *Dlaczego warto zdrowo jeść? Kulturowe znaczenie jedzenia w procesach stratyfikacji społecznej* jest próbą opisu i analizy związków pomiędzy jedzeniem, które w procesie kulturowego orzekania uznano za zdrowe i pożądane, a miejscem jego konsumentów w strukturze społecznej grupy. Praca ta śledzi produkty, praktyki, strategie i mody kulinarne w społeczeństwie europejskim od średniowiecza po współczesność, starając się uchwycić relacje pomiędzy „zdrową" – „dobrą" żywnością, kanonami zdrowia a sukcesem społecznym. Jednocześnie wskazuje te grupy produktów, preferencji i zachowań kulinarnych, które uznane kulturowo za „niezdrowe" mogą zostać wykorzystane w procesach stygmatyzacji i wykluczania społecznego.

Słowa kluczowe: jedzenie, zdrowie, otyłość, konsumpcjonizm, stratyfikacja społeczna.

Why eat healthy? Cultural significance of food in the process of social stratification

Essay *Why eat healthy? Cultural significance of food in the process of social stratification* is an attempt to describe and analyze the relationships between food, which in the process of cultural rule, was considered healthy and desirable, and the place of its consumers in the social structure of the group. This work follows the products, practices, strategies and culinary fashion in European society from the Middle Ages to the present day, trying to capture relationship between "healthy" – "good" food, canons of health and social success. At the same time indicates the group of products, culinary preferences and behavior, which considered culturally "not healthy" can be used in the processes of stigmatization and social exclusion.

Key words: food, health, fatness, consumerism, social stratification.

Bibliografia

Bauman Zygmunt
1998: *Zbędni, niechciani, odrzuceni*. „Kultura i Społeczeństwo", t. XVII, nr 2.
2009: *Konsumowanie życie*. Przeł. Wyrwas-Wiśniewska M. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

EUFIC
2011: *JAK DUŻY JEST PROBLEM NADWAGI W EUROPIE? WHO ZNA ODPOWIEDŹ NA PYTANIE*; http://www.eufic.org/article/pl/artid/How-big-overweight-problem-Europe-WHO-knows/ [dostęp: 17 grudnia 2016 roku].

Giddens Anthony
2007: *Nowoczesność i tożsamość „Ja" i społeczeństwo w epoce później nowoczesności*. Przeł. Szulżycka A., Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Golinowska Stanisława
1996: *Badania nad ubóstwem. Założenie i metoda*. [W:] red. Golinowska S., *Polska bieda. Kryteria, ocena, przeciwdziałanie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych.

Higman Barry W.
2012: *Historia żywności. Jak żywność zmieniała świat*. Przeł. Kunicka A. Warszawa: Aletheia.

Konarzewski Marek
2005: *Na początku był głód*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Maffesoli Michel
2008: *Czas plemion. Schyłek indywidualizmu w społecznościach ponowoczesnych*. Przeł. Bucholc M. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Mathews Gordon
2005: *Supermarket kultury. Kultura globalna, a tożsamość jednostki*. Przeł. Klekot E. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Stomma Ludwik
2003: *Dzieje smaku*. Poznań: Sens.

Tannahill Reay
2014: *Historia kuchni*. Przeł. Kunicka A. Warszawa: Aletheia.

Vigarello Georges
2012: *Historia otyłości. Od średniowiecza do XX wieku*. Przeł. Leyk A. Warszawa: Aletheia.

Anna Pietrzyk
Instytut Archeologii i Etnologii
Polska Akademia Nauk

Kulturowe mechanizmy oswajania biomedycyny w świetle współczesnych przekazów o przeszczepach[1]

Postęp naukowy i technologiczny biomedycyny, zwłaszcza odkrycie grup krwi i wynalezienie leków immunosupresyjnych osłabiających reakcję immunologiczną organizmu na przeszczepione tkanki i organy oraz zmiana medycznej definicji śmierci, umożliwiły rozwój nowoczesnej dziedziny medycyny – transplantologii[2]. Współczesne myślenie potoczne usiłuje znaleźć dla niej miejsce w swoich strukturach, interpretując ją wedle własnych, czytelnych dla ogółu reguł. Należy do nich proces mityzacji medycyny, opierający się na mechanizmie tworzenia wtórnych sensów, przebiegający w sposób ciągły i na nowo, w reakcji na bodźce z otaczającej, szybko zmieniającej się rzeczywistości (np. na nowe odkrycia, wynalazki, technologie medyczne itp.). Szczególnie

1 Niniejszy tekst powstał na bazie dwóch artykułów opublikowanych w 2012 roku poświęconych folklorowi transplantacyjnemu [zob. Pietrzyk 2012a, 2012b].

2 Transplantologia to osiągnięcie ustawodawstwa XX wieku, współczesnej techniki (odpowiedni sprzęt), farmakologii (1960, 1962, 1972 rok) oraz rozwoju wiedzy o funkcjonowaniu ludzkiego organizmu (działanie układu immunologicznego, kwestia tzw. zgodności tkankowej - 1944, 1952 rok). Pierwszą na świecie operację przeszczepienia nerki (od bliźniaka chorego) wykonano w 1954 roku w USA [*Encyklopedia PWN*, http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/447102/transplantologia-8212-najwazniejsze-daty-z-historii.html, 14.01.2012 r.]. Pierwszy przeszczep nerki w Polsce (pobranej ze zwłok) miał miejsce 31.03.1965 roku. Dwadzieścia lat później (05.11.1985 roku) i ponad rok po wprowadzeniu u nas definicji śmierci mózgowej, w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu, zespół prof. Zbigniewa Religi wykonał pierwszą udaną transplantację serca w Polsce. Zespół przełamał barierę moralną, pobierając bijące jeszcze serce. Dotąd kluczowe dla życia organy (jak wątroba, trzustka, serce) pobierano wyłącznie od dawców, których serce przestało pracować. „Uważano bowiem, że człowiek, którego serce bije, jest wciąż żywy" [http://www.kardiolo.pl/pierwsza_udana_transplantacja_serca_w_polsce.htm, 21.06.2006 r.]. Mimo upływu lat praca serca pozostaje dla wielu oznaką życia, dlatego lekarzom trudno jest uzyskać społeczną akceptację dla pobierania narządów od osób z bijącym sercem, u których stwierdzono śmierć mózgu.

wyraźnie ukazują go sytuacje graniczne, ponieważ proces ten ulega w ich warunkach intensyfikacji. Są to okresy przełomu wieków, wybuchu epidemii (folklor AIDS), współczesne choroby cywilizacyjne o nieznanej etiologii (jak autyzm, folklor antyszczepionkowy), a w wymiarze jednostkowym choroba i śmierć jednostki, którym nieodłącznie towarzyszą uczucia lęku i niepewności. Folkloryści widzą w tych sytuacjach zjawiska folklorotwórcze. Jak zauważa Violetta Krawczyk-Wasilewska „każde zjawisko społeczne i kulturowe wywołujące lęki i obawy, staje się czynnikiem mitotwórczym przynależnym do folkloru" [2000: 94]. Rolą folkloru jest kompensacja i kanalizacja tego lęku przez osadzenie go w tradycyjnych strukturach wierzeniowych lub tekstach parodiujących, prześmiewczych (jak dowcipy, anegdoty, parodie itp.).

Transplantacja organów z ciała zdrowego, choć martwego dawcy (którego funkcje życiowe, jak oddech i bicie serca, podtrzymuje specjalistyczna aparatura) do ciała chorego człowieka, który jeśli nie otrzyma nowego, zdrowego organu – wkrótce umrze – bez wątpienia należy do doświadczeń granicznych, z pogranicza życia i śmierci, moralnie i kulturowo niejasnych, ambiwalentnych, a zatem i folklorotwórczych[3]. Dlatego została wpisana w sieć tradycyjnych motywów wierzeniowych. Należą do nich popularne pogłoski i legendy miejskie, o tzw. „**złodziejach nerek**" podsycane przez sensacyjne artykuły prasy brukowej i wypowiedzi przeciwników transplantacji.

Dawne opowieści o kanibalach – porywających ludzi aby ich zabić i przerobić na wędliny, zastąpiły opowieści o „kanibalizmie" medycznym, jakim może być w społecznym odczuciu nowoczesna transplantologia[4]. Stanowią one jednoczenie projekcję i próbę oswojenia społecznego lęku przed wycięciem żywej osobie jej życiodajnych organów i pozbawieniem jej w ten sposób życia, bądź zdrowia (energii witalnej). Źródłem tego lęku, a zarazem folkloru zdrowotnego są rożne definicje śmierci, jakimi operuje współczesna biomedycyna

3 Wyjątek stanowią przeszczepy organów pobranych od żyjących dawców (jednej nerki, fragmentu wątroby), jednak – co znamienne – folklor transplantacyjny skupia się na sytuacjach, w których życie biorcy, wiąże się ze śmiercią dawcy.

4 Co ciekawe, sformułowania takie jak: „kanibalizm medyczny" znaleźć także można w tekstach popularnonaukowych oraz współczesnych dyskusjach filozoficznych i bioetycznych toczących się wokół transplantacji [zob. Wolniewicz 2001, http://www.retina-forum.pl/pdf/klon16.pdf, 21.12.2011 r., http://www.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/transplantacja3.html, 21.12.2011 r., Sokołowski 2001: 91, 98, http://www.retina-forum.pl/pdf/klon10.pdf, 21.12.2011 r.]. Richard Rhodes w książce: *Śmiertelne uczty. Tropem tajemnic nowej groźnej epidemii* określa transplantologię mianem neokanibalizmu [2000]. Postrzeganiu transplantologii w kategoriach praktyk kanibalistycznych przeciwstawia się natomiast ks. Piotr Morciniec [tenże http://pm.komernet.pl/download/str-neokanibal.pdf, 07.01.2012 r.].

i profesjonaliści medyczni z jednej strony, a ogół społeczeństwa z drugiej. W dyskursie biomedycznym obligatoryjna jest definicja śmierci mózgowej. W dyskursie potocznym, granice między życiem i śmiercią wyznacza ustanie pracy serca i oddechu[5].

Najprostszy i najstarszy przekaz o tzw. „nerkobiznesie" mówi o porywaniu młodych ludzi przez handlarzy organów przemieszczających się busem, czarnym BMW, bądź karetką na ukraińskich lub niemieckich rejestracjach[6]. Samotne ofiary poruszające się nocą po ulicach miast i poboczach dróg są wciągane do środka pojazdu i otumanianie. Wewnątrz dokonywana jest makabryczna kradzież, po czym zakrwawione ofiary porzucane są w przygodnych miejscach (w lesie, w rowie, na przystanku, na ulicy). Występują tu dwa warianty zakończenia. W pierwszym oprawcy kradną tylko jedną nerkę i ofiara ma szansę przeżyć – jeśli szybko trafi do szpitala. W drugim, po jakimś czasie odnajdywane jest wypatroszone ciało pozbawione krwi i narządów wewnętrznych:

> Mieszkam w małym miasteczku (...). W okolicznych wsiach jest masa dyskotek, na których bawi się tutejsza młodzież. jakieś dwa lata temu, zimą, zaginął chłopak, który był właśnie na jednej z tych imprez. Pojechał z grupą znajomych, w środku nocy opuścił lokal i po prostu zniknął. Kamery zarejestrowały tylko, jak gadał z jakimś mężczyzną na zewnątrz (...). Po tym rozpłynął się w powietrzu.

5 Do lat ,70 XX wieku organy do przeszczepów pozyskiwano wyłącznie po ustaniu akcji serca i oddechu, uważając, że człowiek, którego serce bije, nadal żyje. Wprowadzenie wentylacji mechanicznej, pozwalającej podtrzymywać oddech osób, które utraciły czynność mózgu, wymusiło konieczność zrewidowania tego kryterium [Roczeń, http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=3&m=22&z=0&n=2&k=4, 08.01.2012 r.]. Definicję śmierci mózgu w Polsce wprowadził 01.07.1984 roku komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej zmodyfikowany w 1994 i 1996 roku. Aktualne wytyczne zawiera Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dn. 17.07.2007 roku *w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu* [M.P.46.547.2007]. Procedurę przeszczepu reguluje zaś Ustawa z dn. 01.07.2005 roku *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów* [Dz. U.169.1411.2005, por. Dz. U.138.682.1995]. Zgodnie z art. 9. pkt.1. tej ustawy: „Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)". Zapis ten dopuszcza pobranie narządów z ciał sztucznie wentylowanych osób, których serce bije.

6 Teksty o zagranicznej karetce krążą na terenach przygranicznych, jako jeden z przejawów kulturowej waloryzacji wizerunku obcych, z którymi styka się dana społeczność.

> Szukano go przez ok. 2 miesiące – gdy sprawa ucichła, jego ciało bez nerek znaleziono w stawie, na odludziu oddalonym o ponad 50 km [http://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/nerkobiznes,1,3699156,wiadomosc.html, 23.09.2010 r.].

Inna wersja opowieści dotyczy także ryzykownych zachowań seksualnych i zawierania przygodnych znajomości. Młody chłopak (lub dziewczyna) idzie na dyskotekę (bądź do pubu), gdzie poznaje atrakcyjną osobę przeciwnej płci, proponującą drinka. Nazajutrz budzi się w wannie wypełnionej krwią i lodem. Na lustrze, albo kartce ofiara znajduje informację, że wycięto jej nerkę i powinna zostać w wannie aby się nie wykrwawić[7].

> Pewna dziewczyna postanowiła wybrać się na dyskotekę, a że drogę miała długą skorzystała z autobusu. Tam usłyszała komunikat w radiu, jakoby w pobliskich dyskotekach grasowali złodzieje nerek. Jednakże szybko zapomniała o tej przestrodze, tym bardziej, że na parkiecie spotkała bardzo miłego chłopaka, który od razu wpadł jej w oko. Nieznajomy zaproponował dziewczynie drinka, ona się zgodziła... Kilka godzin później obudziła się naga w obskurnym mieszkaniu, w wannie wypełnionej lodem. Obok leżała karteczka: „nie masz jednej nerki - jeśli chcesz żyć nie wychodź z lodu i czekaj na karetkę..." [http://www.horrormania.pl/miejskie_legendy/7/, 11.11.2009 r.].

Wątek złodziei nerek występuje też w przekazach o porwaniu dziecka w hipermarkecie[8]. Posiada dwa warianty. W pierwszym kończy się na strachu i dziecko odnajduje się w toalecie. O tym, że była to próba porwania informuje stan dziecka, które przebrane jest w inne ubranie, ma obcięte lub ufarbowane

7 Jest to motyw globalny. W USA, cieszy się popularnością od 1991 roku., stanowiąc kalkę wcześniejszych przekazów znanych pod nazwą: „Harry/Marry AIDS", a w Polsce: „Witamy w klubie AIDS" [zob. Czubala 1993: 65, Czubala 1996: 64-65, Krawczyk – Wasilewska 2000, 97-98, Barber 2007: 88-90, 93-94]. Opowieści o karetce, BMW i busie czerpią zaś z rodzimych, nieaktywnych już pogłosek o czarnej wołdze i starozakonnych porywających chrześcijańskie dzieci dla pozyskania krwi do celów rytualnych [zob. Pietrzyk 2012a: 94-95].

8 Wedle identycznego schematu zbudowane są dużo rzadsze teksty o kradzieży dziecka w Disneylandzie [Pietrzyk 2012a: 101].

włosy i jest pod wpływem środków odurzających. W drugim przypadku dziecko odnajduje się po kilku godzinach lub dniach, ale już bez jednej nerki. Otumanioną lekami ofiarę oprawcy porzucają przed hipermarketem, klatką schodową lub na schodach domu, w którym mieszka. Do ubrania ma przyczepioną kartkę informującą rodziców o usunięciu jednej nerki i konieczności odwiezienia dziecka do szpitala [Pietrzyk 2012: 88-89, 100-101].

Przekazy o złodziejach nerek cieszą się popularnością od lat 90. XX wieku. Odżywają po nagłośnieniu przez media zaginięć dzieci i młodzieży oraz doniesieniach prasy brukowej, która - bazując na zainteresowaniu i sensacji, jakie wzbudzają pogłoski o tzw. nerkobiznesie - często publikuje artykuły na ten temat[9]. Jak każda legenda miejska zawierają elementy emocjonalne i aksjologiczne, wzbudzając takie reakcje u słuchaczy, lub osób je rozpowszechniających, przekonanych o prawdziwości przedstawionych w nich zdarzeń [Graliński, http://atrapa.net/legendy, 04.10.2010 r.][10]. Mają wymowę

9 Przyczyniają się przez to do ich szerszego rozpowszechnienia niż pozwala przekaz ustny. Wedle Adama Mazurkiewicza przed ekspansją Internetu, legendy miejskie podtrzymywały pisma brukowe, takie jak: „Skandale", „Super Skandale", „Fakt", „Twoje Imperium", „Życie na gorąco" itp. [tenże 2007: 246]. Wygodnym i wydajnym kanałem ich popularyzacji szybko stał się Internet. Okazją do przekazywania historii o tzw. nerkobiznesie są dziś doniesienia medialne odnośnie procederu nielegalnego handlu ludzkimi organami lub zaginięć młodych ludzi, jak zniknięcie Iwony Wieczorek w drodze z dyskoteki w Sopocie z 16 na 17.07.2010 roku. Oznacza to, że teksty te pozostają żywe, czekając aż jakieś wydarzenie ponownie wydobędzie je ze zbiorowej pamięci. Widzimy to choćby w wypowiedziach internautów pod artykułem Leszka Szymowskiego, *Nerkobiznes*. Zacytujmy: „Może Iwona Wieczorek też poszła na nerki?...", „TO STRASZNE, TERAZ WIADOMO GDZIE SĄ CI CO ZAGINĘLI, DZIECI I MŁODE OSOBY. (...) NIGDY ICH NIE ODNALEZIONO. MASAKRA" [http://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/nerkobiznes,1,3699156,wiadomosc.html, 22.09.2010 r.].

10 O sile wiary w historie o złodziejach nerek świadczyć może fakt, iż takie doniesienia, wymagają czasem *dementi* ze strony organów społecznego zaufania. Przykładem jest komunikat Komisariatu Policji Powiatowej w Jaśle*: W związku z wieloma pytaniami do Policji, dotyczącymi rzekomego uprowadzenia osób przez nieznanych sprawców poruszających się karetką lub czarnym bmw, jak też odnalezienia zwłok ludzkich z wyciętymi narządami informujemy, że nie odnotowaliśmy tego typu zdarzeń na terenie powiatu jasielskiego, jak też innych powiatów województwa podkarpackiego. Jest to wyłącznie plotka, która powraca po raz kolejny. KPP w Jaśle*, [http://www.jaslo4u.pl/gang-wycinaczy-nerek-to-tylko-plotka-newsy-jaslo-4602, 31.10.2008 r.]. Wiara w autentyczność opowieści zależy od wielu czynników; jak autorytet opowiadacza, indywidualna wrażliwość, światopogląd jednostki. Często zdarza się, że informator określa jedną opowieść jako legendę miejską, a innej przypisuje miano prawdy. Uwiarygodnienie historii zapewnia osadzenie jej w najbliższym otoczeniu nadawcy i odbiorców przekazu (stąd spotykamy wiele wariantów lokalnych podających nazwy miejsc np. „w IKEII

ostrzegawczo-dydaktyczną skierowaną do różnych grup ludzi. Przekazy o karetkach i „nerkobusach", krążąc wśród dzieci i młodzieży ostrzegają przed odłączaniem się od grupy i poruszaniem się o zmroku po mieście i poboczach dróg. Historie o kradzieży nerki w pubie lub dyskotece napominają, by pilnować drinków i uważać przy zawieraniu przygodnych znajomości. Natomiast opowieści o porwaniu dziecka w hipermarkecie mają skłonić rodziców do zwracania większej uwagi na ich ruchliwe pociechy. Jednocześnie stanowią one próbę wypełnienia luki w percepcji otaczającej rzeczywistości w zakresie zjawisk zdrowotnych, medycznych i kryminalnych (niewyjaśnione zaginięcia, morderstwa itp.).

Opowieści o tzw. nerkobiznesie są odbiciem współczesnego światopoglądu, ukazując stereotypowy obraz świata i panujących w nim stosunków[11]. Wedle

w Jankach", „w Manufakturze w Łodzi") lub przeciwnie; brak szczegółów pozwala odnieść jej treść do danej przestrzeni (np. „w jednym z hipermarketów w Katowicach", „w jednym z hipermarketów"). O tym, że historia jest prawdziwa, przekonać ma też twierdzenie, iż została przedstawiona w mediach, bądź wydarzyła się w najbliższym otoczeniu opowiadającego (rodzinie, sąsiadom, znajomym). Jej bohaterem jest krewny, znajomy lub - częściej - „znajomy znajomego". Na określenie tej relacji angielski zbieracz opowieści, Rodney Dale zaproponował skrót „FOAF" (od ang. *friend of a friend tales*). Jan Harold Brunvand uważa *foafness* (powoływanie się na przekaz od przyjaciela) i „RIP" (od ang. *I read in the paper*, czyli „przeczytałem to w gazecie") za podstawowy sposób uwiarygodniania legend współczesnych. Brak dowodu w postaci wycinka z gazety przy ogromnej liczbie wydawnictw prasowych pozwala na bezpieczne fantazjowanie i dowolne zmiany [Czubala 2005: 53, Czubala 1993: 74-75]. Badając opowieści wierzeniowe trzeba jednak pamiętać, że wywołują różne reakcje społeczne. Część osób sądzi, że przekazują prawdę, inni w to wątpią, lokując przekaz w kategorii legend miejskich. To, że są powszechnie znane i pozostają w społecznym obiegu (komentowane, oceniane i dostosowywane do lokalnych realiów) dowodzi, że są istotną częścią współczesnego folkloru zdrowotnego.

11 Zawierają także swoistą waloryzację przestrzeni zurbanizowanej (dyskoteki, centrum handlowego, hipermarketu, ulicy, pobocza drogi), czasu (po zmierzchu), kolorów (jak czerń) oraz otaczających człowieka wytworów nowoczesnej techniki, takich jak pojazdy mechaniczne (bus, karetka, BMW). Labirynty miejskich ulic i regałów w sklepach wielkopowierzchniowych są dziełem rozwoju cywilizacyjnego człowieka, nieustannie przekształcającego swoje otoczenie. A jednak *orbis interior,* czyli „nasz świat", świat „oswojony", bezpieczny - to nadal obszar własnego domu, czy mieszkania. Poza nim rozciąga się „betonowa dżungla" - anonimowa przestrzeń publiczna. Im dalej od miejsca zamieszkania i często uczęszczanych dróg, tym bardziej staje się ona obca, nieokreślona, a przez to niebezpieczna. Pojazdy mechaniczne to metafora zagrożenia, które niesie współczesna technika. Zasady działania nowoczesnych wynalazków i tajniki technologii medycznych znane specjalistom (wynalazcom, inżynierom, chirurgom) dla większości laików pozostają niejasne i tajemnicze, jak opustoszałe miasto nocą. Noc, choć rozświetlona światłami latarni,

nich panuje „prawo silniejszego", a pieniądze mogą ukryć każdą zbrodnię. Lekarze, policjanci, sędziowie są skorumpowani, albo sami biorą udział w procederze kradzieży organów. **Odnajdujemy tu również wyobrażenia zdrowotne**, jak przekonanie o możliwości przeprowadzenia operacji wycięcia nerki w samochodzie oraz stosunkowo krótkim czasie wybudzania i rekonwalescencji ofiary. Już kilka godzin po zabiegu jest ona w stanie utrzymać się na nogach (stać, siedzieć itp.). Starsze teksty nie uwzględniają też problemu tzw. zgodności tkankowej, która zmniejsza ryzyko odrzucenia organu przez system immunologiczny biorcy. Tylko część nowszych przekazów – zapewne w odpowiedzi na te zarzuty i zwiększoną świadomość społeczną w tym zakresie – zawiera informacje o tym, że ofiary nie są przypadkowe. Przestępcy najpierw kradną lub kupują od skorumpowanego personelu przychodni dane medyczne i adresowe potencjalnych ofiar:

> W Częstochowie próbowano porwać 3 letniego chłopca z Supermarketu. Ponoć ktoś udostępnił dane ze służby zdrowia i wyszukano to dziecko jako dawcę (wiek, grupa krwi) i chciano go porwać w celu przeszczepu nerek dla innego dziecka (...) [http://www.goldenline.pl/forum/576118/szok-czy-slyszeliscie-o-innych-przypadkach, 01.11.2008 r.].

> Od dawna wiadomo, że handel ludzkimi organami istnieje na dużą skalę. Zawsze znajdą się tacy, którzy chcą zarobić: i lekarze i służby specjalne. (...) Wszyscy chodzimy do lekarza gdzie znajdują się nasze dane adresowe i wszelkie badania. Dla bandziorów pestką jest namierzenie potencjalnej ofiary [http://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/nerkobiznes,1,3699156,wiadomosc.html, 23.09.2010 r.].

Tym samym historie o złodziejach nerek stanowią współczesną kontynuację tradycyjnego sposobu myślenia o osobach zajmujących się leczeniem, jakim jest figura lekarza – niebezpiecznego szamana, szafarza życia i śmierci[12]. Negatywnej ewaluacji środowiska lekarskiego sprzyjają nagłaśniane przez

neonów i reflektorów, zachowuje swą mroczną twarz. Nieostrożny człowiek idący nocą ulicą lub poboczem, ginie rozczłonkowany w czeluściach samochodu - machiny pożerającej [Pietrzyk 2012a: 91-92].

12 Figurę tą opisuje Monika Sznajderman w książce: *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS* [1994: 48].

media afery w Służbie Zdrowia, takie jak: afery łapówkarskie, czy afera tzw. „łowców skór" w łódzkim pogotowiu[13].

Niektóre teksty dowodzą, że istnieją środki farmakologiczne skutecznie minimalizujące ryzyko odrzucenia niezgodnego z biorcą narządu. Są to środki immunosupresyjne tłumiące reakcję immunologiczną na przeszczepiony narząd, jednak w rzeczywistości zakres ich działania nie jest aż tak szeroki. Dlatego należy je traktować jako kolektywne, zmityzowane wyobrażenia o nieograniczonych możliwościach współczesnych technologii medycznych.

Opozycję dla powyższych przekazów stanowią – powstałe na ich kanwie – dowcipne komentarze i opowieści absurdalne. Rozładowują napięcie i niepokój, jaki wzbudzają treści wierzeniowe i kpią z osób, które w nie wierzą. Zawierają element zaskoczenia i czasem wykorzystują założenia konstrukcji „świata na opak" spotykanej w opowieściach absurdalnych folkloru dziecięcego[14]:

> Mnie kiedyś wycięli nerkę w autobusie MZK w godzinach szczytu. Nie mogłem się w tłoku odwrócić, ale usłyszałem męski głos: „Siostro, skalpel!" i jakieś ukłucie, a po wyjściu z autobusu, przechylałem się na prawą stronę, bo lewa była dziwnie lżejsza. Od teraz nie wsiadam do autobusu, gdy nie ma miejsc siedzących - chyba przez oparcie fotela mi drugiej nerki nie wyciągną [Pietrzyk 2012: 95].

> Rzęsę mi ucięli i nie widzę na prawe ucho [Pietrzyk 2012: 95].

13 Afera ujawniona w 2002 roku przez dziennikarzy „Gazety Wyborczej" (Tomasza Patorę i Marcina Stelmasiaka) i Radia Łódź (Przemysława Witkowskiego) odbiła się echem w zagranicznych doniesieniach medialnych. Wśród zarzutów stawianych pracownikom łódzkiego pogotowia były: sprzedaż informacji o zgonach pacjentów zakładom pogrzebowym, uśmiercanie chorych przez opóźnianie przyjazdu karetki do źle rokujących pacjentów, zaniechanie pomocy lub wstrzykiwanie *Pavulonu* (leku zwiotczającego), a przy tym uprzedmiotowienie i pogarda z jaką traktowano ludzkie zwłoki, określając je mianem „skór" [http://wyborcza.pl/0,82452.html, 19.06.2011 r.]. Trwający ponad 10 lat proceder, mający finał w sądzie (wyroki skazujące w 2009 roku) podkopał wizerunek Służby Zdrowia jako instytucji społecznego zaufania.

14 Są to opowieści w rodzaju: „Dawno temu bo dziś, dwunastoletnia staruszka usiadła na drewnianym kamieniu i milcząc powiedziała...". Ich komizm opiera się na świadomym łamaniu obowiązujących praw (właściwości i znaczeń słów, stanów rzeczy itp.).

Część z nich bazuje na komizmie opartym na pomyłce wynikającej z dwuznaczności niektórych słów:

> Normalnie ludzie nie uwierzycie!!! Idę sobie wczoraj przez Jasło podjeżdża karetka na ukraińskich blachach, wychodzi gość i mówi do mnie: dawej organy!!!!
>
> Ja mu na to: mam tylko perkusję!!!
>
> On na to: to bardzo pana przepraszam.
>
> I odjechali [http://www.jaslo4u.pl/news/pokaz/4602, 04.11.2008 r.].

Innym typem tekstów o transplantacji są **opowieści o przeszczepach jaźni** wynikające z wiary w integralność ludzkiego jestestwa. Człowiek to nie tylko zbiór komórek i współdziałających organów. Jego istota tkwi w każdym nich, na co wskazuje popularny pogląd, że wraz z przeszczepianym organem biorca dostaje jakby część „ja" swojego dawcy. Dowodem tego ma być zmiana zachowań, nawyków, przejęcie talentów i umiejętności, a nawet preferencji seksualnych od dawcy organu, czego przykładem jest poniższa historia[15]:

> Była jesień 1995 roku. 57-letni Sonny Graham (...) cierpiał na skomplikowaną niewydolność serca. Bez znalezienia dawcy, lekarze dawali mu najwyżej sześć miesięcy życia. (...) Organ należał do młodego mężczyzny, który z niewiadomych przyczyn popełnił samobójstwo strzelając sobie w głowę we własnym garażu. Nieświadomy tego Sonny szukał rodziny dawcy, aby podziękować jej za zgodę na transplantację. Po dwuletniej wymianie listów z (...) wdową po mężczyźnie, którego serce biło teraz w piersi Grahama, umówili się na spotkanie i z miejsca zakochali. (...) Po kilku latach udanego małżeństwa, niczym klątwa powtórzył się ten sam scenariusz. Bez wyraźnych sygnałów ani śladów depresji, mężczyzna targnął się na swoje życie w sposób niemal identyczny jak jego „poprzednik" (...) [*Przeszczep duszy* http://wiadomosci.onet.pl/nauka/przeszczep-duszy/x8cv9, 28.09.2012 r.].

15 Te przekonania wykorzystują i zarazem popularyzują scenarzyści filmów i seriali o tematyce sensacyjnej i popularnonaukowej zachodniego kręgu kulturowego [zob. Pietrzyk 2012a: 93].

Przeszczep – z jak pisałam – należy do sytuacji granicznych, gdzie życie styka się ze śmiercią. W wyniku operacji chora osoba otrzymuje nowy, zdrowy organ, a wraz z nim szansę na życie, a nierzadko możliwość podjęcia bądź powrotu do aktywności zawodowej lub rekreacyjnej. W języku potocznym, przekazach medialnych, a nawet tekstach biomedycznych mówi się, że taka osoba otrzymała „nowe" lub „drugie" życie[16]. Operacja postrzegana jest jako moment przełomowy, decydujący o dalszym losie pacjenta. W tzw. kulturach typu ludowego, egzystujących w oparciu o światopogląd religijno-magiczny, okresom społeczno-biologicznych przełomów w życiu człowieka towarzyszyły obrzędy przejścia akcentujące i sankcjonujące zmianę statusu społecznego jednostki i przyjęcie przez nią nowej roli w grupie. W ich trakcie następowało symboliczne rozbicie i uśmiercenie osobowości kandydata oraz narodziny ontologicznie nowej jednostki, ponieważ dokonanie tej zmiany, możliwe było dzięki przemianie substancjalnej podkreślanej przez zmianę imienia, uczesania, stroju, określone rekwizyty oraz specyficzne zachowania neofity [van Gennep 2006: 98]. We współczesnym myśleniu potocznym stanowiącym swoisty konglomerat myślenia dyskursywnego i pozostałości światopoglądu religijno-magicznego, przyjęcie przez chorego biorcę organu pobranego z ciała martwego dawcy prowadzi do „nowego", „drugiego" początku (życia), który na planie symbolicznym (w myśleniu, działaniu, stosunkach werbalnych) musi pozostawić i pozostawia swój ślad w postaci zmiany dotychczasowego zachowania i stylu życia. W myśleniu mitycznym nie może być to tylko skutek odzyskania zdrowia po udanym zabiegu, lecz wynika z przejęcia z przeszczepionym organem energii witalnej, a wraz z nią nawyków, uczuć, talentów, wspomnień i zachowań dawcy.

To przekonanie sięga w przeszłość kultury, mając źródło w myśleniu magicznym. Jedna z gałęzi magii, zwana przez Jamesa Georga Frazera przenośną, zakłada, że rzeczy, które kiedyś były „w styczności ze sobą, nadal działają na siebie nawet wtedy, gdy kontakt fizyczny przestał istnieć" [1962: 37, 60]. Dotyczy to przedmiotów (jak części odzieży) oraz fragmentów i wydzielin ciała ludzkiego (włosy, paznokcie, ślina, łożysko, zęby itp.). Stanowią one część osoby, lub zawierają jej duszę. Znajduje to wyraz w praktykach magicznych danej społeczności, prowadząc do powstawania *tabu*, jak zakaz wyrzucania części ciała i odzieży byle gdzie. Gdyby wpadły w ręce wrogów i czarowników mogliby

16 Przykładem jest tytuł artykułu doktorantów i pracowników Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach: *Transplantacja – nadzieja na nowe życie*, dowodzący, że także profesjonaliści medyczni chętnie sięgają po język mitów i metafor [2016].

sprowadzić chorobę, niepowodzenie, śmierć lub ukraść duszę ich właścicielowi [tamże: 37, 39-40, 60-62, 214-215]. Podobnie jest z krwią – często uważaną za siedlisko duszy i życia[17]. Wpływa to nie tylko na praktyki magiczne, religijne i pokarmowe różnych kultur plemiennych na całym świecie, lecz także na współczesne praktyki zdrowotne społeczeństw zachodniego kręgu cywilizacyjnego. Na przykład członkowie niektórych wyznań (jak świadkowie Jehowy) nie zgadzają się na transfuzję krwi, tłumacząc odmowę względami religijnymi i troską o duszę chorego[18]. Obecnie istnieją preparaty krwiozastępcze, jednak nie zawsze są wskazania do ich użycia. Ukazuje to, jak silny wpływ mają przekonania religijne na odrzucenie bądź recepcję dostępnych technologii medycznych, na decyzje podejmowane w sprawach zdrowia, a nawet życia.

Innym mechanizmem „oswajania" nowoczesnej biomedycyny jest szukanie sakralnych genealogii oraz patronów chorób, dolegliwości, zawodów i technik medycznych wśród chrześcijańskich świętych. Wybór patrona nie jest przypadkowy, lecz opiera się na „faktach z życia" świętego zaczerpniętych z literatury hagiograficznej. Odwołanie do sakralnego precedensu nie tylko uzasadnia daną profesję, technikę czy praktykę biomedyczną, zakorzeniając ją w uświęconej tradycji, lecz wprowadza ją w zasób praktyk dopuszczalnych, zwłaszcza pod względem etycznym. I tak żyjący w antyku dwaj bracia lekarze – święci: Kosma i Damian (średniowieczni patroni od zarazy oraz patroni lekarzy, chirurgów, a dzisiaj również farmaceutów), dzięki przekazowi o odcięciu zakażonej nogi osobie rasy białej i cudownym przyszyciu w to miejsce nogi odciętej ze zwłok osoby rasy czarnej, u progu XXI wieku stali się patronami, a zarazem ambasadorami transplantologii [Pietrzyk 2012b: 75-76].

Wobec postępu technologii medycznych tradycyjne przekazy o cudownych dokonaniach świętych zostają poddane ponownej interpretacji, w oparciu o aktualny stan wiedzy medycznej, obowiązujące terminy, definicje, skojarzenia i sposoby myślenia, co znajduje odbicie w języku opisu cudownego wydarzenia. Widać to, gdy zestawimy ze sobą dwa rodzaje opisu; pierwotny przekaz hagiograficzny (I) i jego współczesne medyczno-sakralne reinterpretacje (II, III):

17 Przekonanie to zawarte jest na przykład w *Piśmie Świętym* zakazującym spożywania krwi, „(...) nie będziecie spożywać krwi żadnego ciała, bo życie wszelkiego ciała jest w jego krwi" [PŚ Kpł 17,14, Frazer 1962: 211].

18 W związku z tym, warunkiem uzyskania zgody na przeszczep u świadków Jehowy, jest użycie narządów i tkanek, z których wypłukano krew [Gawłów – Nowak, Graf, Ptaszek, Karczewska, Sternik, Stołecka, Mroczkowska, Śleziona, Wawros 2016: 109].

I. Zgodnie z legendą dotyczącą życia świętych Kosmy i Damiana, ci dwaj bracia lekarze pochodzący z Arabii mieli kiedyś pomóc pewnemu diakonowi imieniem Wincenty. Pewnego dnia (...) Wincenty zjawił się w ich klinice. Grot strzały utkwił w jego nodze, tak, że noga się zakaziła i pojawiła się gangrena. Święci doktorzy (...) stwierdzili, że leczenie jej byłoby bezużyteczne. Powiedzieli mu, by udał się do kościoła i modlił się o dobrą śmierć. Diakon Wincenty ich posłuchał. Gdy się modlił zapadł w sen. Tymczasem święci bracia (...) zostali nawiedzeni przez anioła, który powiedział im, że mają się udać do kościoła i amputować nogę z ciała przygotowanego do pogrzebu, następnie amputować nogę diakona (...) i dołączyć nogę od zmarłego żywemu. Wincenty miał się następnie obudzić z dwoma już zdrowymi nogami. Pacjent i święci lekarze następnie uczcili Pana

[http://dsz.swidnica.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=3, 18.09.2012 r.].

II. Tradycja chrześcijańska przypisuje im cuda, wśród których najsłynniejszy był przeszczep (czarnej nogi) od zmarłego Etiopczyka do białego pacjenta. Ikonografia uwieczniła to zdarzenie jako symbol uniwersalności chrześcijaństwa i ogólnoludzkiej inspiracji w medycynie: czarny człowiek oddaje nogę białemu za pośrednictwem chrześcijańskich lekarzy. Ta inspiracja chrześcijańska znajduje odzwierciedlenie w chirurgii, a zwłaszcza we współczesnej transplantologii (...) [http://kdsz.pl/news.php?extend.32, 18.09.2012 r.].

III. Z ich cudownymi uzdrowieniami łączy się szereg legend, a wśród nich przypowieść o przeszczepieniu dolnej kończyny pielgrzymowi cierpiącemu na gangrenę. Podczas snu w miejsce nogi wstawili mu nową, pobraną od co dopiero zmarłego Murzyna. Za patronkę transplantologii podawana bywa również święta Agata z Katanii na Sycylii, która zginęła śmiercią męczeńską w 251 roku (...). Doznała przed śmiercią niezwykłego przywrócenia odciętych piersi (replantacji??) za sprawą cudownego uzdrowienia dokonanego przez świętego Piotra. Także do replantacji nawiązuje przypowieść z Nowego Testamentu odnosząca się do wydania i pojmania Jezusa w Ogrojcu, a dotycząca przyprawienia ucha słudze Malchosowi (...) [Skalski, http://www.cxnews.pl/historia-przeszczepiania-narzadow,201.html, 18.09.2012 r.].

W nowych tekstach wydarzeniom sprzed kilkuset lat przypisuje się świadome nawiązywanie do współczesnych zjawisk medycznych. Podkreśla to używanie w ich opisie terminów fachowych związanych z transplantologią, jak: przeszczep, transplantacja, replantacja.

Wnioski

Reakcję kultury na nowe technologie biomedyczne cechuje pierwiastek ambiwalentny. Mechanizm mityzacji jest próbą oswojenia nowych zjawisk medycznych. I choć nie niweluje do końca tej ambiwalencji, pozwala myśleniu potocznemu znaleźć dla nich miejsce w kulturowym uniwersum. Współczesne przekazy wierzeniowe usiłują przełożyć je na prosty i zrozumiały dla laików język tradycyjnych schematów myślenia, symboli i wartości. W miarę rozpowszechniania wiedzy medycznej wśród ogółu społeczeństwa (o grupach krwi, zgodności tkankowej i DNA), folklor ten ulega przekształceniom, które warto śledzić dopóki treści te pozostaną aktywne, krążąc przekazywane z ust do ust lub za pośrednictwem komunikacji elektronicznej i mediów (prasy, telewizji). Przekazy te powstają w oparciu o społeczne wyobrażenia o otaczającym świecie i wedle reguł myślenia obowiązujących w danej społeczności, stanowiąc syntezę aktualnych doświadczeń społecznych. Dlatego stanowić mogą wskaźnik świadomości zdrowotnej współczesnego społeczeństwa. Ich badanie ukazuje w jakim stopniu i w jaki sposób wiedza na temat nowych technologii medycznych propagowana przez odgórne kampanie zdrowotne, przenika do świadomości potocznej i jest przez nią przyswajana.

Streszczenie

Niniejszy artykuł omawia kulturowe mechanizmy oswajania biomedycyny we współczesnym folklorze zdrowotnym (pogłoskach, legendach miejskich itp.) oraz w potocznym myśleniu o medycynie, lekarzach i chorobach. Choroba jako nieuchronny aspekt biologicznej natury człowieka jest nie tylko faktem medycznym, lecz również kulturowym. Podobnie sposoby walki z nią oferowane przez nowoczesne i zaawansowane technologie medyczne – takie jak transplantologia. Myślenie potoczne usiłuje znaleźć dla nich miejsce w swoich strukturach, opisując i interpretując je wedle własnych, czytelnych dla ogółu reguł poprzez proces mityzacji i sakralizacji. Wynikiem tego są specyficzne postawy, oceny i wierzenia zdrowotne wskazujące, iż reakcję kultury na technologie biomedyczne cechuje pierwiastek ambiwalentny. Chociaż mechanizmy mityzacji i sakralizacji nie niwelują do końca tej ambiwalencji, pozwalają myśleniu potocznemu znaleźć dla nich miejsce w kulturowym uniwersum.

Słowa kluczowe: przeszczepy, transplantologia, legendy miejskie, złodzieje nerek, kanibalizm medyczny, sakralizacja, mityzacja

Cultural mechanisms of ‘taming’ medicine in modern beliefs around the organ transplantation

The paper is devoted to the cultural mechanisms of “taming” modern medical techniques, one of which is transplantology. Illness as an unavoidable aspect of the biological human nature, is not only a medical, but also a cultural fact, similarly to the methods of fighting it, offered by modern, advanced medical technologies. People are trying to find a place for them in the contemporary popular thinking, describe and interpret them according to some generally understood rules, through the processes of mythologization and sacralization. The processes result in particular health attitudes and beliefs, hidden in the modern health folklore (rumours, urban legends, etc.), as well as in the common thinking about medicine, doctors, illnesses and treatments, such as transplantology. The reaction of culture to modern medical technologies is ambivalent. Mythologization and sacralization are an attempt to “tame” new

medical phenomena. Although they do not prevent this ambivalence altogether, they make it possible to find a place for them in the cultural universe.

Key words: transplants, transplantology, urban legends, kidney thieves, medical cannibalism, sacralization, mythologization

Bibliografia

Barber Mark
(2007), *Legendy miejskie*, Wydawnictwo RM, Warszawa.

Czubala Dionizjusz
(1993), *Współczesne legendy miejskie*, Uniwersytet Śląski, Katowice.

Czubala Dionizjusz
(1996), *Nasze mity współczesne*, Fundacja dla Wspierania Śląskiej Humanistyki, Katowice.

Czubala Dionizjusz
(2005), *Wokół legendy miejskiej*, Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała.

Frazer James George
(1962), *Złota Gałąź*, Państwowy Instytut Wydawniczy, PIW, Warszawa.

Gawłów – Nowak Lilianna, Graf Lucyna, Karczewska Olimpia, Mroczkowska Renata, Ptaszek Gabriela, Sternik Anna, Stołecka Barbara, Śleziona Mariola, Wawros Karina
(2016), *Transplantacja - nadzieja na nowe życie* [w:] Elżbieta Krajewska-Kułak, Cecylia Regina Łukaszuk, Jolanta Lewko, Wojciech Kułak (red), *W drodze do brzegu życia*, t. XIV, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok, s. 102-112.

Gennep Arnold, van
(2006), *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii. O bramie i progu, o gościnności adopcji, o ciąży i porodzie, o narodzinach, dzieciństwie i dojrzewaniu i inicjacji, o święceniach kapłańskich i koronacji królów, o zaręczynach i zaślubinach, o pogrzebie i porach roku i o wielu innych rzeczach*, Warszawa.

Kowalski Piotr
(1998), Leksykon znaki świata. Omen przesąd, znaczenie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Krawczyk-Wasilewska Violetta
(2000), *AIDS. Studium antropologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

Libera Zbigniew
(1995), *Medycyna ludowa. Chłopski rozsadek czy gminna fantazja?*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Mazurkiewicz Adam
(2007), *Legendy miejskie we współczesnej polskiej literaturze grozy* [w:] *Podanie – legenda w tradycji ludowej i Literackiej*, Maria Jakitowicz, Violetta Wróblewska (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, s. 245-254

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17.07.2007 roku *w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*, M.P.46.547.2007.

Pietrzyk Anna
(2012a), *Złodzieje Nerek. Kanibalizm medyczny i inne przekonania zdrowotne w świetle pogłosek i urban legends* „Literatura Ludowa" t. 56, nr 4/5 Wrocław, s. 81-104.

Pietrzyk Anna
(2012b) Kulturowe mechanizmy oswajania medycyny. Przykład transplantologii [w:] ŁAD TECHNOLOGII? Społeczeństwo wobec wyzwań stawianych przez media i medycynę, Rafał Mielczarek (red.), Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, s. 66-78.

Rhodes Richard
(2000), *Śmiertelne uczty. Tropem tajemnic nowej groźnej epidemii*, tłum. Grażyna Gacparska, Książka i Wiedza, Warszawa.

Sznajderman Monika
(1994), *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*, Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa.

Ustawa z dnia 01.07.2005 roku *o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*, Dz.U.169.1411.2005.

Netografia

Duszpasterstwo Służby Zdrowia Diecezji Świdnickiej, http://dsz.swidnica.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=3, 18.09.2012 r.

Encyklopedia PWN, http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/447102/transplantologia-8212-najwazniejsze-daty-z-historii.html, 14.01.2012 r.

„Gazeta Wyborcza" - *Raporty: Łowcy skór,* http://wyborcza.pl/0,82452.html, 19.06.2011 r.

Graliński Filip, *Legendy miejskie*, http://atrapa.net/legendy, 04.10.2010 r.

Horrormania.pl http://www.horrormania.pl/miejskie_legendy/7/, 11.11.2009 r.

Komunikat KKP w Jaśle, http://www.jaslo4u.pl/gang-wycinaczy-nerek-to-tylko-plotka-newsy-jaslo-4602, 31.10.2008 r.

Morciniec Piotr (ks.), *Czy transplantacje to współczesny kanibalizm?(Streszczenie wykładu inaugurującego I Opolski Festiwal Nauki)*, WTUO Opole, http://pm.komernet.pl/download/str-neokanibal.pdf, 07.01.2012 r.

Roczeń Robert, *Neurocentryczne koncepcje śmierci człowieka. Esej medyczno-filozoficzny*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=3&m=22&z=0&n=2&k=4, 08.01.2012 r.

Pierwsza udana transplantacja w Polsce, http://www.kardiolo.pl/pierwsza_udana_transplantacja_serca_w_polsce.htm, 21.06.2006 r.

Przeszczep duszy, http://wiadomosci.onet.pl/nauka/przeszczep-duszy/x8cv9, 28.09.2012 r.

Skalski Janusz, *Historia przeszczepiania narządów*, „CX News. Magazyn Medyczny" nr 2/28/2009, http://www.cxnews.pl/historia-przeszczepiania-narzadow,201.html, 18.09.2012 r.

Sokołowski Leszek M, *Klonowanie człowieka albo kanibalizm medyczny*, „Medycyna Wieku Rozwojowego", 2001, V, Suplement I do nr 1, http://www.retina-forum.pl/pdf/klon10.pdf, 21.12.2011 r.

Szymowski Leszek, *Nerkobiznes*,

http://wiadomosci.onet.pl/tylko-w-onecie/nerkobiznes,1,3699156,wiadomosc.html, 22.09.2010 r.

Wolniewicz Bogusław, *O tzw. bioetyce* „Medycyna Wieku Rozwojowego", 2001, V, Suplement I do nr I, http://www.retina-forum.pl/pdf/klon16.pdf, 21.12.2011 r.

Wolniewicz Bogusław, *Życie jest najwyższą wartością*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/F/FE/transplantacja3.html, 21.12.2011 r.

Wzór Medyków: Święci Kosma i Damian (26 września), Krajowe Duszpasterstwo Służby

Zdrowia, http://kdsz.pl/news.php?extend.32, 18.09.2012 r.

Transplantologia, http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/447102/transplantologia-8212-najwazniejsze-daty-z-historii.html, 14.01.2012 r.

Sebastian Latocha
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Przeszczep jako dar. Banalna asocjacja, niebanalne implikacje. Perspektywa antropologii medycznej[1]

Skojarzenie transplantacji z darem – świecki mit

Antropolog nie jest potrzebny, żeby skojarzyć przeszczep z darem. Wystarczy sięgnąć do prasy i Internetu, by przekonać się, że w dyskursie publicznym transplantacja jest kojarzona z darem. Oto przykładowe nagłówki:

> PRZESZCZEP – **dar** nowego życia [http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/14296, 04.11.2016]
>
> Abp Życiński: **Dar** serca czy nerki do przeszczepu to **dar** miłości [http://www.przeszczep.pl/news_1265_abp_zycinski_dar_serca_czy_nerki_na_przeszczep_to_dar_milosci.htm, 04.11.2016]
>
> **Podarował** córce swoją nerkę i swoje życie [http://www.gk24.pl/magazyn/art/4514965,podarowal-corce-swoja-nerke-i-nowe-zycie,id,t.html, 04.11.2016]

1 Niniejszy artykuł stanowi roboczą wersję jednej z sześciu części rozdziału empirycznego dysertacji doktorskiej pt. Świat lokal*nych wyobrażeń o przeszczepach. Perspektywa antropologii medycznej*, jaką przygotowuję pod kierunkiem prof. UŁ dr hab. Ewy Nowina-Sroczyńskiej. Wyobrażeniom o transplantacji „przyglądam się" przez pryzmat nie tylko daru, ale i: brudu, sensualizmu, pamięci, współczesnych wyobrażeń eschatologicznych i tanatologicznych.

> Noworodek „**podarował**" nerkę 22-latce [https://www.wprost.pl/420564/Noworodek-podarowal-nerke-22-latce, 04.11.2016]

> Oddałem nerkę – **podarowałem** życie [http://zielonedrzwi.tvn.pl/aktualnosci,910,n/oddalem-nerke-podarowalem-zycie,74032.html, 04.11.2016]

> Na okładce 2. polskiego wydania książki Slavenki Drakulić – *Ciało z jej ciała. O banalności dobra* – pod tytułem znajduje się slogan:

> Historie ludzi, którzy **podarowali** komuś część siebie [Drakulić 2012]

Wydaje się, że „retoryka daru" skolonizowała publiczną debatę o transplantacji, dezawuując głosy, które łączą przeszczepy z neokanibalizmem [Wolniewicz 1993: 259-263]. Popularność, oczywistość, zdroworozsądkowość i naturalność asocjacji transplantacji z darem stanowi inspirację dla antropologa tropiącego mity[2] współczesności. Ryszard Tomicki, rozwijając myśl Rolanda Barthesa – autora *Mitologii* [Barthes 2008] – pisze, że podstawą cechą mitu jest:

> jego obiektywna fałszywość. Z wyobrażeniem takim związana jest natomiast silna, jednostkowa lub zbiorowa wiara w jego prawdziwość, dzięki czemu mit funkcjonuje jako czynnik określający postawy i zachowania danej jednostki czy zbiorowości oraz rzutujący na sposób postrzegania przez nie rzeczywistości [Tomicki 1987: 247].

R. Tomicki, parafrazując Davida Bidneya, konstatuje, że: „każda epoka ma własne mity, podlegają też one ewolucji, gdyż zmieniający się w czasie kontekst psychokulturowy powoduje stałą zmianę przedmiotu mitotwórstwa (od

2 Słowo „mit" funkcjonuje w trzech kontekstach: (1) jako prawdziwa, sakralna opowieść o początku świata i etiologii człowieka oraz różnych rzeczy i instytucji, opowieść dostarczająca wzorów, modelująca życie i strukturę świata, (2) jako archaiczny, pierwotny tradycyjny światopogląd – wówczas jest mowa o tzw. myśleniu mitycznym, (3) jako opowieść fałszywa (pomieszanie Natury i Historii, np. w ideologii, propagandzie, reklamie, modzie itp.), lecz powszechna i oczywista, a im bardziej naturalna – paradoksalnie – tym bardziej sfabrykowana [Tomicki 1987: 244-248].

sakralnych mitów pierwotnych po świeckie mity współczesności" [Tomicki 1987: 247]. R. Barthes pisze lapidarnie, że „mit jest słowem", czyli „syntezą znaczeniową, czy to słowną, czy wizualną: zdjęcie będzie dla nas słowem z tego samego powodu co artykuł w gazecie; same przedmioty mogą stawać się słowem, jeśli cokolwiek znaczą" [Barthes 2008: 239]. Mit to nie tylko opowieść o „sakralnym wydarzeniu, które dokonało się (...) »na początku«" [Eliade 1998: 105], ale i nowa jednostka wtórnego sensu wobec pierwotnej denotacji. Świat człowieka przenikają mity, które unaturalniają historyczną rzeczywistość.

Wydaje mi się, że przeszczep w dyskursie potocznym stał się SŁOWEM, że powszechne i oczywiste skojarzenie go z darem coś ZNACZY. Dokonała się – cytując R. Barthesa – „kradzież znaku". Transplantat, czyli narząd – „przechwycony przez mit" – stał się darem i jako taki określa stosowne wyobrażenia, postawy i zachowania wobec samej transplantacji. Moim celem jest ich „zmapowanie", a nie, jak postuluje francuski „łowca mitów" – obnażenie i krytyka mistyfikacji, rozbrojenie mitu, czyli odczytanie jego znaczenia. Chcę zgłębić społeczne i kulturowe implikacje skojarzenia przeszczepu z darem, transplantacji jako świeckiego mitu współczesności.

Wydaje się, że słowo „dar" dla antropologa znaczy coś więcej niż w dyskursie publicznym i potocznym, gdzie intuicyjnie przyjęło się, że przeszczepiony narząd to po prostu dar. Nie tylko prasa i Internet powtarzają ten mit niczym **refren**, ale i w zbiorowej wyobraźni mieszkańców Woli Krzysztoporskiej[3], gdzie prowadzę badania[4] dotyczące popularnych wyobrażeń o przeszczepach, asocjacja transplantacji i daru jest silna.

3 Wola Krzysztoporska to siedziba gminy w pow. piotrkowskim (woj. łódzkie); wieś leży 60 km na południe od Łodzi i 10 km od Piotrkowa Trybunalskiego przy krajowej drodze nr 1 (tzw. „gierkówce"). W Woli Krzysztoporskiej znajduje się kościół rzymskokatolicki, zespół szkół, przychodnia lekarska, poczta. To „postindustrialna" wieś, gdzie po upadku przemysłu chemicznego (lata 90. XX wieku) mieszkańcy nie zajęli się rolnictwem, lecz znaleźli pracę głównie w najbliższych miastach: Piotrkowie Trybunalskim, Bełchatowie oraz Łodzi.

4 W ramach badań od kwietnia 2015 roku do czerwca 2016 roku przeprowadziłem 35 wywiadów z mieszkańcami Woli Krzysztoporskiej, kobietami i mężczyznami; najstarsi z nich urodzili się w latach 30. XX wieku, a najmłodsi na początku lat 90. To różni ludzie: emeryci, pracownicy fizyczni i biurowi, lokalna „inteligencja"; z wykształceniem wyższym, średnim, zawodowym i podstawowym. Wywiady jeszcze nie zostały zdeponowane w Archiwum działającym przy Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej UŁ, na razie brakuje im sygnatur. Aktualnie znajdują się w moim archiwum prywatnym. Imiona mieszkańców Woli

Dar – ofiara – wotum

Pod warstwą oczywistego skojarzenia kryją się jednak nieoczywiste okoliczności. Media wydają się mylić dar z ofiarą (co przejawia się w patetycznym tonie dyskursu), a „zwykli" ludzie – moi informatorzy z Woli Krzysztoporskiej, nazywani przeze mnie wolanami, określają ścisłe warunki transplantacji, których nie zakłada ofiara, a jakie dotyczą daru jako kategorii antropologicznej.

Idea ofiary nie obejmuje licznych zobowiązań projektowanych w kontekście daru. Carl Gustav Jung pisze: „Czy tego chcemy, czy nie, z darem stale związana jest zasada »do, ut des«[5]. (...) O ofierze możemy mówić dopiero wtedy, gdy związane z darem »do, ut des« samo zostaje ofiarowane, czyli gdy zrezygnujemy z naszych skrytych roszczeń" [Jung 1998: 97]. Ofiara znosi egoistyczne roszczenie, a dar je powołuje. Innymi słowy: „To, co podarowane, jeśli ma być ofiarą, winno zostać oddane tak, jakby zostało zniszczone" [Jung 1998: 97]. Formy pośrednie (między darem i ofiarą) stanowią w świecie chrześcijańskim ofiarowywane Bogu wota, czyli dary „składane w podzięce za pomoc lub w nadziei na nią" [Jagla 2009: 15]. Gesty wotywne z cech ofiary mają komunikację z transcendencją – „Ofiara jest czynnością rytualną, polegającą na złożeniu daru ponadludzkiej istocie. Składając ofiarę, człowiek próbuje nawiązać kontakt z istotą i siłami ponadludzkimi" [Thannippara 1997: 308]. Dar „rozgrywa się" w płaszczyźnie ludzkiej. Ale z daru gesty wotywne zachowują roszczenie przeciw-świadczenia (w kontekście wotów błagalnych). Przykład stanowią gesty pielgrzymów fatimskich:

> Na placu przed bazyliką Matki Bożej Różańcowej, tuż obok miejsca objawień, stoi kilka ogromnych palenisk. Ze środka buchają płomienie. Przed nimi kilkadziesiąt osób ustawia się w kolejce. Wrzucają w ogień swoje cierpienia, intencje, swoje życie. Palą się i topią odlane z wosku nogi, ręce, głowy, jelita, a nawet postaci dzieci. Niektórzy wrzucają po prostu świece – pojedynczo albo całymi pęczkami, po kilka, kilkanaście. Na twarzach czują żar. Bolesne doświadczenia na ich oczach odchodzą w niebyt [Kluba 2012: 34].

Krzysztoporskiej, którzy udzielili mi wywiadów, zmieniłem celowo. Cytaty z wywiadów opatrzyłem fałszywymi imionami, lecz zgadza się płeć oraz wiek (podany w nawiasie).

5 Czyli: „Daję, abyś dał".

Mary Douglas pisze, że „antropolog powinien umieć wyjaśnić zachowanie [ludzi – przyp. S.L.], dla którego bark jest gotowego, leżącego w zasięgu ręki wytłumaczenia" [Douglas 2003: 149]. Metody oraz kategorie, jakie stosują antropolodzy w swoich ekspertzach, pomagają im wyjaśnić to zachowanie oraz leżące u jego podstaw społeczno-kulturowe imaginarium. Metoda wywiadu oraz zastosowanie antropologicznej kategorii daru pomogły mi „w szczegółach" opisać wyobrażenia wolan o przeszczepach. W ich zbiorowej wyobraźni transplantacja kojarzona jest z darem; to chyba pierwsza asocjacja, jaka przychodzi im na myśl, gdy słyszą słowo „przeszczep". Jednak zdroworozsądkowe skojarzenie stanowi tylko powierzchnię wyobrażeń, postaw i zachowań wobec transplantacji. Wywiady z mieszkańcami Woli Krzysztoporskiej ujawniły wiele „punktów wspólnych" ich supozycji na temat przeszczepów z antropologiczną koncepcją daru w ogóle. Transplantat jawi się nie jako ofiara, nie jako wotum, ale właśnie wydaje się – w perspektywie wolan – nosić wiele znamion tego, co antropolodzy nazywają darem. Wynika to z konkretnych, śmiałych propozycji i warunków, jakie stawiają w kontekście transplantacji

Całościowy fakt społeczny

Antropologiczna koncepcja daru wywodzi się od Marcela Maussa, który charakteryzuje dar, opierając się na egzemplifikacjach z Polinezji, Melanezji (m. in. z Wysp Trobrianda, gdzie Bronisław Malinowski badał instytucję *kula*) i Alaski (*potlacz*). Francuski socjolog i antropolog określa dar jako całościowy fakt społeczny:

> Wszystkie te zjawiska są zarazem prawne, gospodarcze, religijne, a nawet estetyczne, morfologiczne itd. Są one związane z prawem – z prawem prywatnym i publicznym, z moralnością zorganizowaną i płynną; są one ściśle obowiązkowe lub po prostu chwalone i ganione, są zarazem polityczne i domowe, dotyczą klas społecznych, jak również klanów i rodzin. Wiążą się one z religią – z religią w sensie ścisłym, z magią i animizmem oraz z płynną mentalnością religijną. Są one związane z gospodarką, albowiem idea wartości, użyteczności, bogactwa, interesu, zbytku, nabycia, gromadzenia, a także idea spożycia, a nawet idea czystego, często zbytkowego wydawania, są w nich wszechobecne (...). Ponadto instytucje te mają doniosły aspekt estetyczny. (...) Wreszcie są to, jasno widzimy, zjawiska morfologiczne (...) [Mauss 2001: 301-302].

Podobnie przeszczepy:

- dzisiaj są obwarowane przepisami prawa, etyki, obyczaju oraz moralności (w Polsce jest to, z jednej strony, np. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, a z drugiej – osadzone głęboko w kulturze, obyczajowe „przepisy", które podzielane są przez lekarzy i pacjentów);

- upolitycznia się je (w Polsce – tzw. „syndrom Ziobry" [Kuzyszyn 2011: 7-14]);

- lecz mają cały czas charakter niepolityczny – domowy (są przecież rodzinnymi dramatami);

- mają religijną podbudowę oraz przejawiają się w nich konteksty magiczne (moje badania pokazują, że transplantacja bywa motywowana religijnie jako „dobry uczynek, który podoba się Bogu"; przeszczepy bywają jednak „wyposażane" i w magiczne cechy – np. łączenie dawcy i biorcy „sztucznym pokrewieństwem";

- są bardzo kosztowne, pochłaniają olbrzymie sumy, przez co wydają się formą ekonomicznego paroksyzmu współczesnego społeczeństwa; mobilizują społeczeństwo do zbiórek pieniędzy na „przeszczep dla...", co staje się częścią medialnego spektaklu;

- estetyzuje się je – powstają o nich filmy o znaczących tytułach (np. Śmiertelne wizje Michaela Scotta, *Przebudzenie* Joby'ego Harolda, *Bogowie* Łukasza Palkowskiego) i książki, głównie thrillery medyczne (np. *Transplantacja* Jurija Szczerbaka [1973], *Dawca* Tess Gerritsen [2013]), nawet reporterskie (np. *Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci* Scotta Carneya [2014], *Serce pasowało. Opowieść o polskiej transplantologii* Anny Matei [2016] czy wspomniana już książka S. Drakulić).

Antropolodzy przede mną wielokrotnie korzystali z Maussowskiej teorii w swoich studiach. Przypominam tylko kilka odniesień: Anna Zambrzycka-Kunachowicz, powracając do teorii M. Maussa, w swoich pracach podkreślała, że obdarowywanie **nadal** należy do ważnych kategorii życia społecznego [Zambrzycka-Kunachowicz 1988]; Anna Zadrożyńska przez pryzmat daru analizowała wigilijną kolację przed Bożym Narodzeniem [Zadrożyńska 1985: 61-64]; Małgorzata Maj badała rolę daru w obrzędzie weselnym [Maj 1983], a Grażyna Ewa Karpińska – w łódzkim środowisku robotniczym [Karpińska 1988].

Różnice

Teoria M. Maussa jest cały czas przydatna, jako że „porządkuje" – jak w moim przypadku – dane pochodzące z terenu; pozwala zwrócić uwagę na sprawy, które mogłyby pozostać w ukryciu. Jednak po wywiadach z mieszkańcami Woli Krzysztoporskiej o przeszczepach wydaje mi się, że teoria daru, jaką zaproponował francuski socjolog i antropolog żyjący na przełomie wieków XIX i XX, chociaż jeszcze się nie zestarzała się zupełnie, to wymaga paru aktualizacji do kontekstu transplantacji. M. Mauss wyróżnia cechy daru, jakie przypisuje się i dzisiaj przeszczepom (jak wynika z moich badań), lecz kilka jego ogólnych uwag o naturze daru jako instytucji nie stosuje się do transplantacji; oto one, wywiedzione z materiału terenowego i uogólnione:

- (1) „Nie jednostki, ale zbiorowości zobowiązują się wzajemnie, wymieniają i zawiązują umowy" [Mauss 2001: 170] – pisze M. Mauss. **Przeszczep jako dar wydaje się jednak rozgrywać głównie w płaszczyźnie jednostek** (nie klanów, plemion, rodzin), **gdzie tylko między dawcą i biorcą krystalizuje się intymna, duchowa, symboliczna relacja**. Transplantacja może pociągać za sobą „przyjęcie" nowego członka do rodziny, lecz sprawa ta wydaje się drugorzędna wobec kwestii *tête-à-tête*.

- (2) Socjolog i antropolog pisze: „(...) tym, co owe grupy wymieniają, nie są wyłącznie dobra i bogactwa, ruchomości i nieruchomości, rzeczy pożyteczne gospodarczo – są to przede wszystkim uprzejmości, festyny, obrzędy, usługi wojskowe, kobiety, dzieci, święta, jarmarki" [Mauss 2001: 170]. W kontekście przeszczepów **jednostki „wymieniają się" swoimi narządami (transplantatami), co lokuje samą transplantację w pierwotnych motywacjach biomedycznych, wobec których społeczne, komunikacyjne czy integracyjne racjonalizacje są wtórne**, lecz nie mniej ważne z punktu widzenia antropologii medycznej.

- (3) „Owe świadczenia i przeciw-świadczenia dokonywane są w formie raczej dobrowolnej jako prezenty i podarunki, chociaż są one w istocie ściśle obowiązkowe pod karą wojny prywatnej lub publicznej" [Mauss2001: 170]. Przeszczepy jednak nie są obowiązkowe pod „zewnętrznymi" sankcjami społecznymi, oprócz idiosynkratycznych sankcji emocjonalnych. Nie wystarczy sama dobra wola „wymiany", w grę nie wchodzi przymus z przyczyn biomedycznych (np. wieku, chorób itp.). **Występuje „wewnętrzne", wynikające raczej z miłości i troski, niewymagające specjalnej eksplikacji poczucie obowiązku, lecz tylko wobec rodzinny – dziecka, rodzica czy męża (żony) czekających na transplantację** (np. nerki). Mogą jednak mieć miejsce konteksty, w których jednostka z obawy przed społecznym czy nawet rodzinnym

ostracyzmem podaruje swój narząd (lub podejmie taką próbę) choremu biorcy – taki dar wydaje się nieco wymuszony „zewnętrznie". Inna sprawą jest ekonomiczna konieczność; handel narządami[6] rozmija się z ideą daru, ponieważ już na wstępie (poprzez ekspresowe przeciwświadczenie pieniężne) przekreśla sens relacji między dawcą i biorcą.

Problem interesu i egoizmu w kontekście transplantacji

M. Mauss pisze, że dar jako „pozornie wolny i bezinteresowny" ma jednak „charakter wymuszony i interesowny" [Mauss 2001: 167], czego nie problematyzuje i nie obejmuje oczywista, zdroworozsądkowa „retoryka daru" egzystująca w dyskursie potocznym, upowszechniana przez media, myląca być może dar z ofiarą. Dar w sensie antropologicznym nie jest bezinteresowny. W moim przekonaniu, **mit przeszczepu jako daru (z naleciałościami ofiarności) dezawuuje całą sferę „interesu", jaki może kryć się za decyzją jednostki o podarowaniu narządu czekającemu na niego biorcy**.

Nie jest to na pewno interes ekonomiczny. Wszyscy wolanie, którzy udzielili mi wywiadów, sprzeciwiają się idei handlu narządami. Oto przykładowa konstatacja:

> **Nie chciałabym, żeby mój organ był przedmiotem handlu**, a czasami słyszy się, że są ogłoszenia sprzedaży nerek w Internecie. (...) To już jest głupota totalna [Beata (50)].

Chodzi raczej o „interes" liczony w jednostkach psychologicznych i religijnych. Podarowanie narządu informatorzy interpretują jako formę dowartościowania siebie egoistycznie motywowanego altruizmu, a nawet pokuty, odkupienia w mikroskali i „oczyszczenia duszy" podmiotu, przypodobania się Bogu:

> **Czy bym się czuła lepsza, wielkoduszna**? Nie wiem. Naprawdę nie jestem w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Pewnie jakieś przemiany w człowieku zachodzą. (...) Dawanie, w ogóle dawanie nawet prezentu drobnego, sprawia mi przyjemność. Byłabym może dumna z siebie, ale oby nie za bardzo. A **oddanie organu to jest wielki prezent**. W kategorii prezentów to chyba największy prezent z możliwych, bo na pewno nie pieniądze (...) Przynajmniej mi to sprawia przyjemność. **Dobrze jest coś komuś dać i widzieć**

6 Pomijam celowo problemy moralne, etyczne i prawce handlu narządami.

> **u kogoś uśmiech na twarzy. Jak się jakąś pierdołę komuś zrobi. Na przykład jak wyniosę sąsiadce śmieci, to ona jest zadowolona. W ten sposób człowiek sam się dowartościowuje.** To działa w dwie strony. Przeszczep tak samo, tylko jest cięższy gatunkowo, cięższy do udźwignięcia, ale nie poleciałabym z tym do mediów [Beata (50)].

Przeszczepy od przestępców (grzeszników) informatorzy interpretują jako zadośćuczynienie Bogu lub ludziom, mające w efekcie na celu „duchowe" oczyszczenie jednostki z grzechów:

> Podziękowałbym mu [dawcy – przyp. S.L.], bo może to w ramach **pokuty za zabójstwo** [Paweł (24)].

> Morderstwo dzieci, gwałt, przeważnie morderstwo przeciwko życiu (...). Ciągle to jest dla mnie taka przeszkoda. (...) Chociaż z drugiej strony, **myślę sobie, że tym gestem chciał się odkupić, zmazać wielkodusznym gestem swoje winy**. (...) Zastanawiałbym się, czy ten człowiek się w ten sposób odkupił, czy już dużo zrobił, żeby oczyścić duszę [Beata (50)].

> To byłby **dobry uczynek, który na pewno podoba się Bogu**. Jeśli ktoś życie ratuje bliźniego, to jest powiedziane, że jest to duży uczynek, dobroć płynąca z serca [Stanisława (84)].

> Są różni wariaci, którzy uważają to za **kwestię wiary czy miłosierdzia**, i chcą oddać, to ja nie chcę im przeszkadzać. To trochę straszne jest, ale ja tak myślę, że ludzie mają różne potrzeby. To, że ja nie mam potrzeby oddać komuś nerki, nie znaczy, że ktoś nie ma takiej potrzeby. (...) **Oni będą czuć się lepsi, prawie święci**, bo wiem, że są tacy ludzie.
>
> *Co nimi kieruje?*
>
> **Przekonania religijne. Może niedowartościowanie. Pomagając komuś, czuliby się spełnieni, że wykonali jakiś obowiązek, gest dla człowieka** [Magdalena (27)].

„Do, ut des"

Dar – jak pisze M. Mauss – „zawiera nie tylko obowiązek odwzajemniania darów otrzymanych, lecz ponadto zakłada dwa inne, równie ważne: z jednej strony, obowiązek dawania podarunków, z drugiej – obowiązek przyjmowania ich" [Mauss 2001: 182]. Innymi słowy, dar należy dać, przyjąć i odwzajemnić – taka jest kulturowa reguła. Jednak **w kontekście transplantacji intencje dawania, przyjmowania i odwzajemniania daru, poza społecznymi i kulturowymi warunkami, obwarowane są literą prawa oraz „rzeczywistością biomedyczną", które modelują relacje między dawcą i biorcą**.

Dar należy dać

Dawcą narządu nie można stać się siłą woli, na mocy szlachetnego postanowienia. To prawnicy i lekarze wspólnie z jednostką decydują o możliwości podarowania przez nią narządu; to oni *de facto* określają okrąg biorców. Polskie prawo dopuszcza do transplantacji od żywego dawcy (*ex vivo*) tylko: „na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwo, osoby przysposobionej lub małżonka oraz (...) na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste" [Haberko, Uhrynowicz Tyszkiewicz 2014: 115]. W praktyce społecznej ustawa zawęża krąg biorców do rodziny, co nie jest naturalne i oczywiste. Na przykład w Stanach Zjednoczonych przeszczepy *ex vivo* między dawcą i biorcą, którzy się nie znają, są na porządku dziennym, o czym pisze S. Drakulić [2012] w swojej książce.

Powracając jednak do kraju, chociaż nie stanowi to właściwości tylko polskiej kultury medycznej, lecz manifestację kosmopolitycznej biomedycyny, lekarze oceniają szanse przeszczepu pod kątem parametrów biomedycznych, wyznaczając personalne ramy samej „wymiany". Psychologiczny, subiektywny obowiązek często „rozpryskuje się" o obiektywne, biomedyczne fakty. Na przykład chęć obdarowania dziecka czekającego na przeszczep (np. nerki) własnym narządem może nie wystarczyć, by rzeczywiście doszło do transplantacji.

Dar należy przyjąć

Podobnie: przyjęcie daru. Jaki wpływ na sukces transplantacji mają nadzieja i wola biorcy? Czy przeszczepy „przyjmują się" na mocy samej chęci? O ile inne dary (np. obrzędowe, weselne, okazjonalne, polityczne itp.) „w teorii" można przyjąć z pełną świadomością lub ich nie przyjąć celowo, o tyle, jeśli chodzi o narządy, kwestie świadomości schodzą na drugi plan, a na pierwszy – wchodzi biologia człowieka. Pojawia się pytanie – Czy biologiczne odrzucenie przeszczepu oznacza nieprzyjęcie daru w płaszczyźnie społeczno-kulturowej? Jak to wpływa na relacje między niedoszłym dawcą i niedoszłym biorcą?

Dar należy odwzajemnić

A jak odwzajemnić przeszczep jako dar? Jaki przeciw-dar zastosować? Zastanawia się na tym S. Drakulić:

> Jak podziękować takiej osobie, o ile w ogóle można podziękować: „dziękuję za życie". (...) Przez wiele dni zmagałam się ze świadomością, że zaciągnę dług życia u dawcy szczególnego rodzaju, u „dobrowolnego dawcy niespokrewnionego", czyli „Dobrego Samarytanina", jak się na nich mówi. Ci ludzie nie dostają w zamian żadnego wynagrodzenia, nawet symbolicznego. Nie handlują ani nie kupczą swoimi narządami. (...) Czy mam po prostu grzecznie powiedzieć „dziękuję", jakby podała mi coś przez ladę? No cóż, przekazała mi nerkę w nieco inny sposób. Przeszła kilkugodzinny zabieg w znieczuleniu ogólnym, co czasem – aczkolwiek rzadko – może się skończyć tragicznie. Przedtem musiała się poddać wielomiesięcznym badaniom. Kiedy wreszcie dotarło do mnie, że złoży mi wizytę, nie wiedziałam, jak wyrazić swoją wdzięczność. Co tu począć? Nie chodziło nawet o to, że nie myślałam o tym wcześniej. Myślałam. Po prostu sytuacja mnie przerosła. Ilekroć zaczynałam się nad tym zastanawiać, wybuchałam płaczem. Jak się zachować i co powiedzieć, jeśli w ogóle dojdzie do spotkania biorcy z dawcą, było kwestią nie tyle konwenansów, ile raczej ich braku. Mój problem polegał na tym, że w takich przypadkach nie obowiązywała żadne etykieta, żaden zestaw reguł, jakich byłabym świadoma – ten rodzaj przeszczepów był przecież zupełnie nowym zjawiskiem. Reguły dopiero powstawały i wiedziałam, że będzie my je ustalać także podczas naszego spotkania. Nikt ci nie powie, jak postąpić w sytuacji, kiedy za chwilę nasz się zobaczyć ze swoją dawczynią. To samo dotyczy drugiej strony [Drakulić 2012: 11, 13, 16].

Brak kulturowego scenariusza co do zachowania biorcy wobec żyjącego dawcy to dla S. Drakulić źródło zakłopotania. **Z jednej strony, kulturowy wzór daru**, na który składają się trzy elementy, **podpowiada, że** – jeśli uznać transplantację za przedsięwzięcie, w którym odbija się refleks rytuału **– to końcu tego rytuału jest zawsze odwzajemnienie. Z drugiej strony, nie ma wskazówki co do kształtu i morfologii przeciw-daru w kontekście transplantacji**, są tylko ogólne formy ekspresji, bazujące na konwencjonalnych słowach i zachowaniach. Brakuje oczywistego, ale stosownego do głębi doświadczenia przeszczepu zakończenia „wymiany", a pisarka być może chciała ominąć banalność i pospolitość.

Jednak wolanie, jak wynika z moich badań, nie byliby zbytnio zakłopotani, będąc na miejscu chorwackiej pisarki. Młodzi i starzy, kobiety i mężczyźni – wszyscy dysponują wzorami kulturowymi odwzajemniania, lecz wydają mi się one właśnie rutynowe, nie tyle niestosowne w sytuacji transplantacji, ponieważ nie ma takiej etykiety, ile po prostu powszednie, będące kopią codziennych form dziękowania.

Nie problematyzując już samego faktu, że wszyscy informatorzy w ogóle określają przeciw-dary, skonstatuję tylko, że wywiady potwierdziły aktualność koncepcji M. Maussa. Mieszkańcy Woli Krzysztoporskiej proponują różne przeciw-dary; jedne zobowiązujące do działań samych biorców, drugie – inne podmioty.

Jak odwzajemnić dar (przeszczep)?

Największy dar-za-dar[7], jaki można sobie wyobrazić, to oddanie narządu *ex vivo* lub *ex mortuo*. Elżbieta powiedziała:

> Za życie można tylko odpłacić się życiem, więc też pomóc, jak ktoś będzie w potrzebie. Tyle wystarczy, na pewno nie pieniądze. Niech będzie dobrym człowiekiem i nawet jeśli nie będzie mógł oddać za życia, to **niech chociaż śmiało pozwoli lekarzom po śmierci przeszczepić organy** [Elżbieta (57)].

Jednak do najpopularniejszych przeciw-darów należą: kontakty towarzyskie, choćby tylko e-maile, odwiedziny, wspólne biesiadowanie, święta, pomoc na co dzień, pamięć, wsparcie, porady, drobne upominki:

> **Poprzez dobre słowo, dobre uczynki, pomoc na co dzień, zainteresowanie takie, czy wszystko w porządku, czy nie trzeba pomóc**. Tak mi się wydaje, że to by tak było. Ja gdybym taki organ dostał, to bym zrobił wszystko, żeby żonie życie upiększyć. Nawet jak by mnie coś gryzło, to bym przemilczał za to, co dla mnie zrobiła. Dla mnie po przeszczepie to byłby taki drugi miesiąc miodowy, chociaż to już nie te lata, ale ja bym zrobił wszystko, żeby dbać o żonę [Jacek (48)].

7 Pojęcie „dar-za-dar" stosuje Maurice Godelier w swojej książce pt. *Zagadka daru* [2010]. „Dar-za-dar", „przeciw-dar", „przeciw-świadczenie" – znaczenie tych pojęć jest jednakowe.

Człowiek jest taką bestią, że nie robi nic bezinteresownie. Chciałabym, żeby okazała mi trochę wdzięczności, żeby korespondowała ze mną, żeby od czasu do czasu napisała mi maila, że dziękuje mi za to, że oddałam jej organ. Ja oczekuję od niej wdzięczności, bo oddałam jej cząstkę siebie [Patrycja (28)].

No **spędzać razem czas, odwiedzać się wzajemnie, urodziny, imieniny, święta wspólne** tak dla przykładu, ale wiadomo, że sprawy mogą się różnie potoczyć, bo relacje międzyludzkie bywają skomplikowane, że w rodzinie nawet można żyć, jak to się mówi, jak pies z kotem [Arkadiusz (35)].

Myślę, że wdzięczność, że tworzy się nić porozumienia. Ja bym była na pewno wdzięczna, gdyby ktoś się zdecydował oddać mi organ. Chciałabym podziękować i odwdzięczyć się. Myślę, że będąc i służąc też pomocą, można się odwdzięczyć, bo to jest wartościowe, a rzeczy materialne i pieniądze są nieważne. (...) Myślę, że jak by to była rodzina, to **chętniej bym taką osobę i częściej zaprosiła i o niej pamiętała**, a jeżeli chodzi o obce osoby, to nie, bo życie bardzo szybko płynie od poniedziałku do piątku (...), każdy ma swoje sprawy i taka zażyłość mogłaby się nie utrzymać. (...) Ja bym się mogła odwdzięczyć, **służąc pomocą i radą, obecnością bardziej**.

A ty czego byś oczekiwała?

Że ktoś o mnie nie zapomni. Żeby było tak, że ktoś się interesuje, żeby mieć ten kontakt. **Szczere „dziękuję", można by było coś kupić, pamiętać o urodzinach, o imieninach na zasadzie drobnego upominku** [Katarzyna (33)].

Odwzajemnienie daru (narządu) powinno mieć jednak skromną formę, obejmować proste, nieprzesadne gesty, co kłóci się z koncepcją M. Maussa, który konstatuje, że „trzeba zwrócić więcej, niż się otrzymało" [Mauss 2001: 287]:

Podziękowałabym, ale przez całe życie nie przynosiłabym mu kwiatów [Magdalena (27)].

Wdzięczność można wyrazić przez **szacunek, ale nie przez gloryfikację**. To trzeba by było wyważyć. (...) Gdybyśmy się spotkali, to **jakieś kwiaty** mogłyby się pojawić, ale raczej nie [Beata (50)].

> Zorganizować **wspólny wyjazd** na przykład [Joanna (34)].

> Nie jestem człowiekiem, który jak daje, to chodzi za człowiekiem, żeby dziękował mi cały czas. **Wystarczy „dziękuję", butelka wina czy czteropak piwa**. (...) Musi być jakaś bezpieczna granica, której nie chciałbym przekroczyć. (...) Nie chciałbym, żeby ta osoba non stop do mnie dzwoniła. Wszystko we właściwych proporcjach, bo nie można być nachalnym, ale na pewno chciałbym się odwdzięczyć tej osobie [Paweł (24)].
> Jechać czy pójść do tej osoby, jakoś się odwdzięczyć, ale na pewno nie pieniądze, tylko **czekoladki** na przykład [Ewa (24)].

> Podziękować i wystarczy. (...) **Zwykłe „dziękuję", przytulaniec i wystarczy**. Nie jestem jakaś wymagająca. Taki prosty gest wystarczy [Izabela (35)].

Chodzi o gesty, które nie kojarzą się powszechnie z namacalnym interesem ekonomicznym dawcy:

> No to niech wpłaci na jakiś dom dziecka, tam się ucieszą. Jak ktoś ma potrzebę finansowo się odwdzięczyć, to niech da na szczytne cele. **Czujesz chęć, to idź do domu dziecka, tam jest dużo dzieci, zafunduj im kolonie, jak masz dużo pieniędzy i cię stać, żebyś był usatysfakcjonowany** [Robert (35)].

Zobowiązanie nie musi ciążyć na samym biorcy, ale dokończenie rytuału mogą przejąć instytucje państwowe:

> To nie od tego biorcy bezpośrednio, tylko raczej od państwa. **Mogą mieć dawcy, przypuśćmy, leki za darmo, zniżki, a w późniejszym czasie może jakieś ulgi w leczeniu, nawet jakiś dodatek później do emerytury czy do renty z tego tytułu mógłby dostawać** [Andrzej (62)].

Wskazano tutaj zamaskowane korzyści finansowe dla dawcy płynące nie od biorcy, lecz z budżetu państwowego. Pomysł ten stanowi kopię i amplifikację profitów, jakimi już cieszą w Polsce dawcy narządów.

Przeciw-świadczenie „należy się" nie tylko żyjącemu dawcy, ale i zmarłemu. Jak można odwzajemnić dar pochodzący od zmarłego dawcy?

> Myślę, że **chciałabym na grób położyć kwiaty, zapalić znicz, modlić się za nią cały czas**, bo wydaje mi się, że za zmarłych trzeba się modlić. Poszłabym na grób i bym się pomodliła [Izabela (35)].

> Może bym poszła do niego na grób, ale nie mam takiego poczucia, żeby stać nad czyimiś grobami. Jednak gdyby to był mój dawca, to **raz w roku zapaliłabym mu tę świeczkę** [Magdalena (27)].

Polskie prawo stanowi, że dane osobiste dawcy i biorcy: „są objęte tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej oraz przepisach dotyczących dokumentacji medycznej" [Haberko, Uhrynowicz-Tyszkiewicz 2014: 214]. Oznacza to, że w Polsce możliwość odwzajemnienia daru, jakim jest przeszczepiony narząd, jest ograniczona – nie dotyczy to jednak transplantacji *ex vivo*, co wynika z samej „logistyki" przeszczepu w kręgu rodzinnym. Lecz w przypadku przeszczepu od zmarłego dawcy dar-za-dar (np. w formie modlitwy za jego duszę) napotyka na przeszkodę w postaci litery prawa. Z jednej strony, tajemnica zapobiega patologiom (np. handlowi narządami „pod stołem"), ale z drugiej, nie pozwala biorcy odwzajemnić daru, stosownie „zaadresować" przeciw-świadczenia. Rytuał przerywa się, co generuje, z jednej strony, zakłopotanie (w obliczu poczucia obowiązku kompensacji), ale i ciekawość biorcy – z drugiej.

Tajemnica a „biosentymentalność"

Jedni informatorzy chcieliby dowiedzieć się, kim był dawca narządu, którego są depozytariuszami:

> **Chciałabym wiedzieć, jak umarła**.
>
> *Dlaczego?*
>
> Łatwiej by mi było przyjąć narządy od głupiego motocyklisty, który się zabił na motorze, a trudniejsze byłoby przyjęcie od kogoś młodego, kto zginął na przykład w wypadku z winny jakiegoś idioty. A motocykliści nie szanują swojego życia, więc są najlepszymi dawcami [Magdalena (27)].

Wiedza o okolicznościach śmierci dawcy narządu mogłaby być pretekstem do usensownienia przeszczepu i przytłumienia poczucia zobowiązania „dłużnika" wobec „wierzyciela". Jednak pomysł ten kłóci się z literą polskiego prawa.

Nie chodzi tutaj tylko o zaspokojenie ciekawości biorcy, ale w ogóle o możliwość gestu odwzajemniającego dar. Scott Carney, powołując się na konstatacje Leslie Sharp[8], pisze:

> Całkowite rozdzielenie dawcy i biorcy zostało wprowadzone do etyki lekarskiej stosunkowo niedawno. W latach pięćdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych, gdy przeszczepy stawały się coraz popularniejsze, lekarze twierdzili, że nawiązanie kontaktu między dawcą i biorcą daje większe szanse na powodzenie operacji, gdyż obie strony mogą poznać historie swoich chorób, może nawet zaznajomić się bliżej. Gdy transplantacje zaczęły przynosić coraz większe zyski, organy pozbawiono ich osobowej historii. Nową formą stała się anonimowość. (...) W niektórych szpitalach posuwano się nawet do tego, że zachowanie pacjentów interesujących się historią swojego nowego organu diagnozowano jako patologiczne. Z badań Sharp wynika, że zarówno dawcy, jak i biorcy chcą wiedzieć o sobie jak najwięcej, lecz uniemożliwia im to personel medyczny. (...) Sharp używa określenia „biosentymentalność" w odniesieniu do wyjątkowych relacji powstałych dzięki transplantologii. Relacje te łączą rodziny dawców i biorców, które chcą znać historię organu i zachować poczucie ciągłości między dwiema żywymi istotami"
> [Carney 2014: 77-78].

Również z moich badań wynika, że na ogół ludzie **konstatują potrzebę „poznania się". Wydaje się, że to wpływ kulturowego wzoru obdarowywania się, który zakłada istnienie gestów w jednym i w drugim kierunku**. Dopełnienie „rytuału", postępowanie zgodnie ze scenariuszem daru może pozytywnie oddziaływać na świadomość dawcy i biorcy, a przez to – na samą rekonwalescencję. Wykładnią relacji na kształt „biosentymentalności", jaka dała o sobie znać w wywiadach z mieszkańcami Woli Krzysztoporskiej, są suponowane: przyjaźń, wspólne wyjazdy, biesiady, upominki itp.

8 Antropolożka, autorka książki pt. *Strange Harvest. Organ Transplants, Denatured Bodies and the Transformed Self* [2006].

L. Sharp pisze o „biosentymenatlności" w kontekście przeszczepów *ex vivo*. Relacja ta jednak nie znika w przypadku transplantacji *ex mortuo*, o czym świadczą wypowiedzi wolan, którzy gotowi są odwiedzać groby „swoich" dawców i modlić się za ich dusze. Kontakt z rodziną zmarłego dawcy daje możliwość biorcy odwzajemnić się, dokończyć rytuał (lub jest namiastką czy substytutem przeciw-daru); a moc tajemnicy medycznej już na wstępie udaremnia ten gest:

> Chciałabym poznać rodzinę osoby, która wyraziła zgodę na ten przeszczep. Podziękowałabym. Samo słowo nie wystarczy. **Starałabym się odnaleźć rodzinę**. Skoro dostaję narząd od osoby, która umiera, to powinna być wyrażona jej zgoda, więc nie obawiałbym się, że rodzina ma jakieś pretensje i przeciwwskazania [Joanna (34)].

Drudzy, jak na przykład Patrycja, woleliby nigdy nie poznać rodziny zmarłego dawcy:

> Jak ja bym oddawała organ, chciałabym, żeby ta osoba mnie poznała i podziękowała za nerkę, ale w drugą stronę, to **nie chciałabym poznać tej osoby**. (...) Czułabym się zobowiązana wobec niego, że on, jego rodzina oczekuje czegoś ode mnie, a ja tego nie chcę [Patrycja (28)].

Co oddać, a czego nie?

Wolanie określają ścisłe warunki przeszczepu jako daru. W ich perspektywie są ludzie, którzy nie zasługują na dar; są takie dary (narządy), których się nie przekazuje, „nie wymienia". Są takie zachowania biorców, jakich nie akceptują dawcy, którzy wydają się jeszcze „zżyci" ze swoimi narządami, połączeni z nimi.

Maurice Godelier, egzegeta M. Maussa, pisze:

> Obok tego, co się daje lub co się wymienia, należy bezzwłocznie przebadać rzeczy, które się zatrzymuje. Jasne stało się też, że sama kategoria daru wiele zyskuje, jeśli analizuje się ją w kontekście tworzonym przez przedmioty, których nie należy dawać, a które

> trzeba zachować. Otóż rzeczy, które się zatrzymuje, bardzo często są „święte" [Godelier 2010: 133].

Problem tego, co się zatrzymuje, co nie staje się (lub staje się z trudem) przedmiotem „wymiany", wykracza poza ramy koncepcyjne teorii daru. Listę narządów, jakie mieszkańcy Woli Krzysztoporskiej, którzy udzielili mi wywiadów, woleliby zachować dla siebie należy „prześledzić" w kontekście antropokosmosu, jakim jest ludzkie ciało, sensualizmu oraz kulturowych dychotomii: centrum – granica, zakryte – odkryte, widzialne – niewidzialne, publiczne – prywatne (intymne). Zasygnalizuję tylko, że z moich badań wynika, iż „święte", czyli takie, których nie należy dawać – w opinii wielu wolan – bywają narządy:

- serce,
- mózg,
- twarz,
- ręka,
- piersi,
- genitalia.

Przeszczep nerki czy wątroby wolanie traktują najbardziej liberalnie. Czyżby narządy te były najmniej „święte"? Czyżby dlatego, że „nerki to organ niższy, produkuje mocz, a serce – to dusza, to pochodnia" [Szczerbak 1973: 171]? Opis i wyjaśnienie tej sprawy to jednak temat innego studium, które stanowi część mojej rozprawy doktorskiej.

Kto może być biorcą? Konstruowanie idealnego biorcy

Jeśli chodzi o przeszczepy *ex vivo*, informatorzy ściśle określają grono potencjalnych biorców ich narządów. Na pierwszym miejscu znajduje się rodzina, na drugim (ewentualnie) – przyjaciele:

> Na pewno priorytetem byłyby osoby bliskie, które dobrze nam, rodzina. W drugim rzędzie – znajomi, przyjaciele, z którymi mam dobry kontakt. Nie wiem, czy bym się kiedyś za życia podjął dać komuś ze świata. **Raczej obcej osobie bym nie oddał nerki, chociaż to brzmi samolubnie, ale bym się na to nie zdobył** [Paweł (24)].

> Za życia to mógłbym tylko dziecku. Albo żonie. Tak, żonie i dziecku, no i mojemu bratu, czyli mojej najbliższej rodzinie. (...) **Wiadomo, że rodzina jest w pierwszej kolejności**, że to rodzina jest zawsze

> pierwsza, i to ta najbliższa, że się chce ratować tych, kogo się kocha. (...) I gdyby była taka konieczność, chociaż mam nadzieję, że nigdy do tego nie dojdzie, to właśnie **dla nich bym trzymał tę nerkę**. (...) Po pierwsze, to nie wiesz, komu oddajesz. Nie wiesz, czy ta osoba żyła tak czy inaczej, czy była dobra czy zła, czy na przykład facet nie bił żony, nie znęcał się nad dzieckiem i czy ta żona w końcu go nie wywaliła z domu, że bił, że chlał. Tego się nie dowiesz, a ja bym nie chciał, żeby moja nerka poszła do kogoś takiego, bo **jak ktoś jest z rodziny, to się chociaż wie, co ten ktoś reprezentuje sobą i czy zasługuje na ten dar** [Arkadiusz (35)].

Dla informatorów konstruujących „idealnego biorcę" ważną kategorią jest jego wiek; chętniej by oddali narząd młodej osobie niż starej; oto egzemplifikacja:

> **Z dzieckiem nie miałabym problemu. Z dzieckiem byłoby mi najłatwiej**. Instynkt macierzyński podświadomie gdzieś w głębi podpowiada mi, że mogłabym dać dziecku szansę na życie. (...) **Staremu człowiekowi chyba nie, on już przeżył swoje**, (...) ma dzieci i wnuki, dorobił się tego, czego ja się jeszcze nie dorobiłam [Patrycja (28)].

Nie tylko młode osoby popierały ideę – jeśli wolno mi użyć tak dobitnego określenia – „demograficznego faszyzmu" opierającego się na cezurze wieku. Osoby stare również podzielały ten pogląd, argumentując, że „już się nażyły" i nie chciałyby przeszczepu.

Kto nie może być biorcą? Konstruowanie „obcego"

O ile informatorzy byliby gotowi oddać narządy *ex vivo* głównie w kręgach rodzinnych, o tyle, jeśli chodzi o przeszczepy *ex mortuo*, to grono potencjalnych biorców się poszerza, chociaż informatorom nie jest zupełnie obojętne to, do kogo ich narządy miałyby trafić. Nie życzyliby sobie obdarowania ich narządami różnych „obcych" – religijnie, moralnie, światopoglądowo, narodowo, etnicznie, kulturowo, obyczajowo itp. Dar nie należy się **ateiście**:

> *A gdyby biorcą muzułmanin?*

> On nie jest winien. On jest przyzwyczajony do tej wiary, w której został wychowany, ale raczej bym wolała oddać chrześcijaninowi, gdyby było do wyboru. Raczej ratuje się bardziej swoich niż innych. Oni wierzą w Allacha jakiegoś, ale ja nie wiem, czy on jest Bogiem naprawdę. (...)
>
> *A niewierzący?*
>
> **Chyba ateista gorszy jest. Już lepiej ten muzułmanin, bo on uznaje Boga**, jakąś cześć dla Boga, a ateista to jest taki samolub. Po co on żyje? Jaką on ma przyszłość? Jaką on ma wizję? (...) **Takiemu, co nie uznaje, że istnieje Bóg, to bym nie chciała oddać, bo ja takich ludzi nie poważam**. Wszystkie znaki pokazują, są pisma, są książki o tym napisane. Jest sto dowodów na istnienie Boga. Sto, najmniej sto [Stanisława (84)].

Chociaż inny mieszkaniec Woli, Andrzej, powiedział, że:

> Dużo jest niewierzących. Człowiek niewierzący też może być porządny i mu się należy też [Andrzej (62)].

Wielu wolan nie oddałoby narządu **muzułmaninowi**. Jak sądzę, wynika to z kontekstu historycznego i politycznego, w jakim prowadziłem badania terenowe. Był to czas, w którym „pojawiła się" kwestia uchodźców z Syrii przybywających do Europy. Media prześcigały się w sensacyjnych, obrazoburczych i skandalizujących doniesieniach o „zderzeniu cywilizacji", co mogło wpłynąć na nową kreację Obcych w sensie antropologicznym. Być może doprowadziło to pośrednio do pokrzepienia postaw ksenofobicznych i megalomańskich wśród informatorów z Woli Krzysztoporskiej również w kontekście przeszczepów. Obcymi, których wyklucza się z obdarowywania, stali się muzułmanie:

> **Jestem katolikiem, wyznania katolickiego, i tylko tym osobom, a innej wierze to nie, a w szczególności islam** [Zygmunt (65)].

> Przykro mi, ale **wykluczam Turków, muzułmanów czy Arabów, bo oni nie potrafią uszanować naszej kultury**. (...) Na pewno nie ode mnie i to byłby bardzo głupi pomysł, żeby teraz nagle Polacy czy w ogóle Europejczycy zaczęli oddawać nerki muzułmanom, którzy w połowie się wysadzili w powietrze w zamachu w Paryżu czy

> w Belgii i teraz potrzebują nerki. To jest poroniony pomysł, żeby im pomagać, skoro oni są naszymi wrogami [Arkadiusz (35)].

Moją uwagę zwróciła perspektywa i konstatacja Roberta, który oddałby muzułmaninowi narząd, wierząc, że biorca zmieniłby religię, „przechrzciłby się" pod wpływem przeszczepu:

> Wydaje mi się, że to jest taki gest, że nasz Pan Bóg by się nie pogniewał, gdyby chrześcijanin oddał narząd jakiemuś tam muzułmaninowi. Nawet wydaje mi się, że by się ciszył, że **muzułmanin dostanie serce chrześcijanina i przechrzci się na naszą wiarę**. Wydaje mi się, że Pan Bóg się nie obrazi na chrześcijanina, który odda nerkę czy serce wyznawcy innej religii, nawet islamu [Robert (35)].

Jeszcze inaczej ocenia to Beata, która powiedziała, że:

> Muzułmanin wcale nie musi być terrorystą. **Muzułmanin-terrorysta, który odbiera komuś życie, nie jest godny mojego organu** [Beata (50)].

Chodzi tu nie tyle o kwestie religijne, co moralne – to terrorystę jako przestępcę informatorka wyklucza z grona tych, których się obdarowuje.

Obcokrajowiec, uchodźca czy depozytariusz innej kultury nie powinien być obdarowany narządem, jeśli „w kolejce" po dar czekają Polacy; jest to kwestia stopnia „obcości" mierzonej poczuciem dystansu kulturowego:

> Teraz jest nagonka, więc nie wiem, czy zdecydowałabym się oddać nerkę Syryjczykowi. (...) **Chyba wolałabym oddać Polakowi**. (...) Chińczycy są tak dużą populacją i nie czuję z nimi żadnej więzi społecznej, narodowej więzi, kulturowej. Może chodzi o wspólną kulturę, bo łatwej byłoby mi oddać Europejczykowi niż osobie z innego kontynentu [Patrycja (28)].

> Polak to zawsze Polak, a zagraniczny czy jakiś tam, to bym się chyba nie zdecydował, ale raczej bym wolał Polakowi oddać. (...) **Muzułmanin czy jakiś uchodźca to jest obca krew** i lepiej żeby szukał w sowim kraju [Tomasz (44)].

Z „kręgu" biorców daru wyklucza się **alkoholika, nihilistę i próżniaka**, który niejako „na własne życzenie" jest chory:

> **Osobom, które nigdy o siebie nie dbały, miały wszystko gdzieś**. Na przykład taki pan, który całe życie nic nie robił, tylko pił alkohol, siedział pod sklepem i na własne życzenie zepsuł sobie zdrowie. Takiej osobie bym nie oddał, bo on zepsuł to na własne życzenie. (...) Osoby, które nie dbają o siebie, leżą po rowach [Paweł (24)].

> Zdemoralizowana bardzo czy patologia, alkoholik, który już tam się trzęsie. Po co mu jeszcze dawać? (...) **Próżniactwo nieróbstwo i alkoholizm. Jeżeli byłoby tych narządów ponad stan, to można by im dać, ale w pierwszej kolejności to ludzie pełnowartościowi powinni otrzymać**, ludzie normalni, niezdemoralizowani, porządni [Andrzej (62)].

Dar nie należy się **przestępcy, mordercy, zboczeńcowi, pedofilowi**:

> **Przed pedofilem miałabym pewne wątpliwości**, bo bardzo lubię dzieci [Ewa (24)].

> Nie oddałabym ludziom, którzy krzywdzą innych, bo skoro czyni krzywdę czy zło innemu, to według mnie nie zasłużyłby po prostu na nerkę. **Mordercy, zboczeńcy może powinni być wykluczeni z tego grona**, a reszta powinna być traktowana jako pacjenci, którzy potrzebują pomocy [Joanna (34)].

> **Pedofilowi bym nie oddała, jeszcze krzywdę bym mu zrobiła**, ale oddając obcemu, nie wiem, komu oddaję. Nie wiem, czy dbał o swoją rodzinę, czy się opiekował dziećmi. Gdybym wiedziała, że to jest pedofil, to bym nie oddała. Ja nawet takiemu żulowi, który do mnie podchodzi, i tak mu daję dwa złote, bo mam miękkie serce. Nie wiem, dlaczego taki człowiek trafił na ulicę. Nie wiem, jaka jest Jego przyczyna i nie mogę z góry zakładać, że to jest zły człowiek. To samo z przeszczepami, bo może to dobry człowiek. Pewnie by mnie ciekawiło, kto to jest. (...) Może dzięki przeszczepowi ta osoba by się zmieniła na lepsze. Ludzie dostają drugą szansę i potrafią się zmienić. Fajnie by było, gdyby taka osoba się zmieniła. To by było

> fajne, jak ktoś się zmienia na lepsze. Może właśnie przeszczep by coś takiego w ich życiu odmienił, że zaczęli by się zastanawiać nad sobą i coś by się zmieniło
> [Izabela (35)].

Izabela suponuje, że przeszczep może zmienić biorcę. Grzesznik, przestępca po transplantacji może przestać grzeszyć. Podobnie wpływ daru na jednostkę ocenia Robert, który spodziewa się zmiany religii u muzułmanina jako biorcy „chrześcijańskiego serca".

Przeszczep nie należy się **homoseksualiście**:

> Nie poważam tego. Ja strasznie jestem uprzedzona do tych osób. (...) **To zwyrodnialce są. Nie dałabym przeszczepić**. Twardo mówię, że nie [Stanisława (84)].

> **To są ludzie zboczone**. Przeszczepy się powinno popierać, jeśli się ratuje życie drugiemu człowiekowi, ale tym, co płeć zmieniają, albo mężczyzna z mężczyzną, to jest zboczenie i tego się powinno zabronić, bo człowiek nie powinien tego robić, bo to jest nienormalne [Zygmunt (65)].

> I tu już zaczynają się schody. Jak ja mogę oddać coś Annie Grodzkiej? Świadomej decyzji oddania organu homoseksualiście bym nie podjęła. Szpik i krew może tak, ale nerki to bym nie oddała. Ja toleruję homoseksualistów, wiem, że oni są i nikomu nie zaglądam do życia prywatnego, ale nie lubię tego, co się dzieje w tej chwili u nas w kraju i wszędzie. Homoseksualizm nie jest od dziś. Na przykład Maria Dąbrowska, którą czytaliśmy w szkole To było od wieków, od zawsze, ale nikt tym nie atakował, nie obnosił się z tym. Są takie rzeczy, ja wiem o tym, tylko nie lubię tego eksponowania tego. To mnie w tej chwili razi. Całe to środowisko, które w tej chwili atakuje tych normalnych, no bo to jest jakieś odstępstwo, anomalia jak pogodowa anomalia. My się nie obnosimy z tym, że jesteśmy normalni, tworzymy rodzinę złożoną z mężczyzny i kobiety, a tam powstaje taki kierunek, żeby pokazać się i to mi się nie podoba. Krew mogę oddać, narządów nie bardzo [Beata (50)].

Grono jednostek i „typów" czy kategorii ludzi wykluczonych z kręgu potencjalnych biorców to tzw. **portret z negatywu**[9]. Informatorzy podarowaliby swoje narządy „swoim", a nie „obcym". Pierwsi to rodzina, przyjaciele i wszyscy, którzy nie są ateistami, muzułmanami, obcokrajowcami, homoseksualistami, zboczeńcami, pedofilami, przestępcami, alkoholikami i próżniakami; drudzy – nie są warci transplantacji. „My" wierzymy w Boga, jesteśmy chrześcijanami, Polakami, heteroseksualistami, jesteśmy pracowici, nie nadużywamy alkoholu i nie jesteśmy zdemoralizowani, nie jesteśmy zboczeni, nie popełniamy przestępstw. „Oni" są naszym przeciwieństwem i dlatego dar im się nie należy. **Z perspektywy dawcy – najlepiej by było, gdyby przeszczep pozostał endogamiczną „wymianą" daru. Egzogamia to jednak najlepsze „rozwiązanie" dla biorcy, ponieważ nie godzi w „interes" jego rodziny.**

Chociaż zmieniają się sami Obcy (są oni historycznie zmienni), struktura dychotomiczna w relacjach społecznych jest nadal aktualna. Ludwik Stomma, pisząc o polskiej kulturze ludowej w XIX wieku, wyróżnił trzy kategorie w ramach „swoich"; byli nimi: rolnicy, katolicy i tutejsi [Stomma 2002]. Dzisiaj „swoi" mniej więcej pozostają ci sami. Zmieniają się tylko „obcy", bo zmieniają się konteksty kulturowo-społeczne.

Najlepszy i najgorszy dawca

Wolanie chcieliby uniknąć sytuacji, w której dawcą narządu jest ktoś z ich rodziny:

> Myślałam o tym, żeby **nie marnować w rodzinie, żeby moi byli cali** (...). Lepiej w sumie zabrać coś obcemu, żeby nie okaleczać swoich. To brzmi brutalnie, ale lepiej **nie marnować puli rodzinnej** [Ewa (24)].

> **Od rodziny bym nie wzięła na pewno**. Nie wzięłabym od mamy i od siostry. Jestem silnie związana z nimi emocjonalnie. Moja chęć

9 Pojęcie „portret z negatywu" pochodzi z książki Ludwika Stommy pt. *Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku oraz wybrane eseje* [2002]. L. Stomma pisze: „Wyobrażenia danej grupy o sobie są przeciwstawieniem, swoistym negatywem wyobrażeń tej grupy o obcych. Wystarczy więc odwrócenie tych wyobrażeń, przekształcenie negatywu w pozytyw, by uzyskać własny portret grupy, by dowiedzieć się, jakie warunku spełniać musi »swój«" [Stomma 2002: 81].

> przeżycia a zrobienie krzywdy komuś bliskiemu... Ja nie mogłabym z tym żyć. **Wolałabym od kogoś obcego. Od obcego przyjęłabym bez skrupułów**. Na przykład moja mama oddaje mi nerkę, a za dwa lata sama potrzebowałaby pomocy. Moje sumienie nie dałoby sobie z tym rady [Patrycja (27)].

Warunków stawianych biorcy jest wiele w odróżnieniu od warunków stawianych dawcy. Wystarczy, żeby to tylko nie był ktoś z rodziny. O ile pierwsze grono (skonstruowanych biorców idealnych) jest wąskie, o tyle drugie (dawców) – wydaje się szerokie. Decyduje perspektywa. Obcokrajowiec, alkoholik czy próżniak nie za bardzo mogą być biorcami, ale nadają się jako dawcy; podobnie homoseksualista, pedofil, nekrofil i zoofil:

> Jako z punktu widzenia osoby chorej, to chyba bez różnicy, bo każdy chce żyć. **Nawet od żula bym przyjął, jeżeli tylko jest dobre i będę żył** [Paweł (24)].

> Nie obchodziłoby mnie to, czy to jest serce Syryjczyka czy Chińczyka. Ja bym im nie oddała go, ale przyjęłabym od nich organy. (...) **Jeżeli ja bym oddawała organ, to kolor skóry miałby znaczenie, ale jeśli chodziłoby o moje życie, to nie miałby to dla mnie znaczenia**, bo chciałabym po prostu dalej żyć [Patrycja (28)].

> Jakiś wynaturzony kretyn po prostu, co robi różne dziwne rzeczy. (...) **Zoofilia mi przychodzi do głowy, pedofil na przykład, gwałciciel, nekrofil i inne zboczenia**. Słyszałem o zboczeńcach, co robią to z mięsem na przykład. To jest dla mnie masakra, co ludziom może przyjść do głowy.
>
> *Od takiego człowieka nie przyjąłbyś narządu?*
>
> Nie wiem, co mam powiedzieć, bo chciałbym swoje życie ratować, ale jak myślę o takich osobach, to naprawdę człowiekowi rzygać się zachciewa. Musiałbym się porządnie zastanowić, zanim podjąłbym ostateczną decyzję, ale to by było bardzo trudne, bo z jednej strony, ta chęć życia by była, a drugiej, te zboczenia odrażające (...). **Ale bym jednak wziął, zacisnął jakoś zęby, ale bym chyba jednak chciał przedłużyć sobie życie**, może nawet nie dla siebie, ale zrobiłbym to dla rodziny [Arkadiusz (35)].

Poszerzenie listy potencjalnych dawców wpisuje się w sygnalizowane wyobrażenie o transplantacji jako formie naprawienia błędów życiowych, odkupienia czy zmazania grzechów. Atrybucja ta „zachęca" potencjalnych biorców do przyjęcia daru (narządu) nawet od osób tak bardzo „obcych" moralnie jak np. przestępcy.

Jednak Paweł miałby problem z przyjęciem daru od **transseksualisty**:

> **Od geja, jeżeli nie miałby jakiejś nieprzyjemnej choroby, to bym przyjął, ale nie od transseksualisty, osoby już po przeszczepie, która się zmieniła, przeistoczyła się z kobiety w mężczyznę albo odwrotnie**, to bym miał opory. Jakoś mam dystans do takich ludzi. (...) Ingerencja w płeć troszkę mnie zniesmacza, ale jeżeli to by mi miało uratować życie, to może bym na to przymknął oko [Paweł (24)].

Magdalena nie przyjęłaby daru od **znienawidzonego sąsiada**:

> Myślę, że od Jabłońskiego[10] bym nie przyjęła, bo nienawidzę tego człowieka. To jest mój sąsiad, człowiek, którego nienawidzę ze względu na to, że jest złym człowiekiem i od niego bym nie przyjęła. To jest jedyna osób, od której bym nie przyjęła. Nie przyjęłabym, bo go nienawidzę, bo jest niedobry dla zwierząt. Matka zawsze mi powtarzała, że jak ktoś nie kocha zwierząt, to jest złym człowiekiem. Wolałabym umrzeć niż przyjąć od kogoś takiego. To kwestia czysto moralna. Nie bałabym się, że stanę się taka jak on, ale nie chcę, żeby mi pomagał ktoś, kogo się brzydzę. Dla mnie on jest istotą, która powinna umrzeć. Jedyną nadzieją był jego syn, ale zmarł niedawno. Myślałam, że mu coś zrobi, ale nie zdążył. Jak o nim teraz myślę, to chce mi się po prostu rzygać, więc nie przyjęłabym od niego. **Po prostu nim gardzę. Jak miałabym przyjąć od niego cokolwiek?** [Magdalena (27)]

Informatorzy nie chcieliby, żeby dar „zmarnował się"; dlatego konstruują nakazy i zakazy obowiązujące biorców:

10 Nazwisko sąsiada zostało zmienione.

> Nie cieszyłabym się z tego, gdyby ktoś pił wódkę przeszczepie. Powinna cieszyć się życiem, a nie marnować tego, nie lekceważyć sobie [Elżbieta (57)].

> Interesowałoby mnie, jak ten ktoś o to dba, bo bym chciała oddać swój narząd w dobre ręce. Żeby ta osoba nie piła alkoholu, nie zażywała narkotyków i nie paliła papierosów. Gdyby się okazało, że ćpa, pali i pije, to byłoby mi bardzo przykro, że oddałam narząd komuś, kto nie był godny zaufania i nic już wtedy nie mogłabym zrobić [Joanna (34)].

Nowa relacja między dawcą i biorcą

Dar (przeszczep) wprowadza nierówną relację między dawcą i biorcą; pierwszy ma symboliczną władzę nad drugim i manifestuje ją przez sam fakt transplantacji, a narząd materializuje, ucieleśnia tę relację. Być może dlatego biorca, chcąc złagodzić tę nierówność, odwzajemnia się dawcy poprzez przeciw-dar. „Nieodwzajemniony dar wciąż jeszcze poniża tego, kto go przyjął, zwłaszcza wtedy, gdy został on przyjęty bez perspektywy odwzajemnienia" [Mauss 2001: 287] M. Mauss, powołując się na przykłady z kultury maoryskiej, podaje jedak inną, animistyczną etiologię daru-za-dar:

> Tym, co w otrzymanym lub wymienionym podarku zobowiązuje, jest to, że rzecz otrzymana nie jest bezwładna. (...) *Hau*[11] dosięga każdego, kto je sobie przywłaszczy. Ściga ono nie tylko pierwszego odbiorcę daru, a nawet, ewentualnie osobę trzecią, lecz każdą jednostkę, której *taonga*[12] jest po prostu przekazane. W istocie to właśnie *hau* pragnie wrócić do miejsca swych narodzin (...). Więź prze rzeczy jest więzią dusz, albowiem sama rzecz ma duszę, jest z duszy. Wynika z tego, że ofiarować coś komuś to tyle, co ofiarować coś z siebie [Mauss 2001: 180-181].

Mieszkańcy Woli Krzysztoporskiej, chociaż nie operują pojęciami „rzecz" (*taonga*) i „duch rzeczy" (*hau*), to jednak lokują w przedmiocie daru

11 Duch rzeczy; władza, moc duchowa.

12 Rzecz będąca przedmiotem daru.

– w transplantacie – podobne właściwości „duchowe", do końca niewysłowione, niedające się precyzyjnie określić, które stoją za nieco tajemniczą relacją społeczną między dawcą i biorcą, jaka krystalizuje się, zobowiązuje do przeciw-daru i modeluje konfigurację nowych praw i obowiązków „dłużnika" i „wierzyciela" w odniesieniu do siebie. Oto egzemplifikacje z moich badań:

> **Skoro ktoś nosi w sobie część mnie, to łączy nas ten przeszczep** i nawet gdybyśmy chcieli to usunąć z pamięci, to fakt jest faktem i nie się co oszukiwać i mówić, że wcale tak nie jest. Może to nie jest tak jak z matką i dzieckiem, które urodziła, że naturalne wydaje się, że muszą być razem, ale coś w tym jednak jest, że ta więź pozostaje, a przeszczep jest tym łącznikiem [Arkadiusz (35)].

> Przykładowo nerkę bym mu oddał, to tak **jakby brat**, bardzo bliska ta osoba by się dla mnie stała, bliższa niż wcześniej. **Trzeba go zapisać jako do rodziny** [Zygmunt (65)].

> **Przecież jak w tym człowieku jest mój organ, to trzeba o niego szczególnie dbać**. O to, co jeszcze tam moje jest. Człowiek najbardziej potrafi zadbać o siebie. Chuchać i dmuchać. **To jest takie przedłużenie**. (...) Gdybyśmy się poznali, to pewnie coś by się wytworzyło, ale nie jestem w stanie określić. Jakaś **namiastka przyjaźni** [Brata (50)].

> Na prosty, chłopski rozum, patrząc **codziennie na organ przeszczepiony od zmarłej osoby, masz świadomość jej obecności**. Widzisz po prostu cząstkę tej osoby [Patrycja (28)].

Animistyczna teoria M. Maussa, która mówi, że w samym przedmiocie daru tkwi jakaś siła wiążąca go z darczyńcą (obecnym w rzeczy, którą daje) oraz zobowiązująca obdarowanego do przeciw-daru – została skrytykowana przez jego egzegetów.

Marshall Sahlins „odczarowuje" pomysły francuskiego socjologa i antropologa, pisząc, że tak naprawdę to nie jakiś „duch rzeczy" stoi za odwzajemnieniem daru czy groźbą kary za brak daru-za-dar, lecz karę wymierzają rzeczywiste osoby, których dar nie został odwzajemniony [Godelier 2010: 67]. Maurice Godelier dodaje:

> Pierwotny darczyńca nie przestaje posiadać praw do przedmiotu, który podarował, niezależnie od liczby osób, wśród których krążyła ta rzecz. Oczywiście to, że przedmiot krąży, oznacza, że każdy kto go otrzyma, będąc obdarowanym, staje się kolejnym obdarowującym. Jednak żadna z tych osób nigdy nie będzie miała takich samych praw do przedmiotu jak pierwszy z donatorów. Zachowuje on niezbywalną własność, a wszyscy inni korzystają z praw do posiadania i użytkowania przedmiotu, które są zbywalne, czasowe i przenoszą się z jednej osoby na drugą. Właśnie ten zasadniczy fakt trwałości praw pierwotnego darczyńcy do rzeczy danej – na poziomie myślowym (...) wyraża się w koncepcji, że jego osoba jest obecna w przedmiocie danym, jest do niego dołączona i towarzyszy mu we wszystkich zmianach właściciela i zmianach miejsca[13] [Godelier 2010: 68].

Fakt społecznego konstruowania relacji między dawcą i biorcą, który dezawuuje ideę „ducha rzeczy" („ducha narządu"), ilustruje konstatacja informatorki:

> Sądzę, że nie zgodziłabym się na przeszczep serca od pedofila. Moje mniemanie, moje przeświadczenie o tym, że był pedofilem, co jest złe, nienawidzimy ich... Źle bym się czuła społecznie nawet, gdyby ktoś mi powiedział, że żyję z sercem pedofila. Serce nie wpłynęłoby na mnie, bo to tylko mózg za tym wszystkim stoi, ale sam fakt, że ktoś by mi powiedział, że to serce należało do kogoś, kto zamykał w piwnicy małe dzieci i je gwałcił, to ja podświadomie sama bym się nakręciła i nie mogłabym wyjść z domu, myślałabym, że mogę stać się taka jak on [Patrycja (28)].

To nie *hau* byłoby źródłem lęku Patrycji, tylko rzeczywiste osoby konstruujące taką atmosferę. Wydaje się, że w przypadku transplantacji to nie same narządy i zlokalizowane w nich „duchowe" pierwiastki darczyńców wprawiają dar w ruch i wymuszają na biorcach przeciw-świadczenie, tylko układ relacji społecznych, który zakłada istnienie sankcji, obowiązków, ale i korzyści.

13 Cytat dotyczy darów w ogólności. Oczywiście, w przypadku transplantacji nie ma mowy o „krążeniu przedmiotu" – jest ono ograniczone do dwóch jednostek (dawcy i biorcy), co wynika z biomedycznej konstytucji przeszczepów.

Sztuczne pokrewieństwo. Dar jako regulator relacji międzyludzkich

„Dawanie i odwzajemnianie daru (...) jest najprostszym, najbardziej bezpośrednim sposobem tworzenia zależności i solidarności" [Godelier 2010: 127] – pisze M. Godelier.

> Poważna część naszej moralności, a nawet naszego życia, utrzymuje się nadal w atmosferze daru, mieszaniny obowiązku i wolności. Na szczęście nie wszystko jest jeszcze ujmowane w terminach zakupu i sprzedaży. Rzeczy, poza swą wartością sprzedażną, mają jeszcze wartość uczuciową, o ile w ogóle istnieją wartości tylko tego rodzaju. Właściwa nam jest nie tylko moralność kupców. Pozostali wśród nas ludzie i klasy zachowujące jeszcze dawne obyczaje, do których zresztą stosujemy się prawie wszyscy, przynajmniej w pewnych okresach roku lub przy pewnych okazjach [Mauss 2001: 287].

Przeszczepy w perspektywie mieszkańców Woli Krzysztoporskiej, którzy udzielili mi wywiadów, wydają się właśnie egzemplifikacją takiej „wymiany" dawnego obyczaju, gdzie obowiązują zupełnie inne reguły niż w postindustrialnym, atroficznym, „bezdusznym" świecie kupców.

Podstawowy cel daru, w odróżnieniu od zakupu czy sprzedaży, to „wytworzenie uczuć przyjacielskich":

> Podarunki przypieczętowują małżeństwo, ustanawiają pokrewieństwo między dwiema parami krewnych. Nadają one dwóm „stronom" tę samą naturę; ta identyczność natury dobrze przejawia się w zakazie, który sprawia, że od pierwszych zapowiedzi narzeczeństwa aż do końca ich dni, dwie grupy krewnych są dla siebie tabu: nie widują się już, nie rozmawiają ze sobą, ale nieustannie wymieniają podarunki. W rzeczywistości zakaz ten wyraża zarazem intymność i lęk panujący między takimi dłużnikami i wierzycielami [Mauss 2001: 196].

Przeszczep jako dar zbliża do siebie jednostki, które zaczyna łączyć **sztuczne pokrewieństwo lub prawdziwa przyjaźń** i życzliwość. Aktualne, choć dotyczące kontekstów robotniczych, wydają się słowa Grażyny Ewy Karpińskiej, która pisze o zwyczaju darzenia się w łódzkim środowisku robotniczym w dwudziestoleciu międzywojennym:

> Darzenie się umacniało więzi rodzinne, sąsiedzkie, kręgu osób zatrudnionych w tej samej fabryce, a nieutrzymujących kontaktów sąsiedzkich (poczęstunek w pracy). Ponadto zwiększało świadomość przynależności grupowej, pogłębiało takie związki jak przyjaźń czy sztuczne pokrewieństwo. Powodowało kształtowanie się postaw życzliwości. Szczególną rolę w umacnianiu tych więzi miała pomoc sąsiedzka, poczęstunek i życzenia składane podczas uroczystości rodzinnych i dorocznych [Karpińska 1988: 142].

Oto przykładowe konstatacje wolan na temat jakości i charakteru relacji, jaka krystalizuje się – w ich opinii – w efekcie przeszczepu jako daru:

> Powinni się kochać i szanować, dbać o siebie nawzajem, bo to ich tak połączy ze sobą **jak brak i siostra**. Powinni to wykorzystać i nie zmarnować tego.
>
> *A jak to można wykorzystać?*
>
> (...) Być ze sobą, wspierać, pomagać sobie. **Bo się jakby rodzina poszerza i do rodziny wchodzi nowy członek rodziny** [Izabela (35)].

> Tak jak z rodziną. To by rodzina była już. **Traktowałabym jak rodzinę. Trzeba by było już raczej po imieniu się zwracać**, być życzliwym dla takiej osoby i ona powinna to odwzajemnić. Trzeba by było szanować taką osobę, widząc ją, ciesząc się z tego, że żyjemy [Jacek (48)].

> Może okazałoby się, że to będzie **przyjaciółka do końca życia**. Nie uważam, że to jest coś złego. Gdyby okazało się, że moja nerka u kogoś funkcjonuje, to to jest pretekst, żeby zostać przyjaciółmi [Joanna (34)].

Głęboki poziom zażyłości między stronami jednym pasuje, drugim – przeszkadza. Intymność i lęk to dwie strony tego samego medalu – relacji między dłużnikiem (biorcą) i wierzycielem (dawcą). Konstatacja ta w kontekście transplantacji wydaje się dorzeczna i celująca w punkt. Z jednej strony, między dawcą i biorcą rodzi się zażyłość podobna do relacji przyjacielskich i rodzinnych. Być może wynika ona właśnie ze zlokalizowanej w samym darze (narządzie) – mówiąc językiem M. Maussa – mocy duchowej (*hau*), czyli trwałości

praw pierwotnego darczyńcy do rzeczy danej – mówiąc językiem. M. Godeliera. Jednak zażyłość stanowiąca jej przedłużenie może być kłopotliwa. **Jedni informatorzy cieszyliby się, że mają nowego brata czy siostrę, że ich rodzina powiększyłaby się. Jednak drudzy podchodzą z dystansem do tej relacji; woleliby jej uniknąć, woleliby, żeby jej nie było. Być może jest to współczesne tabu, które nie pozwala na kontakt, lub po prostu brak precedensu o charakterze kulturowego wzoru kształtującego rytuał i scenariusz zachowań w kontekście transplantacji.** Dary (np. weselne, komunijne) miewają „wyraźnie określoną formę i ilość" [Krupkowà 1988: 175], lecz w przypadku transplantacji brakuje takiej matrycy.

G.E. Karpińska pisze jeszcze, że „darzenie się było nie tylko działaniem o charakterze społecznym, magicznym i symbolicznym, ale odrywało także znaczenie w sferze czysto materialnej. Wyprawa młodej pary i prezenty weselne wzmacniały materialnie nowo założoną rodzinę" [Karpińska 1988: 143]. Transponując tę ideę na grunt przeszczepów, można powiedzieć, co dotychczas jeszcze nie wybrzmiało jasno, że dar, jakim jest narząd, ratuje ludzkie życie, ma ogromne znaczenie dla chorych i ich rodzin – i właśnie to jest jego pierwotna, pragmatyczna, utylitarna motywacja.

Jurij Szczerbak (ironicznie) – zamiast puenty

Jurij Szczerbak – ukraiński pisarz, polityk i lekarz – w *Transplantacji* [1973] „powołał do życia" postać Borysa Mykołajowiczowa Hołuba jako autora odezwy pt. *Nowy kanon* adresowanej do lekarzy, składającej się z siedmiu punktów. Oto część punktu 6.:

> I ja wam powiadam: uczcie się liczyć. Opanujcie ilościowe, matematyczne podejście do człowieka, do chorego, do choroby. Wszystko może być policzone – chmury na niebie i pierwotniaki orzęski w oceanie. Uczcie się wyrażać swoje spostrzeżenia i uczucia w cyfrach. Gdy przemawiają cyfry, milczą muzy. Tam, gdzie są cyfry, nie ma miejsca na kontrowersje
> [Szczerbak 1973: 32-33].

Streszczenie

Artykuł stanowi próbę zgłębienia istoty transplantacji za pomocą antropologicznej kategorii daru. Inspirację stanowi klasyczny *Szkic o darze* M. Maussa, lecz egzemplifikacje pochodzą z etnograficznych badań w Woli Krzysztoporskiej (woj. łódzkie), gdzie mieszkańcy udzielają autorowi wywiadów na temat popularnych wyobrażeń o przeszczepach. Autor aktualizuje klasyczną teorię daru do okoliczności, jakie współcześnie generują przeszczepy.

Słowa kluczowe: Dar, transplantacja, dawca, biorca, antropologia medyczna, biosentymentalność

Transplantation as a gift. Obvious association, compelling implications. In view of medical anthropology

The paper aims to plumb the essence of transplantation through the gift as an anthropological category. *The Gift* written by M. Mauss poses the inspiration, yet examples come from ethnographic research in Wola Krzysztoporska where the author gets interviews about popular notion of transplantation. The author updates the classical theory of the gift to present circumstances generated by transplantation.

Key words: Gift, transplantation, donor, recipent, medical anthropology, biosentimentality

Bibliografia

Barthes Roland
(2008), *Mitologie*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa.

Carney Scott
(2014), *Czerwony rynek. Na tropie handlarzy organów, złodziei kości, producentów krwi i porywaczy dzieci*, tłum. Ochab Janusz, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.

Douglas Mary
(2003), *Profile kultury*, tłum. Klekot Ewa, w: Kempny Marian, Nowica Ewa (red.), *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 149-169.

Drakulić Slavenka
(2012), *Ciało z jej ciała. O banalności dobra*, tłum. Kozińska Dorota, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa.

Eliade Mircea
(1998), *Czas święty i mity*, tłum. Tatarkiewicz Anna, w: Mencwel Andrzej (red.), *Antropologia kultury. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 105-114.

Gerritsen Tess
(2013), *Dawca*, tłum. Żebrowski Jerzy, Wydawnictwo Albatros, Warszawa.

Godelier Maurice
(2010), *Zagadka daru*, tłum. Höffner Marta, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Haberko Joanna, Uhrynowska-Tyszkiewicz Izabela
(2014), *Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.

Jagla Jowita
(2009), *Wieczna prośba i dziękczynienie. O symbolicznych relacjach między* sacrum *i* profanum *w przedstawieniach wotywnych z obszaru Polski Centralnej*, Wydawnictwo Neriton, Warszawa.

Jung Carl Gustav
(1998), *Symbol przemiany w mszy*, tłum. Reszke Robert, Wydawnictwo WROTA, Warszawa.

Karpińska Grażyna Ewa
(1988), *Zwyczaj darzenia się w łódzkim środowisku robotniczym*, „Prace Etnograficzne", z. 25 – Zambrzycka-Kunachowicz Anna (red.), *Kulturowa funkcja daru*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1988, s. 125-148.

Kluba Miłosz
(2012), *Dotknąć historii, dotknąć wiary*, „Niedziela", nr 31, s. 34-35.

Krupková Jaroslava
(1988), *Z problemów klasyfikacji darów w czeskiej kulturze ludowej*, „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Etnograficzne", z. 25 – Zambrzycka-Kunachowicz Anna (red.), *Kulturowa funkcja daru*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 173-198.

Kuzyszyn Zbigniew
(2011), *Medialny przekaz transplantologii*, w: Kuzyszyn Zbigniew (red.), *Społeczno-etyczne aspekty transplantologii*, Wydawnictwo Continuo, Opole, s. 7-14.

Maj Młgorzata
(1983), *Dar w obrzędzie weselnym*, „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Etnograficzne", z. 18, s. 61-79.

Mauss Marcel
(2001), *Socjologia i antropologia*, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa.

Sharp Leslie
(2006), *Strange Harvest. Organ Transplants, Denatured Bodies and the Transformed Self*, University of California Press, Berkeley.

Stomma Ludwik
(2002), *Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku oraz wybrane eseje*, Wydawnictwo Piotr Dopierała, Łódź.

Szczerbak Jurij
(1973), *Transplantacja*, tłum. Bury Stanisław Edward, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.

Thannippara A.
(1997), *Ofiara*, w: Waldenfels Hans (red.), *Leksykon religii*, tłum. Pachciarek Paweł, Wydawnictwo Księży Werbistów VERBINUM, Warszawa, s. 308-316.

Tomicki Ryszard
(1987), *Mit*, w: Staszczak Zofia (red.), *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa – Poznań, s. 244-248.

Wolniewicz Bogusław
(1993), *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*, WFiS UW, Warszawa.

Zadrożyńska Anna
(1985), *Powtarzać czas początku. Część I. O świętowaniu dorocznych świąt w Polsce*, Wydawnictwo Spółdzielcze, Warszawa.

Zambrzycka-Kunachowicz Anna
(1988), *Słowo wstępne*, „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Etnograficzne", z. 25 – Zambrzycka-Kunachowicz Anna (red.), *Kulturowa funkcja daru*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1988, s. 7-13.

Michalina Rutka
Zakład Antropologii Obrazu
Instytut Filozofii Socjologii i Dziennikarstwa
Uniwersytet Gdański

Słowa, które leczą. O autoterapeutycznej roli blogów

Pojęcie autoterapii i pisanie autoterapeutyczne jako metoda terapeutyczna

Zgodnie z definicją proponowaną przez *Słownik Języka Polskiego* autoterapia ma trzy podobne znaczenia. Po pierwsze to zwalczanie choroby przez organizm chorego, bez pomocy leków. Po drugie – leczenie chorego za pomocą środków pochodzących z jego własnego organizmu. Wreszcie, jako trzecie znaczenie, Słownik podaje działanie podejmowane przez kogoś w celu uzdrowienia samego siebie.

Wspomniane objaśnienia wskazują na dwa istotne aspekty działania autoterapeutycznego. Pierwszym jest stan choroby, drugim – wysiłek samego chorego podejmowany w celu powrotu do zdrowia. Żadna z definicji nie zawęża też działań autoterapeutycznych czy to do sfery fizycznej, czy psychicznej. Gdyż choć tradycyjnie proces leczenia kojarzony jest bardziej z ciałem niż duszą czy umysłem, w istocie obejmuje on obie te sfery. Współczesna psychologia, na przykład nurt Gestalt, twierdzi wręcz, że nie ma zdrowego ciała bez zdrowego umysłu i odwrotnie. Zaczyna to również dostrzegać medycyna alopatyczna i coraz częściej łączy się, na przykład w onkologii, chemioterapię czy radioterapię z psychoterapią.

Z kolei rozważając pojęcie autoterapii z punktu widzenia budowy pojęcia, można również dostrzec istotny aspekt jednostki i jej zaangażowania w proces zdrowienia (terapii). Wskazuje na to przedrostek auto- (sam z siebie), który należy tu interpretować jako samodzielne i uświadomione działanie podmiotu.

Zatem autoterapię należy rozumieć jako celowe i świadome działanie jednostki doświadczającej dysfunkcji czy to ciała, czy umysłu, podejmowane w celu eliminacji owej dysfunkcji lub polepszenia jakości swojego życia.

Metody autoterapii zależą w głównej mierze od charakteru i obszaru, gdzie dyskomfort odczuwany jest najboleśniej. Na przykład w przypadku bólów kręgosłupa mogą być to ćwiczenia rozciągające i wzmacniające mięśnie, w przypadku nerwic – medytacja czy słuchanie muzyki.

Przytoczone wyżej sposoby radzenia sobie z danym problemem można jednak traktować jako doraźne, wykorzystywane w chwili szczególnego natężenia dysfunkcji. Jednakże dla skuteczności jakiejkolwiek terapii najważniejsze są działania długoterminowe. Zasada ta obowiązuje też w autoterapii: aby skutecznie pomóc sobie samemu, nie wystarczy raz coś zrobić, dopiero regularna praca, czy to z ciałem, czy umysłem, przynosi efekt. Dlatego też w poszukiwaniu skutecznych sposobów trwałego polepszenia jakości życia działanie psychologia coraz częściej wykorzystuje metody narracyjne, czyli te, które zwracają się w stronę samej jednostki. Poprzez opowiadanie własnego życia, czy to za pomogą gestów, symboli czy słów i pisma, jednostka nie tylko może na chwilę zdystansować się wobec dotykającego ją problemu, lecz przede wszystkim wpisać ów problem w szerszy kontekst życia własnego i osób jej towarzyszących.

Do szczególnie przydatnych w tym działaniu metod należy bez wątpienia pisanie. Pisanie autoterapeutyczne to szczególna odmiana pisania autobiograficznego, charakteryzująca się nakierowaniem na uleczenie tego, co autor uważa za chorobę czy dysfunkcję, lub też na polepszenie jakości życia (w przypadku, gdy całkowite pozbycie się problemu jest niemożliwe, na przykład w przypadku wad wrodzonych).

Walor ten podkreśla między innymi włoski badacz, Duccio Demetrio, ponieważ jak twierdzi, pisanie o sobie to często przywoływanie bolesnych wspomnień dotyczących błędów przeszłości, traumatycznych wydarzeń, klęsk i rozczarowań [Demetrio 2000: 10–11]. Przywołując je i przelewając na papier, czy współcześnie na bloga, autor zyskuje szansę na zmianę stosunku do przeżytych doświadczeń. W ten sposób pisanie może stać się dla autora formą wyzwolenia pogodzenia się z własną przeszłością lub tym co on sam uznaje za bolesne i dysfunkcyjne.

Z kolei współczesny amerykański psycholog, James Pennbaker, podkreśla ważność pisania w procesie terapeutycznym nie tylko w obliczu poważnych zaburzeń czy dysfunkcji, lecz jako narzędzia pozwalającego radzić sobie z wyzwaniami dnia codziennego. Pennbaker, w swoim badaniu przeprowadzonym na grupie studentów z Southern Methodist University, pokazał, jak regularne sporządzanie zapisków wpływa długofalowo na poprawę jakości życia zarówno w wymiarze emocjonalnym, jak i fizycznym [Pennbaker 2004]. Eksperyment Amerykanina polegał na zobligowaniu studentów, by ci przez okres dwudziestu kolejnych dni prowadzili dzienniki. Przy czym jednej grupie przykazał, by opisy te były poświęcone traumatycznym wydarzeniom, jakie miały miejsce w przeszłości badanych, a drugiej, by pisali o czymkolwiek zechcą. Po przebadaniu obu grup Pennbaker stwierdził, że u tych studentów, którzy pisali o wydarzeniach nieprzyjemnych, nastąpiły pozytywne zmiany, takie jak poprawa samooceny i poczucia dobrostanu psychicznego, a także fizycznej odporności [Pennbaker 2004].

Podsumowując, pisanie leczy, lecz nie jest to kuracja krótkotrwała. W niektórych przypadkach może trwać wręcz przez całe życie „autora". Co więcej, także czytanie owych treści może mieć charakter terapeutyczny, choć nie zawsze jest to zgodne z pierwszą intencją odbiorcy. Często jest nią po prostu ciekawość.

Zapiski autobiograficzne, szczególnie te pozostawione przez wybitnych pisarzy, znanych polityków czy inne osoby publiczne, stanowią także od lat przedmiot zainteresowań badaczy nauk humanistycznych, w tym literaturoznawców i filozofów. Wynika to po części z faktu, że – jak zaznacza Regina Luba-Bartoszyńska – ta forma pisania jest szczególnie zagadkowa, gdyż nie można jednoznacznie określić jej przynależności gatunkowej. Nie sposób stwierdzić jednoznacznie, czy obcując z tekstem autobiograficznym, ma się do czynienia z literaturą czy dokumentem [Luba-Bartoszyńska 2006: 52].

Badaczka nawiązuje także do Derridy, dla którego autobiografie stanowią kwintesencję kultury [Derrida 2001: 17–75]. Wynika to, zdaniem filozofa, z fundamentalnego dla autobiograficznego pisania założenia, że jest ono nastawione na ujawnianie prawdy o człowieku. Oznacza to, że jednostka konstruując tekst autobiograficzny, niejako automatycznie nakierowuje się na prawdę o sobie, a przez to i o tym, co wobec niej zewnętrzne. Podobnie twierdzi badacz autobiografii, Lejeune, zwracając uwagę na ważną rolę pisania autobiograficznego dla rozwoju zachodniej koncepcji „ja" jako odrębnej, unikalnej jednostki [Lejeune 2001: 1–19].

Pamiętniki piszą i pisali także zwykli ludzie, a ich zapiski stanowią bogaty i interesujący badaczy materiał, będący autentycznym świadectwem danej epoki czy wydarzeń. W tych czasem nieporadnych słowach i nie zawsze gramatycznie poprawnie zbudowanych zdaniach tkwi to, czego w autobiografiach doszukiwał się Derrida – moment prawdy. Zwykle bowiem ich autorzy nie byli w stanie przewidzieć, że ich zapiski przetrwają ich samych, wobec czego opisywali to, co czuli i widzieli, bez dodatkowej zmiennej – chęci autokreacji. A jeśli już ten element się pojawiał, to także w wymiarze osobistym, jako chęć odpowiedniego, zdaniem autora, przedstawienia potomnym rodzinnej historii i własnej w niej roli.

Niezależnie od tego, czy autorem pamiętnika jest postać publiczna czy prywatna, badaczy interesują zarówno motywy, sam przebieg narracji, kontekst powstawania autobiografii, jak i uwikłane w nią postaci i wydarzenia. Wszystkie te elementy składają się na unikalne w formie i treści akty komunikacji, a ich analiza pozwala lepiej i dogłębniej przyjrzeć się naturze człowieka. Ujmując autobiografię z fenomenologicznego punktu widzenia, można dostrzec zarówno momenty wyznania, jak i momenty sprawozdawcze.

W tych pierwszych autorzy odsłaniają świat wewnętrznych przeżyć i odczuć. Wykorzystując słowa, uzewnętrzniają emocje towarzyszące wydarzeniom

w ich życiu, oddają swój unikalny sposób ich odbioru i interpretacji. Z kolei w tych drugich opisują poszczególne fakty z życia swojego i osób z otoczenia. Posługują się chronologią lub też koncentrują tylko na wybranych momentach.

Oba te elementy zwykle łączą się w trudną do rozdzielenia całość. Dlatego też w odbiorze autobiografii przydatna jest perspektywa hermeneutyczna, pozwalająca na dostrzeżenie relacji pomiędzy funkcją tworzącą a odtwarzającą języka. Umożliwia ona także dostrzeżenie uwikłania odbiorcy w proces odbioru i interpretacji tekstu. Gdyż nie tylko autor odsłania i jednocześnie kreuje siebie, lecz także badacz dokonuje na udostępnionym mu tekście zabiegu interpretacji. A udostępniony mu tekst wpływa też na niego samego. Z tego też względu badanie autobiografii jest naznaczone subiektywizmem, co skłania ku przyjęciu metod analizy jakościowej i spojrzenia na teksty autobiograficzne jak na szczególną postać dyskursu, którego istotą jest autorefleksja i zyskanie dystansu wobec wydarzeń z własnego życia.

Jako podsumowanie powyższego wywodu poświęconego zapiskom autobiograficznym można zauważyć, że cechą wspólną wszystkich pamiętników i autobiografii wydaje się chęć odkrycia prawdy o sobie, choć uświadomione i wyeksplikowane wprost cele mogą być różnorodne i odmienne. W reportażu *Reality* Mariusz Szczygieł wymienia tych pisarzy, dla których prowadzenie autobiograficznych zapisków było na przykład sposobem na utrzymanie uciekających chwil, ofiarowaniem siebie ludzkości, ucieczką przed życiem albo, dla odmiany, zmaganiem się z nim i także autoterapią [Szczygieł 2009: 6–7].

Z kolei prekursorka badań nad pamiętnikami w Polsce, Jolanta Landy-Tołwińska, studiując nadesłane jej prace, zauważyła silny motyw autoterapeutyczny, który towarzyszył piszącym [Landy-Tołwińska 1968: 17]. Może przybrać on różne postaci: od chęci podzielenia się z innymi swoim bólem i cierpieniem, poprzez utrzymanie w pamięci kluczowych momentów życia, aż po silną potrzebę oczyszczenia, a tym samym zamknięcia bolesnych przeżyć lub wspomnień w dającej się objąć rozumem formie.

Blogowanie jako współczesna forma pisania autoterapeutycznego

Współcześnie, dzięki Internetowi, dużo łatwiej jest dzielić się własną historią z innymi. Umożliwia to technologia blogów internetowych, czyli witryn www zbudowanych według prostego, dostępnego powszechnie schematu, do obsługi którego nie są potrzebne zaawansowane umiejętności informatyczne. Najczęściej przytaczana definicja bloga, czyli „dziennik prowadzony w Internecie", wskazuje na jego podobieństwo do tradycyjnych pamiętników [Pisarek 2006: 18].

Nie jest to jednak w pełni trafna analogia, ponieważ tekst w sieci funkcjonuje odmiennie niż w wersji papierowej. Po pierwsze, jest zawsze nieskończony, to jest autor ma nieograniczone możliwości edycji i modyfikacji zapisków bez pozostawiania jakiegokolwiek śladu. Po drugie, w świecie *online* tekst *online* można swobodnie łączyć z materiałami audiowizualnymi, na przykład fotografiami i filmami, które nie są tylko uzupełnieniem, ilustracją tekstu, ale stanowią jego dopełnienie, rozszerzenie itp. Po trzecie, tekst pisany w sieci ma z założenia charakter publiczny, podczas gdy pamiętnik – wprost przeciwnie. Teksty *online* powstają po to, by dzielić je z innymi internautami, zaś w przypadku autobiografii papierowych autorzy mogą uznać publiczne odczytanie ich zapisków za niepożądaną ingerencję. Wymienione wyżej cechy tekstu internetowego sprzyjają rozwojowi twórczości *online*, dlatego też blogowanie stało się prawdziwym społecznym fenomenem.

Blogują ludzie znani, dziennikarze, politycy i celebryci, ale przede wszystkim zwykli anonimowi ludzie, wykorzystujący to narzędzie dla publicznego eksponowania swoich opinii, pasji czy umiejętności. Jest ono także wykorzystywane do opisywania historii swojego życia, czyli jako współczesna forma autobiografii. Podobnie jak w przypadku pamiętników klasycznych, papierowych, także i w ich elektronicznych odpowiednikach można odnaleźć silne wątki autoterapeutyczne. Niekiedy są one podkreślane i wyrażane wprost, w innych przypadkach można domyśleć się celu prowadzenia bloga po jego treści i tematyce przewodniej.

Terapeutyczny wymiar blogowania jest także przedmiotem badań badaczy, zarówno pedagogów, psychologów, jak i językoznawców czy medioznawców. Każda z wymienionych perspektyw wnosi w przestrzeń poznania odmienną jakość, co związane jest z pytaniami badawczymi, jakie w ramach danej dyscypliny są stawiane. W obszarze językoznawstwa interesujące jest podjęcie tematyki użycia określonych słów i zwrotów, dobór określonych wyrażeń w celu wywołania efektu autoterapii. Temu też badaniu poświęcona jest część badawcza niniejszego artykułu.

Teza postawiona w tytule artykułu brzmi: „Słowa (które) leczą". Zdanie to zawiera ukryte przekonanie o szczególnej mocy słowa, szczególnie zaś słowa pisanego. Autorka nawiązuje tu do silnie kulturowo ugruntowanego przekonania o leczniczej, a nawet szerzej –twórczej mocy słów. Wiara ta towarzyszy ludziom od wieków; jej przejawami są między innymi zaklęcia, zamawianie chorób czy przeklinanie kogoś. Echo magicznej wiary w moc mówienia pobrzmiewa także w zwyczaju składania życzeń. Inną formą przywoływania jest też wezwanie, na przykład „Niech się stanie!". Magia słów zawarta jest również w afirmacjach, które mogą przybierać formy osobowe, na przykład „Ja, XX, jestem zdrowa", lub bezosobowe, na przykład „Życie jest piękne!". W tworzeniu magicznych zwrotów istotne są nie tylko słowa, równie ważny jest kontekst,

w jakim powstają. Okoliczności nadają bowiem szczególny sens pojedynczym wypowiedziom, które oderwane od niego mogłyby brzmieć groteskowo, niezrozumiale bądź neutralnie.

Przekonanie o magicznej słów nie dotyczy jedynie form ustnych. Wręcz przeciwnie, słowo, które zostaje zapisane, nabiera jeszcze silniejszej mocy, gdyż przybiera postać materialną. Staje się dla autora namacalnym dowodem jego wiary w możliwość realizacji tego, co jest przedmiotem magicznych zabiegów. Ponadto, w tej formie może łatwiej dotrzeć do innych osób, w ten sposób stających się wspólnotą skupioną wokół określonego przekazu. Współcześnie społecznotwórczą moc słów wykorzystują między innymi blogerzy, którzy potrafią skupić wokół swoich wpisów grono regularnie odwiedzających i komentujących internautów. W ten sposób rodzą się dziś tak zwane społeczne autorytety, różniące się od tych instytucjonalnych tym, że ich słuszność ma sankcjonować liczba potwierdzających jego obowiązywalność osób prywatnych, nie zaś oficjalne akty, certyfikaty czy dyplomy.

W przypadku pisania autoterapeutycznego bloga ważne są oba wymienione wyżej aspekty – wiara w możliwość materializacji zapisanych słów i budowanie społeczności. Oba pomagają oswoić się, a być może i pokonać trudności, jakich doświadcza autor. Ten pierwszy umożliwia bowiem nazwanie, a więc zamknięcie w dającej się objąć rozumem formie tego, co przeżywane, lęku, strachu, poczucia niesprawiedliwości itp. Drugi zaś motywuje i wzmacnia, gdyż nadaje sens ponad tym uzyskanym drogą autorefleksji.

Blog *Rakowi środkowy palec* jako przykład blogowania autoterapeutycznego

Przekonanie o skuteczności słowa w procesie leczenia towarzyszy autorce bloga *Rakowi środkowy palec*, którego zawartość jest przedmiotem analizy zawartej w niniejszym artykule. Badanie zostało wykonane za pomocą jakościowej analizy tekstu i obrazu. Celem zaś było ukazanie przydatności autoterapeutycznego pisania jako sposobu na poradzenie sobie z traumatycznym doświadczeniem śmiertelnej choroby.

Omawiany blog znajduje się na najpopularniejszej w Polsce platformie blogowej: blogspot.com. Ma klasyczny wygląd, oparty o strukturę html, a do jego stworzenia autorka wykorzystała darmowy szablon Watermark. Budowa bloga jest prosta, autorka wykorzystała jedynie podstawowe, darmowe narzędzia udostępniane autorom. Całość składa się z dwóch niesymetrycznych kolumn, z których lewa poświęcona jest postom, a prawa informacjom dodatkowym umieszonym w zakładkach takich jak: „O mnie", „Popularne posty" i „Archiwum". Autorka udostępnia także narzędzie pozwalające na syntaktyczne tłumaczenie treści poprzez zakładkę „Translate", prowadzoną w technologii Google Tłumacz.

Lakoniczna forma i prosta budowa, która w porównaniu z innymi blogami może wydawać się przestarzała i mało atrakcyjna, sugerują, że motywem do prowadzenia bloga jest w większym stopniu chęć i potrzeba osobistego wypowiedzenia się, niż przyciągnięcie uwagi odbiorcy. Potwierdza to lektura wpisów. Autorka nie zabiega o czytelników, nie tworzy tekstów mających na celu skupienie ich uwagi, na przykład poradnika itp. Co więcej, wzrastająca stopniowo popularność bloga i jej samej jako autorki dziwi ją, lecz także inspiruje i motywuje do dalszego pisania i podejmowania innych aktywności związanych zarówno z rozwojem osobistym, jak i promowaniem wiedzy o chorobie onkologicznej.

Można dostrzec tu przewagę blogowania nad pisaniem pamiętnika, z punktu widzenia przydatności terapeutycznej. Obecność czytelników, a nawet już sama świadomość, że publikowane teksty mają publiczny charakter, działa motywująco i zachęca do kontynuowania bloga. W przypadku pisania autoterapeutycznego, jak wykazały przytaczane uprzednio badania Pennbakera, systematyczność ma istotne znaczenie.

Rola tytułu i fotografii tytułowej w autoterapeutycznej komunikacji na blogu

Wspomnianą wyżej regularność można zaobserwować w przypadku omawianego bloga. Od momentu rozpoczęcia, czyli od 10 marca 2015 roku, blogerka publikuje systematycznie około pięciu postów miesięcznie. Językiem, jakim się posługuje, jest w stu procentach polski. Posty wyświetlane są w kolejności odwrotnej od chronologicznej. Średnia długość jednego wpisu to około trzydziestu wierszy podzielonych na akapity, pomiędzy którymi znajdują się fotografie. Tekst i obraz współgrają ze sobą na kilka sposobów: uzupełniają się, modyfikują znaczenie i kierunkują odbiór. Ponadto obecność zdjęć uatrakcyjnia i ułatwia percepcję czytelnikom.

Poza fotografiami wizualna strona bloga jest adekwatnie lakoniczna do jego budowy. Tło jest różowe; na górze ekranu przybiera postać tapety w podłużne prążki w dwóch odcieniach różu, ale po przewinięciu całości w dół zmienia się w tło jednolicie różowe. Wybór koloru jest prawdopodobnie nieprzypadkowy, gdyż róż symbolizuje walkę z rakiem piersi, a na tę chorobę cierpi autorka. Na samej górze bloga umieszczony jest tytuł bloga: *Rakowi środkowy palec*, napisany białą czcionką kroju Times New Roman, pod którym widnieje fotografia kobiety, najprawdopodobniej autorki, co potwierdza lektura wpisów. Fotografia obramowana jest cienką białą ramką, przywodzącą na myśl klasyczne zdjęcia wykonywane techniką analogową. Czytając bloga, można dowiedzieć się, że wybrana fotografia jest częścią profesjonalnej sesji zdjęciowej, jaką kobieta zamówiła dla siebie.

Zarówno tytuł, jak i fotografia na górze, stanowią dopełniającą się całość o szczególnym przesłaniu, mającym na celu poinformowanie odbiorcy o stosunku kobiety do choroby. Tytuł jest metaforą i eufemizmem, odwołującym się do gestu powszechnie uznawanego za obraźliwy i wulgarny. Jego znaczenie werbalne, w łagodnej formie, brzmi: „zostaw mnie w spokoju", „odejdź", „nie mam ochoty przebywać z tobą". Zaś zamieszczone poniżej zdjęcie jednocześnie ilustruje i precyzuje, o jaki gest chodzi autorce. Główną i zarazem jedyną ukazaną na nim postacią, wokół której ogniskuje się uwaga odbiorcy, jest sylwetka kobiety, ukazana od głowy do pasa z twarzą zwróconą w kierunku odbiorcy.

Postać na fotografii uśmiecha się, wykonując jednocześnie tytułowy gest. Oba te pozornie sprzeczne sygnały uzupełniają się i wzmacniają wrażenie siły i determinacji postaci ze zdjęcia. Usta, choć uśmiechające się, nie odzwierciedlają radości, tylko raczej upór i determinację. Wyrazowi twarzy brakuje bowiem innych mimicznych oznak szczęścia, takich jak rozluźniona szczęka czy zmarszczki po obu stronach oczu przy skroni. Wyzywający gest wykonywany przez kobietę można także odczytać jako gotowość do zmierzenia się z przeciwnikiem, nazwanym i zdefiniowanym w tytule – rakiem. Także wzrok, skierowany wprost w stronę odbiorcy, i wyprostowana sylwetka, ukazana jakby w ruchu, potęgują wrażenie wewnętrznej mocy postaci. Przekonanie to wzmacnia także jej strój i makijaż. Ubrana w białą, elegancką koszulę, ma krótkie ciemne włosy i dyskretny makijaż. Nosi też srebrną biżuterię: kolczyki, łańcuszek, bransoletkę i pierścionek. Ozdoby te są dyskretne i stonowane. Ogólnie wygląd postaci przywodzi na myśl kobietę sukcesu, bizneswoman. Osobę, która w potocznym wyobrażeniu jest aktywna, zdecydowana i zwycięska.

Oba tytułowe elementy mają także znaczenie autoterapeutyczne. Można je bowiem interpretować jako szczególne *credo* autorki, sposób, w jaki chce przedstawiać siebie innym i motywować się do walki z nowotworem.

Dynamiczny charakter fotografii oddaje również niejednolite, ale zdecydowane kolorystycznie tło. Zostało podzielone na dwie części, rozdzielone postacią kobiety. Po jej lewej stronie przybiera ono postać fioletowych bzów, którym towarzyszy niewielki element zieleni, aby po prawej przemienić się w czerwono-purpurową, niejednolitą strukturę, kojarzącą się z ogniem piekielnym czy otchłanią. Transformacja spokojnego, roślinnego motywu w ognisty wir odbywa się za plecami kobiety. Całość sugeruje biegunowy charakter doświadczeń i towarzyszących im emocji przeżywanych przez postać z centralnego planu. Lewa strona z widocznymi motywami roślinnymi symbolizuje życie, spokój i stan równowagi, zaś prawa oddaje chaos, walkę, a także strach.

Zatem o ile sylwetka odzwierciedla sposób, w jaki autorka pragnie być postrzegana w swoich i cudzych oczach, o tyle tło odsłania stan jej umysłu i ducha. Ta silna i zdeterminowana do walki kobieta jest w głębi duszy wrażliwa,

targają nią sprzeczne emocje. Jest w niej zarówno pragnienie spokoju, jaki daje kontakt z naturą, energia do działania, jak i zwątpienie oraz uczucie zagubienia i pogrążania się w chaosie niezrozumiałych i niedających się objąć rozumem doświadczeń. Interpretację tę potwierdza lektura wpisów odsłaniających wybrane szczegóły z życia autorki, pisanych osobistym i emocjonalnym tonie.

Autoterapeutyczne znaczenie tematów i wątków poruszanych na blogu

Treść odautorska znajduje się poniżej części tytułowej, w lewej, szerszej kolumnie. W prawej jest miejsce na elementy stałe, takie jak zakładka o mnie, lista najpopularniejszych tekstów i archiwum będące rodzajem blogowego spisu treści. Teksty publikowane przez autorkę wyróżnione są kremowo-żółtym tłem, co nadaje im wygląd listów. Wrażenie to potęguje opatrzenie każdego z nich datą umieszczoną ponad tekstem w lewym górnym rogu. Z kolei opatrzenie każdego z tekstów tytułem zapisanym dużą, czerwoną czcionką, nadaje im charakteru felietonów. Owa hybrydalność formy postów dobrze oddaje dwuznaczny, prywatno-publiczny charakter treści.

Posty publikowane są zgodnie z panującą w blogosferze zasadą według odwróconej chronologii zdarzeń – najpierw widoczne są te opublikowane najpóźniej. Ponieważ autorka udostępnia całość archiwum, można prześledzić historię bloga, a tym samym jej zmagań z rakiem. Wgląd ten pokazuje, że początek choroby, czyli diagnoza, jest równorzędna w czasie z decyzją o założeniu bloga, co przypada na marzec 2015 roku. Od tego momentu blog jest regularnie aktualizowany. Liczba wpisów systematycznie przyrasta, a narracja na blogu rozwija się równolegle z chorobą i towarzyszącą jej terapii. Opóźnienia czasowe, występujące między zamieszczeniem wpisu na temat danego doświadczenia w jego przeżyciem, są kilku–kilkunastodniowe, o czym autorka zawsze informuje odbiorców. Dłuższe przerwy zdarzają się rzadko, zwykle spowodowane są pogorszeniem stanu fizycznego lub dla odmiany jego polepszeniem, a w konsekwencji zajmowaniem się innymi niż pisanie sprawami.

O wszystkich tych aktywnościach kobieta informuje na blogu, opisując je i dokumentując znaczną liczbą fotografii. Te dosyć szczegółowe i długie posty, ukazujące między innymi jej twórczość rękodzielniczą, zmiany w wystroju wnętrza domu, wykonane przetwory i inne działania z zakresu szeroko rozumianych robótek ręcznych, mają istotne znaczenie w procesie autoterapii. Dzięki relacjonowaniu swoich osiągnięć autorka może przeżywać na nowo pozytywne emocje, jakie towarzyszyły jej podczas procesu twórczego. Jednakże zamknięcie ich w zwartej formie umożliwia jej wgląd w całokształt podejmowanych działań.

W tym ujęciu każdy post można postrzegać jako drogę: od początkowego etapu – pomysłu, poprzez chaos wywołany aktywnością inicjującą zmianę, a dalej – działania na rzecz osiągnięcia celu, aż do finału w postaci skończonego dzieła. Nadanie owemu wielokrotnie powtarzanemu procesowi zwartej formy umożliwia autorce przeniesienie go w szerszy kontekst walki z chorobą. Proces ten także składa się z etapów, w tym chaosu wywołanego diagnozą, następnie kolejnych stadiów terapii, którym nierzadko towarzyszy zwątpienie, rozpacz i poczucie bezsilności. W tym kontekście każdy osiągnięty cel materialny, każde skończone dzieło własnych rąk motywuje autorkę do podejmowania kolejnego etapu terapii, sugerując, że na końcu czeka pozytywny rezultat, w tym przypadku – zdrowie.

W przeważającej większości zarówno treści, jak i zdjęcia, stanowią materiał autorski, zdarzają się jednak zapożyczenia pod postacią cytatów i obrazków pobranych z Internetu. Są one wówczas znaczeniowo powiązane z motywem przewodnim danego wpisu. W przypadku treści językowych autorka zwraca uwagę na precyzyjne oddzielenie treści cudzego i własnego autorstwa. Zawsze podaje imię i nazwisko twórcy, a cytowany tekst wyróżniony jest tłustym drukiem. Wynika to z szacunku, jakim autorka darzy cytowane osoby, co podkreśla wprost.

W niektórych postach obecne są także dialogi będące odtworzeniem fragmentów rozmów prowadzonych przez autorkę. Jednakże mimo zachowania formy dialogicznej, treści te nie mają charakteru sprawozdawczego, ponieważ ich relacjonowanie oparte jest na pamięci, nie zaś na odtworzeniu rzeczywistego zapisu. Ponadto treść rozmowy jest gęsto przeplatana komentarzami blogerki, wyrażającymi jej stosunek do rozmówcy, sytuacji i kontekstu rozmowy.

W ten sposób autorka jednocześnie wpływa na percepcję czytelników, sugerując im określony odbiór emocjonalny, i dystansuje się wobec przeżywanego zdarzenia. Ma to silne znaczenie autoterapeutyczne, gdyż pozwala na uwolnienie zgromadzonych emocji, a także na budowanie wyobrażonej wspólnoty z odbiorcami przeżywającymi opisaną sytuację już w sposób nakierowany przez autorkę. Forma ta jest tym ważniejsza w całej narracji, że blogerka używa jej do przedstawiania spraw szczególnie trudnych, zwłaszcza we wpisach relacjonujących pobyty w centrum onkologii. Wykorzystując tak skonstruowany dialog, autorka wyraża złość wobec systemu służby zdrowia, w tym obojętności personelu szpitalnego.

Sama choroba nigdy nie staje się jednak dominującym motywem tematycznym poszczególnych postów. Natomiast w tych poświęconych rakowi wprost elementy narracji sprawozdawczej łączą się i płynnie mieszają z elementami emocjonalnymi, przez co treść nabiera bardzo osobistego charakteru. Autorka konsekwentnie przestawia siebie jako osobę prywatną, nie przyjmując ani razu narracji eksperckiej. Nie zagłębia się na przykład w szczegóły terapii czy

analizę wyników badań, jak ma to miejsce na innych blogach osób chorych na raka. Jej walka polega bowiem na tym, co określa jako pokonanie raka śmiechem, kwestie medyczne zostawia zaś autorytetom w tej dziedzinie. Jeśli jest krytyczna, to nigdy wobec decyzji dotyczących samego wyboru terapii, lecz wobec sposobu traktowania jej i innych pacjentów przez personel. Nigdy nie kwestionuje wiedzy lekarzy, a jedynie zdolności empatyczne personelu lub daną instytucję jako całość.

Wśród publikowanych postów szczególne miejsce zajmują te dotyczące książek czytanych przez blogerkę. Lektura współczesnej prozy polskiej – bo tę wybiera autorka – także pełni rolę autoterapeutyczną. Dzięki czytaniu kobieta po części może uciec od przeżywanych bezpośrednio trudności do innego, wyobrażonego, a jednocześnie podobnego świata, a śledząc perypetie bohaterów – nabrać dystansu do własnych problemów. Kobieta nie tylko czyta, lecz także dzieli się uwagami na temat przeczytanych powieści na blogu, co również ogrywa rolę w prowadzonej narracji autoterapeutycznej.

Podobnie jak w przypadku prezentowania swoich dokonań w zakresie robótek ręcznych, tak i tu, dzięki recenzowaniu przeczytanych książek, blogerka zyskuje ogląd całości – w tym wypadku dotyczy on historii bohaterów danej powieści. Ponadto, teksty innych autorów również inspirują ją do ujmowania własnego życia w różnych kontekstach, podpowiadają rozwiązania i interpretacje przeżywanych bezpośrednio sytuacji. Zaś możliwość spisania owych refleksji nadaje im zwartą formę i ułatwia ich wpisanie w tożsamość blogerki.

Związki z literaturą są dla kobiety na tyle silne i istotne, że nie tylko czyta, komentuje i przeżywa lektury, lecz także nawiązuje bliskie, personalne relacje z gronem współczesnych polskich pisarzy, o czym wspomina we wpisach. Zamieszcza też fragmenty ich powieści, opatrując je osobistymi komentarzami i refleksjami. Co istotne, podobnie jak ma to miejsce w przypadku wpisów dotyczących raka i terapii, blogerka nigdy nie odnosi się do autorów i prezentowanych cytatów krytycznie. Często podkreśla też rolę poszczególnych powieści, jak i ich twórców, jako motywatorów i inspiratorów. Konsekwentnie też występuje w pozycji osoby prywatnej, nie ekspertki. Jeśli więc recenzuje daną powieść, robi to w sposób niesformalizowany, osobisty i subiektywny. Koncentruje się bardziej na autorefleksji, którą jedynie przeplata skróconym opisem fabuły i najistotniejszymi detalami faktograficznymi.

Ponadto w tekstach tych blogerka zwraca się także wprost do autorów powieści, na przykład: „Kocham Panią, Pani Magdaleno. Nikt nie rozbawia mnie swoją twórczością, jak Pani". Wyznanie to jest całkowicie szczere, sugeruje też dużą empatyczność i wrażliwość blogerki, a także pragnienie komunikacji z autorką, którą uznaje za autorytet. A jak można dowiedzieć się z lektury postów, wraz z rozwojem bloga wątek relacji blogerki ze światem literatury ulega ewolucji: od fascynacji książkami, poprzez nawiązanie znajomości z pisarzami,

aż po decyzję o napisaniu własnej.

Proces ten, podobnie jak i inne opisywane na blogu wydarzenia z życia kobiety, wpisuje się w przytaczaną już metaforę drogi. W tym wypadku jest on równie długotrwały, jak proces leczenia, i nie można go zamknąć w jednym poście, dokumentującym całość przedsięwzięcia. Jak daje się zauważyć, w czytanych przez siebie, współczesnych powieściach społeczno-obyczajowych kobieta odnajduje stopniowo inspirację, żeby przejść od interpretacji swojego życia przez pryzmat cudzego pióra do tego, by jej własna historia stała się kanwą powieści. W ten sposób jej życie nabiera ponadjednostkowego wymiaru i staje się źródłem sensu, pozwalającym zaakceptować, a tym samym zrozumieć traumę choroby. Ewolucja ta jest możliwa dzięki prowadzeniu bloga i nadaniu mu od samego początku szczerego, osobistego charakteru przy jednoczesnym zachowaniu świadomej kontroli nad publikowanymi treściami.

Z czasem blog staje się też rodzajem ćwiczenia literackiego. W kolejnych etapach konstruowania blogowej narracji z literaturą w tle autorka coraz chętniej i śmielej urozmaica formy wypowiedzi, wprowadzając elementy komizmu sytuacyjnego, ironii, metafory, hiperbole itp. Łączy wyrażenia potoczne z archaizmami, styl podniosły z publicystycznym, pojawiają się dialogi, rymy i rytmizacja. Kilka razy korzysta też z narracji baśniowej. W miarę rozwoju blogerka wykorzystuje coraz szersze spektrum językowe i fabularne, pozostając jednak cały czas w granicach prozy. Z jednym tylko wyjątkiem, gdy publikuje tekst hip-hopowej piosenki własnego autorstwa. Niezmiennie jednak treść bloga oparta jest na realnych doświadczeniach i przeżyciach. A samej autorce udaje się zachować granicę między światem fikcji literackiej a światem rzeczywistym, co wynika po części z jej dojrzałości, ale także z realności choroby. Rak jest bowiem obecny, choć nie wprost, w każdym z postów i w każdym z przedstawionych wyżej wątków tematycznych.

Obecność tematyki choroby w blogu

Mimo że już w tytule pada słowo „rak", blog, o czym wspominałam w niniejszym artykule wcześniej, nie ma charakteru sprawozdania z procesu choroby, jak dzieje się w przypadku innych blogów poświęconych rakowi. Nazywając swoją chorobę, przedstawiając okoliczności i emocje towarzyszące procesowi leczenia, autorka nie przyjmuje ani narracji medycznej, ani nie ujmuje siebie w roli pacjenta. Zamiast tego konstruuje narrację w oparciu o głęboką wiarę w sprawczą moc słowa pisanego.

Przekonanie to determinuje całą treść bloga. Ma wpływ na wybór tematów, stylów wypowiadania się, w tym też na dobór poszczególnych słów i zwrotów. Przy czym blogerka nie buduje świata całkowicie oderwanego od rzeczywistości, nie tworzy fikcyjnej narracji, w której byłaby na przykład całkowicie

zdrowa. Wiara w moc słowa pisanego nie ma także naiwnego charakteru, gdyż autorka nie rezygnuje z konwencjonalnego leczenia onkologicznego.

Blog pełni tu rolę wspomagającą terapię konwencjonalną, a sama autorka, mimo stosowania magicznej narracji, daleka jest od dyskursów paramedycznych czy medycyny alternatywnej. Wykorzystuje te elementy naturoterapii, które są w stanie wspomóc regenerację organizmu, a więc na przykład picie świeżo wyciskanych soków, zdrową dietę, umiarkowaną aktywność fizyczną czy spędzanie czasu na łonie natury.

Rola fotografii w autoterapeutycznym pisaniu bloga

Oprócz treści językowych, równie ważnymi elementami wpisów udostępnianych na blogu są materiały wizualne, wśród których zdecydowanie dominują fotografie. Oprócz wspomnianej już funkcji ilustrującej dany fragment tekstu pełnią także istotną rolę autoterapeutyczną. Szczególnie dotyczy to fotografii przedstawiających samą autorkę, poprzez które ukazuje zmiany zachodzące w jej ciele pod wpływem terapii. Jednakże autorka nie epatuje tu negatywnymi obrazami potocznie kojarzonymi z rakiem, na przykład wyłysiałą głową, oszpeconą po mastektomii klatką piersiową itp.

Zamiast ilustracji o wydźwięku pejoratywnym, autorka ukazuje siebie w kolorowych, kobiecych strojach, z nieodmiennym uśmiechem. Gdyby nie zamieszony pod fotografią komentarz, odbiorca nie domyśliłby się, że obraz przedstawia osobę chorą. To kolejny ze sposobów blogerki na zdystansowanie się wobec traumy choroby onkologicznej, która w jej przypadku dotknęła szczególny obszar kobiecego ciała, jakim są piersi. Dzięki fotografiom i wyrażanej w nich radosnej wizualnej stylistyce, pozbawiona tradycyjnego symbolu kobiecości blogerka nie pozwala sobie ani odbiorcom na zwątpienie co do jej tożsamości jako kobiety.

Blogowanie autoterapeutyczne jako ważny składnik szerszej terapii onkologicznej

Podsumowując powyżej przeprowadzaną analizę, narrację autoterapeutyczną obecną na blogu *Rakowi środkowy palec* można określić jako idealizujące odwzorowanie świata tu i teraz. Kreacja ta, jak wynika z analizy treści, jest zabiegiem celowym i zamierzonym przez blogerkę, co sama określa potocznym zwrotem: patrzeć na świat przez różowe okulary. Przyjęta konwencja pozwala jej na zdystansowanie się wobec choroby i wynikających z niej konsekwencji fizycznych, psychicznych i społeczno-rodzinnych. W poszczególnych postach autorka snuje opowieść, w której rak nie będąc tabu, zostaje jednak obudowany szeregiem językowych zabiegów, mających na celu zmniejszenie jego znaczenia

i osłabienie destrukcyjnej mocy. Mimo to pozostaje on osią konstrukcyjną całej autonarracji, ponieważ każdy z poruszanych tematów i wątków odnosi się do niego wprost lub nie wprost.

Posty nienawiązujące do choroby autorki w ogóle pojawiają się sporadycznie. Do wątków bezpośrednio odnoszących się do choroby można zakwalifikować te, w których blogerka opowiada o kolejnych etapach terapii, wizytach w centrum onkologicznym, swoim samopoczuciu fizycznym i psychicznym wywołanym leczeniem. Z kolei do tych odwołujących się do choroby nie wprost należą te, gdzie kobieta opisuje swoją codzienność, w tym podejmowane przez nią aktywności, prace domowe, a także te dotyczące jej relacji z bliskimi, fascynacji literaturą i innymi hobby.

Na koniec warto podkreślić, że idealizujący świat przedstawiony bloga *Rakowi środkowy palec* ma niedające się przekroczyć ograniczenia, ale też stwarza możliwości i szanse na ich oswojenie. Do tych pierwszych należy sam fakt choroby i towarzyszące im dolegliwości fizyczne, od których nie sposób uciec. Do tych drugich zaś – pisanie, które w przypadku tej historii ma swoje podwójnie szczęśliwe zakończenie. Autorka bowiem nie tylko zdrowieje, ale przechodzi transformację i znajduje nowy sens w życiu – pisanie i promowanie literatury jako sposobu na radzenie sobie z traumą raka.

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat autoterapeutycznego blogowania jako uwspółcześnionej formy pisania terapeutycznego, wspomagającego konwencjonalne leczenie. Tekst składa się z dwóch części: teoretycznej i badawczej. W pierwszej autorka przedstawia udokumentowane w literaturze przesłanki przemawiające za skutecznością autoterapeutycznego pisania i omawia blogosferę jako współczesną przestrzeń publiczną sprzyjającą tego typu formom samopomocy. Część badawcza zawiera analizę bloga zatytułowanego *Rakowi środkowy palec*, ukazanego jako przykład blogerskiej autoterapii. Autorka tekstu pokazuje tu skuteczność tej formy wsparcia dla konwencjonalnego leczenia jako czynnika motywującego i ułatwiającego radzenie sobie z traumą długotrwałej i uciążliwiej choroby.

Słowa kluczowe: blogowanie, blogi, Internet, pisanie autoterapeutyczne, autoterapia, tożsamość, rak, choroba

Healing words – Focus on blogging for recovery

The article concerns the problem of uphealing blogging as a contemporary form of recovery writing which supports conventional treatment. The text is divided into theoretical and research part. First focuses on proofs for uphealing writing forms known from subject literature. The second shows efficiency of recovery blogging based on example of Polish language blog entitled *Rakowi środkowy palec* (*Middle Finger for the Cancer*). Author examples the positive effect of this form of conventional oncological therapy as a motivator for dealing with traumatic illness experience.

Key words: blogging, blogs, Internet, recovery writing, self-identity, cancer, temporal illness

Bibliografia

Demetrio Duccio,
2000: *Autobiografia. Terapeutyczny wymiar pisania o sobie*. Kraków: Impuls, s. 10–11.

Derrida Jacques
1998: *Ta dziwna instytucja zwana literaturą. Z Jacquesem Derridą rozmawia Derek Attridge*. Przeł. Markowski P.M. [W:] red. Nycz R., *Dekonstrukcja w badaniach literackich*. „Literatura na Świecie", nr 11–12, s. 176–225. 2001

Landy-Tołwińska Joanna
1968: *Od samouctwa do samokształcenia: na podstawie 300 pamiętników samouków*. Warszawa: PWN.

Lejeune Philippe
2001: *Czy można zdefiniować autobiografię*. Przeł. Lubas-Bartoszyńska R. [W]: red. Lubas-Bartoszyńska R. *Wariacje na temat pewnego paktu. O autobiografii*. Kraków: Universitas.

Pennbaker James W.
2004: *Writing to Heal: A Guided Journal for Recovering from Trauma and Emotional Upheaval*. Oakland: New Harbinger Publications.

Pisarek Walery
2006: *Słownik terminologii medialnej*. Kraków: Universitas.
Rakowi środkowy palec, http://rakowisrodkowypalec.blogspot.com [dostęp z dnia 10.10.2016]

Szczygieł Mariusz
2009 *Reality*. „Wysokie Obcasy", 1 kwietnia.

Magdalena Zdrowicka-Wawrzyniak
Zakład Studiów Polonistycznych i Komunikacji Medialnej
Wydział Pedagogiczno-Aartystyczny Uniwersytetu im.
Adama Mickiewicza w Poznaniu

Pacjent pozostawiony sam sobie. O społecznych zbiórkach pieniędzy na kosztowne leczenie w telewizyjnych magazynach informacyjnych

> John Q jest głową niezbyt zamożnej, ale szczęśliwej rodziny. Zabrany przez bank samochód przestaje być problemem, kiedy okazuje się, że ukochany synek potrzebuje natychmiastowego przeszczepu serca, inaczej umrze. John jednak dowiaduje się, że jego polisa nie obejmuje takiej operacji, więc nagle musi znaleźć 75 000 dolarów. Od tego zależy życie jego synka. Mężczyzna podejmuje desperacką walkę z biedą, szpitalem i systemem, który pozwala na wypisanie dziecka z oddziału i tym samym pozostawienie na pewną śmierć. Kiedy wszystkie wysiłki Johna idą na marne, ucieka się on do ostateczności – terroryzuje pracowników i pacjentów pogotowia, próbując w ten sposób wymusić na lekarzach przeprowadzenie operacji na dziecku [http://www.filmweb.pl/film/John+Q.-2002-31674 2016].

Gdy polscy widzowie w 2002 roku podziwiali kreację Denzela Washingtona w filmie *John Q*, mogli sądzić, że to Stany Zjednoczone, tamtejszy system opieki zdrowotnej jest niedoskonały; gdy ktoś zachoruje, a nie ma odpowiedniego ubezpieczenia, to jest w prawdziwym kłopocie, nasza służba zdrowia „jest jaka jest", ale leczenie się nam należy...[1] Niespełna 15 lat po premierze filmu,

1 Zapis o ochronie zdrowia znajduje się w Konstytucji PR z dnia 2 kwietnia 1997 r. W rozdziale II 'Wolności i prawa ekonomiczne, socjalne i kulturalne' w art. 68.1. mowa jest o tym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, w 68.2. czytamy: Obywatelom, niezależnie od ich

którego zapowiedź przywiedziono wyżej, sytuacja której doświadcza tytułowy John Q może przydarzyć się Janowi Kowalskiemu. Środki społecznego przekazu nie przynoszą wprawdzie wieści o tym, że zdesperowani rodzice zastraszają lekarzy, jednak coraz częściej donoszą o tym, że doprowadzeni do ostateczności, decydują się prosić obcych ludzi o wsparcie finansowe leczenia swoich dzieci. Koszty takiego leczenia znacznie przekraczają możliwości przeciętnego Polaka[2].

Dorotka cierpiąca na neuroblastomę IV stopnia wymaga terapii przeciwciałami monoklinalnymi antyGD2 w klinice w Niemczech [https://www.siepomaga.pl/Dorotka], która kosztuje 211 tysięcy złotych. Zoperowanie nienarodzonego jeszcze dziecka, u którego wykryto wrodzoną wadę serca HLHS LVOTO, zrealizowanie I etapu korekcji wady w Niemczech to koszt 343 tys. zł [https://www.siepomaga.pl/serduszkoweroniki 2016]. Adasia z zespołem Aperta czeka operacja czaszki oraz palców u dłoni i stóp w Stanach Zjednoczonych. Zabiegi wyceniono na 366 tys. zł [https://www.siepomaga.pl/adaskerner 2016]. Siatkówczak – nowotwór złośliwy oka u Amelki może być leczony w Stanach Zjednoczonych, potrzeba na tę kurację 775 tys. zł [https://www.siepomaga.pl/amelia-dobek 2016]. Eksperymentalne leczenie Adasia z rdzeniowym zanikiem mięśni SMA lekiem Olesoxime i SMN2 lekiem Morpholino ma kosztować 815 tys. zł [https://www.siepomaga.pl/ratunekdlaadasia 2016]. To tylko kilka, wcale nie najdroższych przedsięwzięć, o których można przeczytać na stronie Siepomaga – Internetowej Platformy Pomagania [https://www.siepomaga.pl/s/jak-dziala-siepomaga-pl 2016]. Trzeba zaznaczyć w tym miejscu, że drogie kuracje lub operacje poza granicą naszego kraju nie są kaprysem rodziców wyżej wspomnianych dzieci, ale wielokrotnie ostatnią szansą dla nich. Jak czytamy w informacji poświęconej pięcioletniemu Kubusiowi, cierpiącemu na Artrogryzpozę, który leczony jest już w Niemczech, ponieważ w Polsce wyczerpano

---

sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa; w 68.3. **Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.**
http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970780483, dostęp 19.10.2016

2 Zygmunt Bauman zauważa, że dzisiejsza medycyna posiada już potężne narzędzia odraczania śmierci w postaci technologii przeszczepu i wymiany schorzałych części organizmu, ale są to technologie niemożliwe do powszechnego zastosowania głównie ze względu na niebotyczne koszta, innymi słowy dostęp do dłuższego życia jest technicznie (w tym także majątkowo) uwarstwiony. Szerzej: Z. Bauman, *Ponowoczesność jako źródło cierpień, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2000, s. 266.*

możliwości pomocy, „NFZ oficjalnie odmówił refundacji operacji. Brak doświadczenia w kraju w operowaniu takich dzieci jak Kubuś nie jest wystarczającym powodem do opłacenia leczenia za granicą" [https://www.siepomaga.pl/raczki-i-nozki 2016]. Leczenie to kosztuje 386 tys. zł.

Lista potrzebujących wsparcia jest długa, historie poszczególnych pacjentów dramatyczne. Mimo to, w telewizyjnych serwisach informacyjnych mają szanse zaistnieć nieliczne historie tego rodzaju.

W połowie lipca 2015 roku Fakty TVN poinformowały, że zakończyła się zbiórka pieniędzy na leczenie małego Kajtka [http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/internauci-zebrali-dla-chorego-kajtka-6-milionow-zlotych,560743.html 2016].

Ma 2,5 roku i strasznie cierpi. Ma skórę tak delikatną, że mama nie może go przytulić. A rany i pęcherze bola od rana jak polewanie wrzątkiem. Ale w 6 dni zebrano 6 milionów na eksperymentalną terapię w Stanach.

O ratunku dla Kajtka Renata Kijowska.

Z off-u ... nie będę Cię męczyć... – kobieta zwraca się do dziecka, dziecko wzdycha... o widzisz... kobieta wskazuje na opatrunki, w których dziecko musi spać.

Chciałoby się Kajtka obsypać całusami, ale jak przytulać motyla, by go nie uszkodzić. Skóra dwuipółlatka jest delikatna jak motylowe skrzydła.

100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (jego bolało już w brzuchu, jak u mnie był, więc on nie wie, co to znaczy „nie boli").

To choroba zwana EB. Skóra odkleja się od ciała, pokrywają ją pęcherze.

100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (to tak, jakby ktoś przez cały dzień polewał całe ciało wrzątkiem i wlewał go także do środka organizmu).

Półtora miesiąca temu, gdy pani Beata dzieliła się swoim bólem w TVN24, sądziła, że jedyną ulgą w cierpieniu będą specjalne plastry, bo eksperymentalna terapia w Stanach Zjednoczonych była

tylko w sferze marzeń. Dziś nie boli mniej, ale to wielki dzień, bo już wie, że pojadą do Minnesoty.

100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (to jest nowe życie dla mojego dziecka, a on jest najważniejszy w moim życiu, więc to jest nowe życie dla mnie też)

Po akcji TVP i innych mediów na platformie SiePomaga zebrano cała sumę, w 6 dni 6 milionów złotych.

100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (to są naprawdę różne wpłaty, bo niektórzy wpłacają po złotówce, po 5 zł...).

6 milionów mają kosztować badania, operacja i roczna opieka nad chłopcem. Niezwykle ryzykowna terapia będzie polegała na przeszczepie szpiku i komórek macierzystych. Nowe komórki mają już produkować białko, którego chłopcu brakuje.

100% Joanna Jutkiewicz-Sypniewska, chirurg dziecięcy, Szpital Dziecięcy im. Prof. J. Bogdanowicza w Warszawie (niestety nie daje całkowitego wyleczenia, tylko złagodzenie objawów, ale to już jest bardzo dużo).

100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (tych pęcherzy i tych ran nie będzie już tak dużo, że ten pęcherz nie zamieni się w ranę, która nie będzie chciała się goić. Kajtuś będzie mógł biegać, chodzić... Może wreszcie zacznie nosić buty).

Pójdzie do szkoły, na studia... Ale na razie pani Beata myśli, jak do operacji dotrwać...

100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (... jak Kajtusiowi pomóc... – zwraca się do dziecka – boli buźka, zrobić Ci psik, pisk?) Słychać krzyk dziecka.

Kajtkowi poświęca się całkowicie. Nie może pracować zawodowo, bez ludzi dobrego serca nie mogłaby więc kupić nawet odżywek dla chłopca. Prawie nie śpi, nie odpoczywa, ale mówi, że to nic.

> 100% Beata Kwiatek, matka Kajetana (kiedy Kajtuś się uśmiecha, kiedy nie mówi, że boli, to dla mnie po prostu jest i odpoczynek psychiczny i fizyczny. I ja wtedy nie potrzebuję nic więcej. Ani snu, ani kawy, ani żeby usiąść. Tylko po prostu żeby on się uśmiechał.

News ukazuje się w głównym wydaniu Faktów, ponieważ nagłośniona w środkach społecznego przekazu historia ma niewiarygodny finał. Zbiórka ogłoszona 10 lipca, przewidziana na rok, ponieważ dotyczy niebagatelnej sumy 6 milionów złotych, zostaje zakończona po sześciu dniach. Widzów ujmuje sytuacja Motylka[3], jak nazywa się Kajtka, dziecka, które cierpi na niezwykle rzadką chorobę – pęcherzowe oddzielanie się naskórka. „Każdego dnia na ciele Kajtka, łącznie z gałkami ocznymi czy przełykiem, pojawiają się nowe pęcherze. Wiele ran, między innymi na nóżkach dziecka, jest tak głębokich, że nie mogą się zagoić. Jego skóra jest tak delikatna jak skrzydła motyla, przez co pęka pod choćby niewielkim naciskiem" [http://www.tvp.info/20861569/jest-6-mln-zl-dla-kajtka-maly-motylek-pofrunie-na-leczenie-do-usa 2016].

Oddźwięk na apel o wparcie finansowe terapii Kajtka świadczy o tym, że podjęty przez środki społecznego przekazu temat doskonale wpisuje się w rozmaite definicje newsa, które przywodzi w swej pracy Tony Harcup [Harcup 2010: 59-78], a spośród nich wręcz idealnie w słowa: „news to coś takiego, co powoduje, że czytelnik mówi > O rany! <" [Harcup 2010: 65]. Harcup twierdzi, że news może powstać na bazie wielu czasowników, jednym z pierwszych które wymienia, jest leczenie. Listę tę otwiera „walka". Gdy przyjrzeć się doniesieniu Faktów TVN o zgromadzeniu niezbędnych środków finansowych na przeszczep szpiku i komórek macierzystych u Kajtka, to jest to właśnie komunikat o wygranej walce w drodze do poprawy sytuacji dziecka, dla którego nie ma możliwości leczenia w Polsce[4].

3 Jego profil na Facebooku: Kajtek – Losy Małego Motyla, na którym matka opisuje każdy dzień terapii, śledzi ponad 53 tysiące użytkowników. https://www.facebook.com/Kajtek-Losy-Ma%C5%82ego-Motyla-778720622147204/, 12.10.2016

4 Kajtek cierpi na najcięższą, nieuleczalną postać choroby, z którą polscy lekarze nie potrafią sobie jeszcze radzić. Jedyną dostępną kuracją, z której korzystała rodzina chłopca, były drogie plastry. Było to jednak rozwiązanie doraźne.

Il. 1. Zapowiedź materiału o zakończeniu zbiórki dla Kajtka
Źródło: www.tvn24.pl

News o zakończeniu zbiórki pieniędzy i możliwości rozpoczęcia leczenia chłopca jest swego rodzaju historią z życia wziętą, jednak nie w ścisłym znaczeniu, które proponuje Denis McQuaIl. W części swej pracy, poświęconej informacji jako gatunkowi – *Przekaz informacyjny a historie „z życia wzięte”*, zauważa on, że historie z życia wzięte nie różnią się jakoś zasadniczo od innych materiałów informacyjnych, a ich specyfika wynika ze szczególnego podejścia autora do odbiorcy. Przyjmuje jednak, że mają one charakter rozrywkowy [McQuail 2007: 372]. McQauil odnotowuje równocześnie, że wielu ludzi z całą pewnością bardziej pociągają historie o ludziach niż informacje polityczne czy gospodarcze [McQuail 2007: 372]. Autorka niniejszego artykułu pozwala sobie na określenie powyższego newsa „historią z życia wziętą”, choć nie ma on nic wspólnego z rozrywką, ponieważ badacz komunikowania w dalszej części swej pracy zwraca uwagę, że „gatunek informacyjny ma zdolność do przystosowywania się i dopasowywania do nowych okoliczności” [McQuail 2007: 373]. A te określają pole zainteresowań dziennikarzy, skłaniają do częstszego w ostatnim czasie podejmowania tego rodzaju tematów.

Historia Kajtka stała się tematem wartym uwagi dla środków społecznego przekazu, ponieważ można ją przyporządkować do co najmniej jednej z kategorii newsowych[5]. Posiada ona trzy wartości newsowe – **wpisuje się**

5 Jak twierdzą T. Harcup i D. O'Neill, by temat stał się newsem, musi zostać

jednocześnie w złe i dobre wiadomości, jak również zawiera element niespodzianki. W newsie przedstawia się sytuację dziecka, które cierpi z powodu rzadkiej przypadłości, któremu polscy lekarze nie potrafią już pomóc, jednocześnie roztacza wizję poprawy warunków jego funkcjonowania dzięki terapii w Stanach Zjednoczonych, zaskoczeniem jest rekordowo krótki czas, w którym zgromadzono środki, które umożliwią rozpoczęcie kuracji – w podobnej sytuacji zbiórka trwała 55 dni [http://www.tvp.info/20861569/jest-6-mln-zl-dla--kajtka-maly-motylek-pofrunie-na-leczenie-do-usa].

Historia Kajtka wpisuje się także wprost w „zrywanie z codziennością", które tak bardzo interesuje dziennikarzy newsowych, na co zwraca uwagę Pierre Bourdieu. I ten wyjątkowy, niezwyczajny przekaz jest na tyle silny, że odbiorcy wiadomości ufają temu, co widzą, są mobilizowani do działania [Bourdieu 2009: 46-47].

O tym, że temat staje się wydarzeniem dnia, decyduje jednoznaczność [Kozłowska 2006: 84] jego przekazu – jak zauważa Anna Kozłowska, **im bardziej przejrzyste i jednoznaczne jest wydarzenie, tym bardziej prawdopodobne, że zostanie uznane za news** [Zdrowicka-Wawrzyniak 2015: 41-76]. Istotne okazują się także intensywność – wyjątkowość sytuacji i personalizacja – odniesienie do konkretnej osoby [Kozłowska 2006: 84]. Bez wątpienia przywiedziony wyżej przekaz jest wyrazisty. Powstaje w tym miejscu pytanie, jaka wiadomość może przewyższyć historię Kajtka, co skłoni przedstawicieli mediów do ponownego podjęcia tematu zbiórki pieniędzy na leczenie dziecka.

Odpowiedź na powyższe pytanie przynosi interpretacja dwóch kolejnych newsów. 3 sierpnia 2016 Fakty TVN poinformowały o zakończeniu zbiórki pieniędzy na operację małego Antosia [http://fakty.tvn24.pl/ogladaj-online,60/chory-antos-zbieral-na-kosztowna-operacje-gortat-wplacil-wielka-kwote,665782.html 2016].

---

podporządkowany do jednej lub więcej z poniższych kategorii: *elita władzy - historie dotyczące znaczących osób, organizacji lub instytucji; sława – historie dotyczące ludzi, którzy już są sławni; rozrywka – historie dotyczące seksu, show biznesu, ludzkich pasji, zwierząt, informacje odsłaniające czyjś dramat lub stwarzające okazję do humorystycznego potraktowania, zabawne fotografie, inteligentne tytuły w nagłówkach; niespodzianka – historie z elementem niespodzianki i/lub kontrastu; złe wiadomości – historie o negatywnym wydźwięku, takie jak konflikty, tragedie; dobre wiadomości – historie o pozytywnym wydźwięku, takie jak ocalenie, wyleczenie; ranga – wydarzenia postrzegane jako wystarczająco znaczące albo ze względu na ilość ludzi w nich uczestniczących, albo ze względu na spodziewany duży oddźwięk; doniosłość – historie dotyczące zagadnień, grup ludzi i narodów postrzegane jako istotne dla odbiorcy; kontynuacje – historie dotyczące tematów już funkcjonujących w obiegu; plany własne mediów – historie, które pasują do bieżących programów założonych przez instytucje informacyjne. Szerzej: T. Harcup, Dziennikarstwo – teoria i praktyka, Łódź 2010, s.59-76.*

Chory Antoś nie mógłby chodzić, gdyby nie przeszedł kosztownej operacji. Marcin Gortat wpłacił brakującą kwotę. „Kończymy tę zabawę" - w tym konkretnym kontekście nie brzmi to może najlepiej, ale Marcin Gortat rzeczywiście zakończył zbiórkę pieniędzy na operację dla małego chłopca. Po prostu wpłacił brakujące 125 tysięcy złotych. Nie musiał, ale chciał - pokazał hojność i dał przykład.

Marek Nowicki

Rodzina Antosia jeszcze nie może uwierzyć. Czternastomiesięczny chłopczyk, cierpiący na wrodzoną sztywność stawów, który z tego powodu nie może chodzić, pojedzie na kosztowne leczenie do Niemiec. Dzięki słynnemu koszykarzowi – Marcinowi Gortatowi.

100% Marta Kostrzewa-Ogrodniczak, mama Antosia (ogromny szok, niedowierzanie, do tej pory mamy tyle emocji w sobie, że nie potrafimy ująć to w słowa, ja chociaż dużo mówię, dużo gadam zazwyczaj, to brakuje mi po prostu słów, po prostu dziękujemy)

Marcin Gortat zainspirowany przez dziennikarza sportowego Krzysztofa Stanowskiego nie dał się długo namawiać do pomocy choremu dziecku. Bardzo szybko zdecydował się wesprzeć zbiórkę pieniędzy na leczenie Antosia. Krótkim wpisem na portalu społecznościowym i przelewem na 125.000 złotych zakończył trwającą od kilku miesięcy internetową akcję.

100% Marcin Gortat, koszykarz Washington Wizards (kiedy dowiedziałem się, jaka jest kwota, zadałem sobie pytanie... no głupio tu będzie wysłać 10, 20 tysięcy złotych. Gram w najlepszej lidze świata i tak naprawdę mogę to zmienić, mogę zmienić przebieg tej akcji jednym kliknięciem. Jestem zawodnikiem NBA, zdecydowałem się na taki ruch).

Słynny koszykarz, grający na co dzień w amerykańskiej lidze koszykówki, pomaga chorym i niepełnosprawnym dzieciom od wielu lat. Tu, w Łodzi mieści się siedziba jego fundacji. A to jedna z jego akcji, podczas której trenuje młodych sportowców(na zdjęciach dzieci na wózkach grają w kosza). Jego fundacja nosi nazwę Mierz wysoko.

100% Paweł Stalmach, Fundacja M. Gortata MG13 „Mierz wysoko" (tego się nie mówi, Marcin specjalnie się z tym nie afiszuje, ale Marcin każdego miesiąca przelewa pieniądze potrzebującym rodzinom czy to dzieciom na operacje. Jedno to są działania fundacji, jedno działania Marcina, który bezpośrednio kontaktuje się z takimi rodzinami).

Na plaży w Sopocie spotykamy Malwinkę, cierpiącą na rozszczep kręgosłupa. Dziewczynka jest pod opieką łódzkiego hospicjum. Tu jest z mamą, bo Marcin Gortat sfinansował im ten wyjazd nad morze. Nie miały pieniędzy na wakacje. Spotkali się na planie wideoklipu promującego budowę nowej siedziby hospicjum.

100% Dorota Mąkiewicz, mama Malwinki (Marcin podszedł do nas i zapytał, jakie mamy marzenie, o czym marzy Malwinka na tę chwilę. Powiedzieliśmy, że na tę chwilę planowaliśmy wyjazd nad morze. I Marcin Gortat właśnie nam z fundacji zaproponował wyjazd nad morze).

Koszykarz jest w tej chwili na Florydzie. Jest zaskoczony, że o jego wczorajszym geście stało się tak głośno. Dziś zdążył już zadzwonić do matki Antosia i odebrał kolejnych mail'i z prośbą o pomoc.

Jak wynika z powyższego newsa, zbiórkę znaczną kwotą wsparł Marcin Gortat. Zawodnik Washington Wizards odpowiedział na apel dziennikarza sportowego Krzysztofa Stanowskiego, który pod hasztagiem „DobroWraca" regularnie organizuje zbiórki pieniędzy na chore dzieci na Twiterze [Traciewicz 2016].

W tym przypadku do walorów newsowych, o których była już mowa wcześniej, należy dopisać jeszcze jeden. Wystąpienie osoby sławnej, takiej, którą ludzie dobrze znają, która cieszy się nieskazitelną opinią. Sformułowanie Gortata „Kończmy tę zabawę", jednoznaczne z dokonaniem wpłaty na rzecz Antosia, sprawiło, że temat podjęły wszystkie ogólnopolskie środki społecznego przekazu.

Il. 2. Zapowiedź materiału o zakończeniu zbiórki dla Antosia
Źródło: tvn24.pl

24 sierpnia Fakty TVN poinformowały, że Piotr Małachowski, dyskobol, wicemistrz olimpijski z Rio, oddaje swój srebrny medal na rzecz małego Olka, który cierpi na siatkówczaka, złośliwy nowotwór oka. Na rozpoczęcie terapii w Nowym Jorku potrzeba było wówczas jeszcze 180 tys. zł.

> **Niestety tym razem się nie udało, ale los dał mi szansę podwyższenia wartości mojego srebra – tak pisze po powrocie do Polski olimpijski wicemistrz, a mały Olek ma szansę dzięki temu wrócić do zdrowia. Piotr Małachowski swój cenny medal oddaje na aukcję i to coś, za co nie ma ani tytułów, ani medali. Mistrzostwo w byciu człowiekiem.**
>
> **Katarzyna Górniak**

Kiedy tato wrócił wreszcie do domu...

100% Piotr Małachowski, srebrny medalista Igrzysk Olimpijskich w rzucie dyskiem (mogę się wreszcie spotkać z moim synem, będę się mógł wreszcie nacieszyć...)

Nie ma lepszego... – śpiewa synek ...od Piotra Małachowskiego – kończy jego mama.

...przywiózł Heniowi to... (syn P.M. pokazuje medal taty).

Teraz medal, który wpadł w oko Heniowi, uratuje oko Olka.

100% Małgorzata Mertuszka, matka Olka (mimo tego, że ten medal ma kolor srebrny, to dla nas ma kolor złoty. Do końca życia będziemy mu wdzięczni, że zdecydował się pomóc właśnie Olkowi).

Bo dyskobol Piotr Małachowski swoje i Henia olimpijskie srebro z Rio oddal na aukcję charytatywną.

100% Małachowski (... to, co miałem zrobić, to zrobiłem, tak?)

Od początku wiedział, że medal nie skończy w domu, na półce.

100% Małachowski, wypowiedź po zdobyciu medalu, w Rio (mam nadzieję, że kiedyś ktoś go kupi, przeznaczy pieniążki na szczytny cel, uratuje kolejne życie lub zdrowie dziecka).

100% Tomasz Szymański, ojciec Olka (podczas ceremonii on o tym powiedział i taka malutka nadzieja się u nas pojawiła)

Od razu napisali z pytaniem, czy olimpijczyk nie włączy się w zbiórkę pieniędzy.

100% Małachowski (... czy mógłbym przekazać jakiś gadżet, to przekazałem medal).

„Gadżet" trafił na internetową licytację dla trzyletniego Olka, który już połowę swojego życia spędził na walce z nowotworem oka.

100% Małgorzata Mertuszka, matka Olka (Olek w sumie dostał chemioterapii 17, czyli 6 ogólnych, dożylnych, 7 dotętniczych i 4 chemioterapie w zastrzyku do gałki ocznej.

Chyba nie umie do tylu jeszcze policzyć? – reporterka. – Nie, nie umie jeszcze – matka.

Od miesięcy jeżdżą ze Zgorzelca do warszawskiego Centrum Zdrowia Dziecka.

100% Tomasz Szymański, ojciec Olka (ostatnia wizyta to była wznowa, czyli ten guz zaczął od odrastać. Najważniejszym teraz celem jest zachowanie gałki ocznej i pozbycie się tych wznów).

Wierzą, że pozbycie się siatkówczaka uda się pokonać w Stanach Zjednoczonych. Uwierzył także Piotr Małachowski.

100% Małachowski (ten medal może pomóc dziecku, małemu, który nic złego nie zrobił w tym świecie, to na co czekać, no trzeba działać).

I zadziałało. Prócz licytacji przyśpieszyła również zbiórka pieniędzy. A rodzicom Olka przybyło nadziei.

100% ojciec (to jest takie bardzo ciężkie, żeby sobie z tym radzić na co dzień...)

Radzić sobie musiał także Piotr Małachowski, gdy i jego syn po urodzeniu miał kłopoty ze zdrowiem.

100% Małachowski (wiem, jak to jest jak jest małe dziecko i jesteś bezradny).

100% Małgorzata Mertuszka, matka Olka (rodzic rodzica zrozumie, że tak naprawdę bez tego zdrowia nie ma nic).

Olek na swoją chorobę nie narzeka.

100% rodzice (silny mały człowiek...)

Henio na brak medalu taty także nie będzie narzekać.

> 100% Małachowski (Heniek zostanie tak nauczony, wychowany przez nas, że zrozumie, o co w życiu chodzi, że nie trzeba być samolubem, że tylko brać, ale że trzeba dawać, dzielić się swoim szczęściem).

Dyskobol zaraz po zakończeniu zmagań o medal, gdzie niestety w dramatycznych okolicznościach przegrał z reprezentantem Niemiec, zapowiedział, że srebrny krążek wystawia na licytację dla Olka[6]. Jak zapowiedział, tak uczynił. Medal kupili Dominika i Sebastian Kulczyk [http://www.tvn24.pl/rio2016/rio-2016-medal-piotra-malachowskiego-zlicytowany-kupili-kulczykowie,670827.html?magazineSlug=rio-2016&magazineId=143 2016]. Zbiórkę zakończono.

W omawianym przypadku **prócz zaistnienia dobrych i złych wiadomości oraz osoby sławnej, należy zwrócić jeszcze uwagę na to, że news powstaje na bazie pseudowydarzenia**[7]. Sytuacja wpisuje się w *pseudo-event, o którym pisze Wojciech Jabłoński [Jabłoński 2007:* 75-77], stanowiący potencjalny materiał na newsa: wydarzenie jest zaplanowane – Małachowski chwali się swoim pomysłem dziennikarzom, przygotowane na użytek mediów – dziennikarze śledzą już każdy krok wicemistrza, czekają na Małachowskiego na lotnisku, pokazują, jak synek na moment przejmuje medal, równocześnie donoszą, że dziecku nie będzie żal rozstawać się z medalem taty, ponieważ oddaje on srebrny krążek w słusznej sprawie; wreszcie nie ma jasnego związku z rzeczywistym wydarzeniem **– w newsach podkreśla się wagę srebra z Rio, mimo że dyskobol przegrał zmagania, to traktuje się go jak mistrza, dopiero w drugiej kolejności mówi się o tym, czemu medal posłuży.**

6 Medal Małachowskiego trafi na aukcję charytatywną, materiał Polsat News z 19 sierpnia 2016 r., http://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2016-08-19/medal-malachowskiego-trafi-na-aukcje-charytatywna/, 12.10.2016

7 O powstawaniu newsów na bazie pseudowydarzeń, jak również swego rodzaju pseudonewsach autorka pisze w artykule *Wydarzenia czy pseudowydarzenia? O zawartości telewizyjnych magazynów informacyjnych*, w: *Odpowiedzialny biznes i konsumeryzm wyzwaniem XXI wieku*, T I., pod red. L. Karczewskiego, H. Kretka, Wydawnictwo PWSZ w Raciborzu, Racibórz 2012, s. 123-136.

Il. 3. Źródło: Wpis Piotra Małachowskiego na jego oficjalnym profilu FB, 19 sierpnia 2016 r.

Niewątpliwie newsem stanie się takie zdarzenie, do którego dochodzi po raz pierwszy. Tak jest w przypadku, gdy 8-letnia Asia z Poznania organizuje sprzedaż swoich zabawek i innych przedmiotów na rzecz chorej mamy. Traktuje o tym choćby materiał TVN24 z 1 września, zapowiadający zbiórkę na osiedlu, na którym mieszka dziewczynka [http://www.tvn24.pl/poznan,43/8-letnia-asia-organizuje-kiermasz-aby-pomoc-chorej-mamie,672858.html 2016]:

Na osiedlu Batorego w Poznaniu porozwieszała kartki z ogłoszeniem, które błyskawicznie podbiło internet. Dziesiątki osób zapowiedziały już swoją obecność na kiermaszu organizowanym przez 8-letnią Asię. Dziewczynka chce pomóc w ten sposób swojej ciężko chorej mamie.

Kartki z odręcznie napisanym zaproszeniem dziewczynka przykleiła na wejściu do kilku klatek schodowych, a także na pobliskich garażach. „Zbieram na leczenie i rehabilitację mojej mamusi. Zachęcam do zakupów i pomocy" - pisze Asia. Informuje też, że przygotowała losy w cenie po 1, 2 i 5 złotych. Dla chętnych do wzięcia udziału w kiermaszu nagrodą będą m.in. zabawki (nie

tylko dla dziewczynek - zaznacza), artykuły szkolne, a także ubrania oraz buty. Kiermasz odbędzie się w sobotę o godzinie 11 na tarasie przy klatce A, lub w razie deszczu, wewnątrz klatki J.

Tym ogłoszeniem mała Joanna wywołała w internecie prawdziwą burzę. Zdjęcia kartek momentalnie obiegły media społecznościowe. Ludzie planują tłumnie zjawić się w sobotę na os. Batorego, aby wesprzeć finansowo potrzebującą rodzinę. Sąsiedzi nie kryją wzruszenia.

100% jedna z sąsiadek (to bardzo szlachetny cel i popieram jak najbardziej, przyjdę, wnuki do mnie przyjadą, pójdziemy razem).

100% inna sąsiadka (bardzo mnie to wzruszyło. Na pewno wezmę udział. Trzeba sobie pomagać).

Mama Asi nie kryje, że jest pozytywnie zszokowana pomysłem córki. Nie spodziewała się, że sprawa z kiermaszem może nabrać takiego rozpędu. A Asia?

100% Asia (ja tak ją kocham, jak stąd do kosmosu, bo kosmos się nigdy nie kończy. Ona jest dla mnie wszystkim).

W efekcie w akcję włączyło się wiele osób, organizacji, władze miasta. Asia dla mamy zebrała 101 tys. zł, o czym informuje między innymi TVP INFO [http://www.tvp.info/26803981/8letnia-asia-ratuje-chora-mame-udalo-jej--sie-zebrac-ponad-100-tysiecy-zlotych 2016].

W przywiedzionym wyżej przypadku można zaobserwować jeszcze jeden walor newsowy – kontynuację. Temat powracał w środkach społecznego przekazu wielokrotnie – mówiono o samej zbiórce, o powodach zorganizowania składki, wreszcie dyskutowano o opiece zdrowotnej w Polsce.

***

Mimo że w Konstytucji RP mowa jest o tym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, to jest to podejście bardzo teoretyczne. Jak pokazuje praktyka, każdy może znaleźć się w sytuacji Johna Q. Jeżeli mowa o kosztownym leczeniu poza granicami naszego kraju, to NFZ przewiduje możliwość refundacji operacji czy terapii. Jak informuje Urszula Zahaczewska z Wydziału Leczenia Planowanego za Granicą, Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali NFZ, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju jest uzyskanie decyzji NFZ w zakresie leczenia planowanego poza granicami kraju, tj. zgody na udzielenie poza granicami kraju wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej. Decyzja wydawana jest w trybie administracyjnym[8]. Po szczegółowe informacje pracownik NFZ odsyła do zakładki „Dla Pacjenta, Leczenie poza granicami kraju" na stronie internetowej Funduszu [http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w--ue/ 2016]. Lektura zawartych tam komunikatów pozwala wyciągnąć wniosek, że refundacja dotyczyć może jedynie leczenia w państwach UE/EFTA.

Uzyskanie refundacji nie jest oczywiste. Siatkówczaka, o którym była mowa wcześniej, obecnie leczy się już w Polsce[9]. Jednak rodzice dzieci dotkniętych tą chorobą często decydują się na kosztowną terapię w Stanach Zjednoczonych, choćby z tego powodu, że tam daje się im nadzieję na zachowanie oka. Wybór terapii poza Polską, podczas, gdy w kraju leczy się już chorobę, jak również to że możliwa jest ona w Stanach Zjednoczonych, całkowicie zamyka drogę do refundacji.

Podsumowując sferę medialną zbiórek, można mówić o uruchomieniu lawiny materiałów na ten temat, zagoszczeniu problemu w mediach. Zdaniem Anny Kozłowskiej często obserwuje się zjawisko nadmiernego mnożenia relacji podobnych wydarzeń [Kozłowska 2006: 86], jednak w wyżej wymienionych sytuacjach, **by temat zaistniał w wiadomościach telewizyjnych, trzeba znaleźć sposób na jego prezentację. Jedynie wysoka suma, którą trzeba zgromadzić, by można było rozpocząć leczenie, nie jest wystarczającym pretekstem do podjęcia tematu.**

8 Z korespondencji autorki z NFZ, odpowiedź z NFZ z 20.10.2016 r.

9 Rodzice szukają pomocy w USA, a lekarze: siatkówczaka można leczyć w Polsce, materiał TVN z 15 marca 2016 r., http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/lekarze-siatkowczaka-mozna-leczyc-w-polsce-rodzice-twierdza-inaczej,627401.html, 12.10.2016

Streszczenie

W artykule mowa jest o coraz częściej pojawiających się w telewizyjnych serwisach informacyjnych apelach o pomoc w zgromadzeniu środków na kosztowne leczenie. Autorka przygląda się tak temu, na ile materiały te wpisują się w formę newsa telewizyjnego, jak i sytuacjom, które są przyczynkiem do realizacji tychże materiałów.

Słowa kluczowe: telewizyjny serwis informacyjny, apel o pomoc, społeczne zbiórki pieniędzy na leczenie

The patient left alone. About the social fund-raising for the expensive treatment in television news magazines

The article refers to the increasing number of TV news appeals for help in raising money for the expensive treatment. The author looks not only at the extent to which these materials are a part of television news, but also situations that contribute to the implementation of these materials.

Keywords: television news service, call for help, social fundraiser for treatment

Bibliografia

Bauman Zygmunt
(2000), *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.

Bourdieu Pierre
(2009), *O telewizji. Panowanie dziennikarstwa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.*

Harcup Tony
(2010), Dziennikarstwo – teoria i praktyka, Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.

Jabłoński Wojciech
(2007), Kreowanie informacji. Media relations, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Kozłowska Anna
(2006), Oddziaływanie mass mediów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza, Warszawa.

McQuail Denis
(2007), Teoria komunikowania masowego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena
(2015), *Od gatunku przedstawiającego rzeczywistość do bezkształtnych opowieści. O zawartości telewizyjnych serwisów informacyjnych wczoraj i dziś*, w: Kopecka-Piech Katarzyna (red.), *Zmiany medialne i komunikacyjne*, T. 1, Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk.

Zdrowicka-Wawrzyniak Magdalena
(2012), *Wydarzenia czy pseudowydarzenia? O zawartości telewizyjnych magazynów informacyjnych*, w: Karczewski Leszek, Kretek Henryk, *Odpowiedzialny biznes i konsumeryzm wyzwaniem XXI wieku*, T I., Wydawnictwo PWSZ w Raciborzu, Racibórz.

http://www.filmweb.pl/film/John+Q.-2002-31674, 12.10.2016 r.

http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19970780483, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/dorotka, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/serduszkoweroniki, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/adaskerner, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/amelia-dobek, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/ratunekdlaadasia, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/s/jak-dziala-siepomaga-pl, 12.10.2016 r.

https://www.siepomaga.pl/raczki-i-nozki, 12.10.2016 r.

http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/internauci-zebrali-dla-chorego-kajtka-6-milionow-zlotych,560743.html, 12.10.2016 r.

https://www.facebook.com/Kajtek-Losy-Ma%C5%82ego-Motyla-778720622147204/, 12.10.2016 r.

http://www.tvp.info/20861569/jest-6-mln-zl-dla-kajtka-maly-motylek-pofrunie-na-leczenie-do-usa, 12.10.2016 r.

http://fakty.tvn24.pl/ogladaj-online,60/chory-antos-zbieral-na-kosztowna-operacje-gortat-wplacil-wielka-kwote,665782.html, 12.10.2016 r.

J. Traciewicz, Wymyślił sobie hasztag na Twitterze i zbiera setki tysięcy złotych na chore dzieci, http://www.spidersweb.pl/2016/08/stanowski-twitter-siepomaga-dobro-wraca.html, 12.10.2016 r.

http://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2016-08-19/medal-malachowskiego-trafi-na-aukcje-charytatywna/, 12.10.2016 r.

http://www.tvn24.pl/rio2016/rio-2016-medal-piotra-malachowskiego-zlicytowany-kupili-kulczykowie,670827.html?magazineSlug=rio-2016&magazineId=143, 12.10.2016 r.

http://www.tvn24.pl/poznan,43/8-letnia-asia-organizuje-kiermasz-aby-pomoc-chorej-mamie,672858.html, 12.10.2016 r.

http://www.tvp.info/26803981/8letnia-asia-ratuje-chora-mame-udalo-jej-

sie-zebrac-ponad-100-tysiecy-zlotych, 12.10.2016 r.

http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/, 12.10.2016 r.

http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/lekarze-siatkowczaka-mozna-leczyc-w-polsce-rodzice-twierdza-inaczej,627401.html, 12.10.2016 r.

Jacek Kowalewski
Instytut Historii i Stosunków Międzynarodowych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Choroba w medialnym sporze politycznym

Moja wypowiedź nawiązuje pośrednio do referatu wygłoszonego przez dr Magdalenę Zdrowicką-Wawrzyniak, która w interesujący sposób przedstawiła problem wykorzystania kategorii choroby i wizerunku chorego w konstruowaniu medialnych reprezentacji świata. Interesować mnie będzie zbliżony problem – ważny, acz pomijany dotychczas w naszych rozważaniach – temat sposobu wykorzystania kulturowego wizerunku choroby w sporach pomiędzy rywalizującymi ze sobą środowiskami politycznymi w Polsce. Interesować mnie będzie zatem kategoria choroby jako narzędzia społecznej konfrontacji i dyskredytacji w świadomie kreowanym przez polityków i dziennikarzy medialnym wizerunku konfliktu politycznego. By uniknąć powierzchownych stwierdzeń, czyniąc zadość wymogom antropologicznego konkretu, w dalszej części odwołam się do prezentacji i analizy dwóch przypadków obrazujących działania rodzimych środowisk politycznych oraz zaangażowanych politycznie dziennikarzy. Pierwszy z nich jest klasycznym przykładem realizacji długofalowej strategii unieważniania przeciwnika politycznego za pomocą rozciągniętej w czasie, acz trwale podtrzymywanej narracji medialnej wykorzystującej kategorię choroby. Drugi przykład dotyczyć będzie dynamicznej analizy procesu kreacji tzw. pseudowydarzenia medialnego, w którym wizerunek choroby wykorzystano jako czynnik krystalizacji sporu mającego skompromitować i osłabić konkurenta politycznego tuż przed wyborami parlamentarnymi.

Źródła empiryczne, które pozwoliły na przygotowanie prezentowanej poniżej rekonstrukcji faktów medialnych oraz sformułowanie dotyczących ich wniosków pochodzą z dostępnych powszechnie zasobów sieci internetowej. Przedmiotem mojej uwagi były wyłącznie materiały zamieszczane na stronach renomowanych portali informacyjnych związanych z koncernami i grupami medialnymi będącymi właścicielami uznanych tytułów prasowych. Uwzględniono również treści blogów osób publicznych (polityków, działaczy społecznych i rozpoznawalnych powszechnie dziennikarzy). W analizie pominięto wypowiedzi przypadkowych internautów (fora dyskusyjne) oraz osób publicznie nierozpoznawalnych (blogi), przyjmując założenie, że obserwowana w nich aktywność jest wtórna wobec medialnych strategii narracyjnych realizowanych przez kręgi polityczne oraz ich otoczenie dziennikarskie zaangażowane we wspieranie preferowanych przez siebie ugrupowań

politycznych. Nie analizowano zasobów telewizyjnych, radiowych oraz publikacji papierowych, przyjmując założenie, że istotą współczesnego, multimedialnego profesjonalnego środowiska informacyjnego jest dublowanie głównych treści obrazu medialnego w wielu alternatywnych środkach masowego przekazu. Zasoby internetowe są więc dziś reprezentatywną próbą treści oferowanych w pozostałych typach mediów.

W procesie przeszukiwania zasobów internetu posłużono się najpopularniejszą przeglądarką internetową firmy Google, kierując się od początku zasadą, że głębokość sprawdzenia wyników sięgać będzie każdorazowo 200 pierwszych rekordów, co równa się 20 pierwszym stronom podawanym przez wyszukiwarkę[1]. W niektórych przypadkach głębokość wyników wyszukiwania nie sięgała założonej wielkości. W takich sytuacjach przeszukiwano cały dostępny materiał. W badaniach związanych z przykładem pierwszym posłużono się najprostszą formułą wyszukiwania, podając nazwisko wybranego polityka (Kaczyński, Macierewicz, Szydło, Tusk, Niesiołowski, Kopacz) w zestawieniu z hasłem „choroba" [2]. W gromadzonych wynikach nie odnotowywano informacji na temat chorób wskazanych polityków (zapadnięcie na zdrowiu, wizyty w szpitalach, leczenie), traktując tego typu materiał jako bezstronną informację prasową (chyba, że wiadomość podana została w sposób dwuznaczny, zmanipulowany, sugerujący powiązanie celu informacyjnego z celami prowadzonej za pomocą mediów walki politycznej). W badaniach przypadku drugiego posłużono się prostą formułą wyszukiwania („uchodźcy, choroba") poszerzoną w następnym kroku o kolejne pytania zwiększające szansę zgromadzenia jak najbardziej kompletnego materiału źródłowego.

Przypadek 1. Choroba jako czynnik wykluczenia społecznego

Dla ułatwienia analizy zgromadzony materiał źródłowy podzielimy na dwie części gromadzące wypowiedzi medialne współzawodniczących ze sobą grup politycznych. Dla wygody komunikacyjnej grupy te nazwać będziemy dalej środowiskiem prawicowym (reprezentowanym symbolicznie przez partię Prawo i Sprawiedliwość) i środowiskiem liberalno-lewicowym (reprezentowanym symbolicznie przez partię Platforma Obywatelska). Zestawienie prezentuje

1 Zwykły użytkownik internetu w swych poszukiwaniach nie zagłębia się dalej niż kilka pierwszych stron.

2 W zasobach internetowych brak jest jakichkolwiek materiałów spełniających postawione wymogi, które odnosiłyby się do, Grzegorza Schetyny, aktualnego lidera Platformy Obywatelskiej oraz Ryszarda Petru, lidera partii Nowoczesna.

wszystkie materiały pozyskane zgodnie ze wskazaną wyżej metodologią. Zasoby te odzwierciedlają charakter i ilość dostępnych w sferze publicznej faktów medialnych tworzonych najczęściej w trybie relacjonowania i komentowania wypowiedzi partyjnych i medialnych przedstawicieli jednego środowiska o drugim i *vice versa.*

Wypowiedzi strony liberalno-lewicowej o stronie prawicowej

1. Bracia Kaczyńscy: „bracia Kaczyńscy zdradzają oznaki choroby, zwanej psychopatią”[3].

2. Lech Kaczyński: „czy prezydent Lech Kaczyński cierpi na chorobę alkoholową? Czy głowa państwa polskiego nie powinna dostać skierowania na leczenie odwykowe?”[4].

3. Jarosław Kaczyński: tytuł: „Choroba szefa PiS się pogłębia”, „- On jest chory - powiedział w »Kropce nad i« Niesiołowski, komentując tok rozumowania Jarosława Kaczyńskiego”[5]; tytuł: „Sąd bada, czy Kaczyński jest zdrowy psychicznie!”, „Czy psychika Jarosława Kaczyńskiego jest na tyle stabilna, by mógł samodzielnie uczestniczyć w rozprawie sądowej?”[6]; tytuł: „Nie wnioskowałem o badania psychiatryczne Jarosława Kaczyńskiego”[7]; tytuł: „Rostowski o Kaczyńskim: „Choroba psychiczna czy cynizm”. Trafna diagnoza czy atak?”[8]; tytuł „W normalnym kraju Kaczyński byłby zamknięty w domu

3 Data 30.08.2007; portal Gazeta.pl, właściciel Agora S.A.; wypowiedź Andrzeja Leppera. http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,4446108.html, data dostępu 02.12.2016.

4 Data 19.04.2009; portal Onet.pl, właściciel Ringier Axel Springer Polska; Blog Janusza Palikota; http://palikot.blog.onet.pl/2009/04/19/czym-upija-sie-prezydent/, data dostępu 02.12.2016.

5 Data 22.09.2010; portal Onet.pl, właściciel Ringier Axel Springer Polska; http://wiadomosci.onet.pl/kraj/choroba-szefa-pis-sie-poglebia/szvx5, data dostępu 02.12.2016.

6 Data 09.06.2011; portal Fakt.pl, właściciel Ringier Axel Springer Polska; http://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/sad-bada-czy-kaczynski-jest-zdrowy-psychicznie/7brker6, data dostępu 02.12.2016.

7 Data 24.06.2011; portal Gazeta.pl, właściciel Agora S.A.; http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,9837500,__Nie__wnioskowalem__o__badania__psychiatryczne__J___Kaczynskiego__.html, data dostępu 02.12.2016.

8 Data 31.10.2012. portal naTemat.pl, właściciel Tomasz Lis: http://natemat.

wariatów”[9]; tytuł : „Świrosław Polskę zbaw”, „Czy Kaczyński powinien pokazać zaświadczenie o stanie swojego zdrowia psychicznego?”[10]; tytuł: „»Ktoś tu jest wariatem«. U Lisa na żywo”, „Jarosław Kaczyński to człowiek chory psychicznie – takie słowa padły dziś podczas programu »Tomasz Lis Na Żywo«”[11]; tytuł „U Lisa na odchodnym można już wszystko. Zarzucić Kaczyńskiemu chorobę psychiczną? Czemu nie. Tak »uciskani« dziennikarze rozumieją wolność słowa...”[12]; tytuł „Psychologiczny portret Kaczyńskiego”, „Wszystko to każe zastanowić się, czy mamy do czynienia z człowiekiem zdrowym psychicznie”[13]; tytuł „Choroba Kaczyńskiego”, „Wykład „doktora Jarosława Kaczyńskiego” zatytułowany był »Manipulacje w tzw. wojnie polsko-polskiej« – i stanowił syntetyczną koncepcję najnowszej historii Polski. Jest to koncepcja zwarta, precyzyjna, dopracowana w szczegółach – i nosząca wszelkie znamiona zjawiska, które psychologowie społeczni określają mianem „paranoi politycznej”[14].

4. Antonii Macierewicz: tytuł: „Poseł PO pyta: Macierewicz chory psychicznie?”, „albo to choroba psychiczna spowodowana nienawiścią

---

pl/37559,rostowski-o-kaczynskim-choroba-psychiczna-czy-cynizm-trafna-diagnoza--czy-atak-waszym-zdaniem, data dostępu 02.12.2016.

9 Data 08.08.2013; portal tokfm.pl; właściciel Agora S.A.; Blog Waldemara Zboralskiego; http://www.tokfm.pl/blogi/zboralski/2013/09/spoleczenstwo_w_normalnym_kraju_kaczynski_bylby_zamkniety_w_domu_wariatow/1, data dostępu 02.12.2016.

10 Data: maj 2014; portal tygodnika NIE; właściciel „URMA” Sp z o.o.; prezes Jerzy Urban; http://nie.com.pl/archiwum/swiroslaw-polske-zbaw/, data dostępu 02.12.2016.

11 Data 04.01.2016: portal Niezależna.pl, właściciel Słowo Niezależne Sp. z o.o., prezes Michał Paweł Rachoń: http://niezalezna.pl/74578-ktos-tu-jest-wariatem-u-lisa-na-zywo, data dostępu 02.12.2016.

12 Data 05.01.2016: portal Wpolityce.pl, właściciel Fratria Sp. z o.o., prezes Tomasz Przybek: http://wpolityce.pl/polityka/277113-u-lisa-na-odchodnym-mozna-juz-wszystko-zarzucic-kaczynskiemu-chorobe-psychiczna-czemu-nie-tak-uciskani-dziennikarze-rozumieja-wolnosc-slowa, data dostępu 02.12.2016.

13 Data 15.05.2016: portal Onet.pl, właściciel Ringier Axel Springer Polska; artykuł autorstwa Marka Migalskiego: http://wiadomosci.onet.pl/opinie/psychologiczny-portret-kaczynskiego/0xtbttd, data dostępu 02.12.2016.

14 Data czerwiec 2016; portal tygodnika NIE; właściciel „URMA” Sp z o.o.; prezes Jerzy Urban: http://nie.com.pl/artykul-str-glowna-13/choroba-kaczynskiego/, data dostępu 02.12.2016.

albo wyrachowanie”[15]; tytuł: „Poseł PO sugeruje chorobę psychiczną Macierewicza”[16]; tytuł: „Paweł Deresz: nie rozszyfrowano choroby Antoniego Macierewicza”, „– Od samego początku nie rozszyfrowano choroby pana posła Macierewicza i potraktowano go poważnie. Z początku myślano, że to nie jest cynik, nie jest oszołom i że nie ma symptomów choroby psychicznej. Ale okazuje się, że jednak trzeba zweryfikować ten pogląd”[17]; tytuł: „Nie rozszyfrowano choroby Macierewicza. PiS żeruje na tragedii”[18]; tytuł: „Rogalski: Są realne podejrzenia co do zdrowia psychicznego Macierewicza”, „Rogalski przedstawił w Radiu ZET procedurę, która umożliwiłaby prokuraturze powołanie biegłego do zbadania stanu zdrowia psychicznego wiceprezesa Prawa i Sprawiedliwości”[19]; tytuł: „Andrzej Celiński o Antonim Macierewiczu: myślę, że to jest choroba”[20].

5. Beata Szydło: „Szef PSL stwierdził natomiast, że szefową rządu dotknęła choroba nienawiści”[21].

---

15 Data 10.08.2012; portal polskieradio.pl; http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/663765,Posel-PO-pyta-Macierewicz-chory-psychicznie, data dostępu 02.12.2016.

16 Data 12.08.2012; blog Janusza Korwin-Mikke; http://korwin-mikke.pl/polska/zobacz/posel_po_sugeruje_chorobe_psychiczna_macierewicza/63376, data dostępu 02.12.2016.

17 Data 23.10.2013; portal wp.pl, właściciel grupa o2 i fundusz private equity Innova Capital; wypowiedź Pawła Deresza; http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Pawel-Deresz-nie-rozszyfrowano-choroby-Antoniego-Macierewicza,wid,16099600,wiadomosc.html?ticaid=1182a0, data dostępu 02.12.2016.

18 Data 23.10.2013; portal wprost.pl, właściciel PMPG Polskie Media S.A., prezes Michał M. Lisiecki; https://www.wprost.pl/422104/Nie-rozszyfrowano-choroby-Macierewicza-PiS-zeruje-na-tragedii.html, data dostępu 02.12.2016.

19 Data 08.04.2014; portal dziennik.pl, właściciel Infor PL S.A., prezes Ryszard Pieńkowski; http://wiadomosci.dziennik.pl/swiat/artykuly/455620,rogalski-sa-realne-podejrzenia-co-do-zdrowia-psychicznego-macierewicza.html, data dostępu 02.12.2016.

20 Data 24.10.2016; portal Onet.pl, właściciel Ringier Axel Springer Polska; relacja z programu „Tomasz Lis”; http://wiadomosci.onet.pl/kraj/andrzej-celinski-o-antonim-macierewiczu-mysle-ze-to-jest-choroba/6776hk, data dostępu 02.12.2016.

21 Data 20.05.2016; portal rmf24.pl, właściciel Grupa RMF; relacja z obrad Sejmu; http://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-burza-w-sejmie-po-wystapieniu-beaty-szydlo-schetyna-do-premi,nId,2205754, data dostępu 02.12.2016.

Wypowiedzi strony prawicowej o stronie liberalno-lewicowej

1. Donald Tusk: tytuł: „Impotencja rządząca. Donald Tusk dotknięty jest chyba chorobą Gravesa-Basedowa, objawiającą się wytrzeszczem oczu na merytoryczne argumenty”[22].

2. Ewa Kopacz: „»*Premier Kopacz dopadła choroba filipińska?« – **pytali internauci**”*[23]; tytuł: „Tajemnicza choroba gnębi polityków. Rozważania o zdrowiu. Wirus filipiński wciąż groźny”, „W 2007 r. Aleksander Kwaśniewski przywiózł do Polski zagadkowe choróbsko objawiające się zaburzeniami równowagi, problemami z dykcją i nadmierną szczerością wobec audytorium. Wirus niestety, chociaż przywleczony z dalekich Filipin, świetnie radzi sobie w naszym klimacie. Są podejrzenia, że cierpią na niego także tacy politycy jak premier Ewa Kopacz i były szef MSW Bartłomiej Sienkiewicz”[24].

3. Stefan Niesiołowski: tytuł: „Stanisław Michalkiewicz o Stefanie Niesiołowskim: Wścieklizna to choroba odzwierzęca. Przydałby się dobry weterynarz”, – Myślę, że to jest przyczyna, to jest powód, aby poważnie zastanowić się nad przeprowadzeniem badań psychiatrycznych posłów, bo nikt, o ile mi wiadomo, takich badań nie przeprowadza. Wariat na swobodzie największą klęską jest w przyrodzie. Wścieklizna polityczna jest chorobą odzwierzęcą, więc tu jakiś dobry weterynarz by się przydał – stwierdził były opozycjonista”[25]; tytuł: „Jachowicz o Niesiołowskim: „Myślę, że dotknięty jest nieuleczalną chorobą, która nazywa się ślepotą polityczną”, „Myślę, że dotknięty jest nieuleczalną chorobą, która nazywa się ślepotą

---

22 Data 25.03.2014, portal wPolityce.pl; właściciel Fratria Sp. z o.o., prezes Tomasz Przybek: http://wpolityce.pl/polityka/188654-impotencja-rzadzaca-donald-tusk-dotkniety-jest-chyba-choroba-gravesa-basedowa-objawiajaca-sie-wytrzeszczem-oczu-na-merytoryczne-argumenty, data dostępu 02.12.2016.

23 Data 10.10.2014, portal niezależna.pl; właściciel Słowo Niezależne Sp. z o.o., prezes Michał Paweł Rachoń: http://niezalezna.pl/60272-co-za-wystep-kopacz-merkel-musiala-ja-ratowac-na-czerwonym-dywanie-memy, data dostępu 02.12.2016.

24 Data 22.10.2014, portal gazetapolska.pl; właściciel Niezależne Wydawnictwo Polskie Sp. z o.o, prezes Tomasz Sakiewicz: http://www.gazetapolska.pl/31751-tajemnicza-choroba-gnebi-politykow, data dostępu 02.12.2016.

25 Data 22.02.2013, portal naTemat.pl; właściciel Tomasz Lis: http://natemat.pl/51911,stanislaw-michalkiewicz-o-stefanie-niesiolowskim-wscieklizna-to-choroba-odzwierzeca-przydalby-sie-dobry-weterynarz, data dostępu 02.12.2016.

> polityczną. I to jest fundament jego widzenia. Ślepota ta wzmocniona jest inną dolegliwością, chyba nie tylko w jego przypadku, stale się rozwijającą – nienawiścią do przeciwników politycznych”[26].

W medialnym obrazie sporu politycznego choroba jest ważnym składnikiem erystycznych zabiegów *argumentum ad personam*[27]. W przekazie strony liberalno-lewicowej chwyt ten występuje bardzo często (stosunek wzmianek medialnych 19 do 5!), rozciągnięty w czasie, z uporem jest przywracany i aktualizowany w dyskursie medialnym, w zaskakująco jednolitej formie. Zgodność treści (przekaz o chorobie psychicznej, psychopatii lub paranoi wskazanych imiennie przeciwników) utrzymywana jest niezależnie od okresowo zmieniającej się częstotliwości powtarzanego komunikatu oraz wielości wykorzystanych do tego kanałów medialnej transmisji. Fakty te wskazywać mogą na konsekwentnie i świadomie realizowaną przez środowisko liberalno-lewicowe strategię deprecjacji politycznych konkurentów za pomocą ujednoliconego przekazu medialnego wykorzystującego kategorię choroby psychicznej[28]. Stosunkowo rzadko i jednorazowo nagłaśniane są prób kompromitacji przeciwników politycznych za pomocą innych treści (np. oskarżenie o chorobę alkoholową). Za wyjątkowe uznać można również ataki na oponentów politycznych wyrażane w trybie metaforycznym (np. „choroba nienawiści”). W zamian w środowisku liberalno-lewicowym dość często używa się pojęcia choroby w trybie synekdochicznym (*totum pro parte)*[29].

---

26 Data 09.09.2015, portal wPolityce.pl; właściciel Fratria Sp. z o.o., prezes Tomasz Przybek: http://wpolityce.pl/polityka/264754-jachowicz-o-niesiolowskim-mysle-ze-dotkniety-jest-nieuleczalna-choroba-ktora-nazywa-sie-slepota-polityczna, data dostępu 02.12.2016.

27 W *Erystyce czyli sztuce prowadzenia sporów* (Warszawa 2014) Artur Schopenhauer przekonywał, że *argumentum ad personam* to ostatni ze znanych sposobów nieuczciwej argumentacji, stosowany w ostateczności, przy braku argumentów merytorycznych.

28 Na istnienie takiej strategii wskazywać może fakt niemal wyłącznego wykorzystywania do transmisji wskazanych treści kanałów medialnych pozostających w dyspozycji dwóch podmiotów – Agory S.A. oraz Ringier Axel Springer Polska – powszechnie kojarzonych ze stroną liberalno-lewicową.

29 „PO pogrąża się w chorobie” (wypowiedź Aleksandra Smolara, prezesa Fundacji im. Stefana Batorego; data 7.01.2014; http://www.rmf24.pl/tylko-w-rmf24/wywiady/kontrwywiad/news-smolar-po-pograza-sie-w-chorobie-ten-rok-bedzie-decydujacy,nId,1084447, data dostępu 02.12.2016.);
„Chorobą Platformy Obywatelskiej są wewnętrzne mechanizmy - tak uważa poseł

W powyższy planie odmiennie rysuje się charakter medialnego przekazu strony prawicowej. Po pierwsze zauważalne jest zdecydowane unikanie stosowania kategorii choroby jako wehikułu *argumentum ad personam* używanego w budowaniu medialnego wizerunku konkurenta politycznego. Po wtóre w nielicznych odnotowanych przypadkach takich zachowań deprecjacja przeciwnika nie jest dokonywana w trybie dosłownym, werystycznym (naturalistycznym). W medialnym języku środowisk prawicowych kategoria choroby używana jest przede wszystkim w trybie ironicznym („choroba Gravesa-Basedowa, objawiająca się wytrzeszczem oczu na merytoryczne argumenty", „choroba filipińska", „wirus filipiński", „wścieklizna polityczna"). W zasobach mediów elektronicznych nie stwierdzono również dowodów na posługiwanie się przez przedstawiciel prawicy kategorią choroby w trybie synekdochicznym. Różnorodność, doraźność i czasowa zmienność dystrybuowanych treści, oraz – pośrednio – różnorodność kanałów medialnych pozostających w rękach odrębnych i nie związanych ze sobą podmiotów, wskazuje na nieskoordynowany charakter przekazu strony prawicowej, w którym pojawia się kategoria choroby.

Przykład 2. Choroba jako jądro kondensacji sporu politycznego

Analiza dynamiczna drugiego przypadku wymaga nakreślenia kontekstu informacyjnego rozegranego medialnie sporu. Kontekst rozumiany jest tu w sensie faktograficznym, jako dostępny publicznie zestaw informacji (faktów medialnych) o mających miejsce zdarzeniach.

Fakty medialne (otoczenie informacyjne sporu)

> 1. W dniu 10 grudnia 2013 roku portal liberalno-lewicowego tygodnika „Newsweek" donosi: „Niemieccy naukowcy alarmują na łamach pisma medycznego »Lancet«, że Europie zagraża epidemia choroby Heinego-Medina. Wirus polio przybywa na nasz kontynent wraz z uchodźcami z ogarniętych wojną domową rejonów Syrii"[30].

tej partii Sławomir Nitras" (Data: 07.04.2016; http://radioszczecin.pl/1,336201,nitras-o-platformie-jest-choroba-i-to-widac&s=1&si=1&sp=1, data dostępu 02.12.2016.). Zob. też: „PiS jest jak choroba, którą Polska musi przejść - mówi Zandberg" (Data: 22.01.2016; http://e-legnickie.pl/wiadomosci-z-regionu/legnica/1657-pis-jest-jak-choroba-ktora-polska-musi-przejsc, data dostępu 02.12.2016.).

30 Tytuł: „Tykająca bomba biologiczna zagraża Europie"; http://www.newsweek.pl/swiat/epidemia-polio-zagraza-europie-choroba-heinego-medina-lancet-uchodzcy-z-syrii-

2. W dniu 31 sierpnia 2015 portal Wirtualna Polska w trybie informacyjnym (tzn. bez komentarza) referuje wypowiedź prezydenta Czech, socjaldemokraty Milosza Zemana: „Getta, choroby zakaźne i terroryzm – to zdaniem czeskiego prezydenta największe zagrożenia, jakie niesie fala uchodźców. Milosz Zeman uważa, że konieczna jest segregacja imigrantów przybywających do Europy”[31]. W tym samym dniu informacja w niezmienionej treści powielana jest również przez portale informacyjne dziennik.pl i gazetaprawna.pl, zaś dwa dni później przez portal fronda.pl[32].

3. W dniu 22 września 2015 roku portal gazetaprawna.pl informuje o podpisaniu przez ministra zdrowia nowego rozporządzenia, na podstawie którego cudzoziemcowi ze stwierdzoną chorobą zakaźną będzie można odmówić wjazdu do Polski[33].

4. W dniu 23 września 2015 renomowany portal dla lekarzy Medycyna Praktyczna (mp.pl) informuje: „Polska zobowiązała się do przyjęcia ponad 5 tys. uchodźców z Bliskiego Wschodu i Afryki. [...] Obecność dużej liczby migrantów, z których większość ma za sobą wielomiesięczne pobyty w obozach dla uchodźców lub życie w krajach ogarniętych wojną, to również wyzwanie dla sektora ochrony zdrowia. Jednym z najczęściej pojawiających się pytań jest kwestia obowiązku szczepień i tego, czy w stosunku do cudzoziemców obowiązują wszystkie przepisy ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń”[34].

-newsweek-pl,artykuly,275956,1.html, data dostępu 02.12.2016.

31 Tytuł: „Milosz Zeman: uchodźcy to getta, choroby i terroryzm”; http://wiadomosci.wp.pl/kat,1356,title,Milosz-Zeman-uchodzcy-to-getta-choroby-i-terroryzm,wid,17811276,wiadomosc.html?ticaid=1183fd, data dostępu 02.12.2016.).

32 http://wiadomosci.dziennik.pl/swiat/artykuly/499203,prezydent-czech-uchodzcy-to--getta-choroby-i-terroryzm.html; http://www.gazetaprawna.pl/artykuly/891213,prezydent-czech-uchodzcy-to-getta-choroby-i-terroryzm.html; http://www.fronda.pl/a/zeman-imigranci-to-grozba-chorob-i-terroryzmu,56298.html; data dostępu 02.12.2016.

33 http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/895247,cudzoziemcowi-z-choroba--zakazna-bedzie-mozna-odmowic-wjazdu-do-polski.html; data dostępu 02.12.2016.

34 Tytuł: „Szczepienia dla uchodźców”; http://www.mp.pl/szczepienia/aktualnosci/127967,szczepienia-dla-uchodzcow, data dostępu 02.12.2016.

5. W dniu 30 września 2015 r. opublikowany zostaje Dziennik Ustaw, w którym w pozycji 1501 znajduje się rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 17 września 2015 roku w sprawie chorób zakaźnych mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Rozporządzenie podpisał minister w rządzie Platformy Obywatelskiej, Marian Zembala[35].

6. W dniu 2 października 2015 roku, związany z Agorą S.A., liberalno-lewicowy portal gazeta.pl donosi: „Władze w Atenach wezwały Greków do podjęcia środków ostrożności w związku z możliwym przypadkiem zachorowania na cholerę na wyspie Kos – miejscu, które dla wielu tysięcy migrantów oznacza drzwi do Europy. [...] Jak przyznał jeden z greckich urzędników, istnieją obawy, że choroba ta może być przenoszona przez falę migrantów"[36]. W tym samym dniu informacja jest powielana w innych liberalno-lewicowych mediach związanych z Agorą S.A. (portal tokfm.pl: tytuł: „Ostrzeżenie przed możliwą cholerą na wyspie Kos. Choroba może być przenoszona przez uchodźców"; portal wyborcza.pl: „Grecja ostrzega przed wybuchem epidemii cholery na Kos") oraz z Ringier Axel Springer Polska (portal onet.pl: tytuł: „Ostrzeżenie przed cholerą na wyspie Kos")[37].

7. W dniu 3 października 2015 roku należący do spółki Fratria prawicowy portal wPolityce.pl zamieszcza artykuł pt. „Wiedeń postraszony dyzenterią. Imigranci stłoczeni na Ferry Dusika Hallenstadion otoczeni sanitarnym kordonem", w którym czytamy: „największa sportowa hala Wiednia, słynny obiekt Ferry Dusika

35 http://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2015.190.0001501,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-chorob-zakaznych-ktorych-rozpoznanie-lub-podejrzenie-wystapienia-moze-stanowic-podstawe-odmowy-wjazdu-cudzoziemca-na-terytorium-rzeczypospolitej-polskiej.html, data dostępu 02.12.2016.

36 Tytuł: „Ostrzeżenie przed możliwą cholerą na wyspie Kos. Choroba może być przenoszona przez uchodźców"; http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,18953562,ostrzezenie-przed-mozliwa-cholera-na-wyspie-kos-choroba-moze.html, data dostępu 02.12.2016.

37 http://m.tokfm.pl/Tokfm/1,109983,18953562.html; http://wyborcza.pl/1,75248,18954014,grecja-ostrzega-przed-wybuchem-epidemii-cholery-na-kos.html?disableRedirects=true; http://wiadomosci.onet.pl/swiat/ostrzezenie-przed-cholera-na-wyspie-kos/ss3gcw, data dostępu 02.12.2016.

> Hallenstadion [...], wypełniona ostatnio przez imigrantów szukających swego miejsca w bogatej Europie, została otoczona sanitarnym kordonem, ponieważ przybysze przywieźli z sobą dyzenterię, czyli czerwonkę"[38].

Krytyczny fakt medialny (kondensacja sporu)

W dniu 13 października 2015 roku o godzinie 13.36 na portalu internetowym liberalno-lewicowej telewizji TVN24 umieszczono materiał filmowy przedstawiający fragment wypowiedzi Jarosława Kaczyńskiego. Nagranie wykonano na tzw. ściance zaopatrzonej w emblematy partii PiS, typowym elemencie towarzyszącym konferencjom prasowym. Inkryminowana w późniejszych medialnych narracjach wypowiedź paść miała podczas spotkania przedwyborczego odbytego przez Jarosława Kaczyńskiego 12 października w Makowie Mazowieckim. W udostępnionym przez TVN24 nagraniu prezes PiS nawiązuje do wcześniejszych informacji medialnych jakoby premier Ewa Kopacz zgodziła się na przyjęcie przez Polskę nie siedmiu – jak oficjalnie informowano – a stu tysięcy imigrantów. Zapis telewizyjny poddany jest montażowi i tak przygotowana wypowiedź – do której odnosić będą się później wszyscy uczestnicy sporu – brzmi następująco: „[cięcie] Czy te informacje o jakichś porozumieniach odnoszących się do sprowadzenia do Polski stu tysięcy muzułmanów – czy to jest prawda? [cięcie] Powinien odpowiedzieć, proszę Państwa, minister zdrowia dlatego, bo to są także kwestie związane z różnego rodzaju niebezpieczeństwami w tej sferze [cięcie] są już przecież objawy pojawienia się chorób bardzo niebezpiecznych i dawno niewidzianych w Europie: cholera na wyspach greckich, dezynteria w Wiedniu. [cięcie] Różnego rodzaju pasożyty, pierwotniaki, które [cięcie] nie są groźne w organizmach tych ludzi, mogą tutaj być groźne. To nie oznacza, żeby kogoś dyskryminować, ale sprawdzić trzeba [cięcie]"[39].

---

38 http://wpolityce.pl/polityka/267332-wieden-postraszony-dyzenteria-imigranci--stloczeni-na-ferry-dusika-hallenstadion-otoczeni-sanitarnym-kordonem, data dostępu 02.12.2016. Artykuł powiela informacje z 2 października 2015 r. zawarte w austriackim Krone Zeitung; http://www.krone.at/wien/wien-faelle-von-ruhr-in-fluechtlingsheimen--drei-diagnosen-story-474924, data dostępu 02.12.2016.

39 http://www.tvn24.pl/wideo/kaczynski-zastanawia-sie-czy-uchodzcy-sprowadza--do-polski-choroby,1470643.html, data dostępu 02.12.2016.

Kreowanie medialnego pseudowydarzenia

Kreacja medialnego pseudowydarzenia opartego na przytoczonej wyżej wypowiedzi faktycznie rozpoczyna się już w mediach liberalno-lewicowych przed południem 13 października 2015 roku. O godzinie 10.46 na portalu wyborcza.pl. w dziale „Kraj" pojawia się artykuł zatytułowany: „Jarosław Kaczyński boi się, że uchodźcy sprowadzą zarazę? Tak mówił na wyborczym wiecu". Tekst zaopatrzony jest w czołówkę (tzw. lead) o treści: „Lider PiS Jarosław Kaczyński mówił na poniedziałkowym spotkaniu wyborczym w Makowie Mazowieckim o uchodźcach: »Różnego rodzaju pasożyty, pierwotniaki, które nie są groźne w organizmach tych ludzi, mogą tutaj być groźne«"[40]. Tego samego dnia o godzinie 18.00 ponownie na portalu gazeta.pl w dziale „Nauka" opublikowany zostaje tekst zatytułowany „Epidemie w głowie prezesa"[41], w którym autor pisze: „Są co najmniej trzy powody, dla których zagrożenie epidemią ze strony uchodźców, o którym Jarosław Kaczyński mówił na spotkaniu wyborczym w Makowie Mazowieckim, jest tylko jego wyobrażeniem"[42]. Kilkanaście minut później, o 18.43 na portalu newsweek.pl pojawia się kolejny tekst pt. „Kaczyński: Pasożyty i pierwotniaki w organizmach uchodźców groźne dla Polaków"[43]. O godzinie 19.26 w emitowanym przez TVN24 programie Fakty po Faktach prowadzonym przez redaktor Justynę Pochanke dochodzi do dyskusji ze stojącymi po stronie liberalno-lewicowej politykami, Andrzejem Celińskim i Romanem Giertychem. Prowadząca rozmowę rozpoczyna program słowami: „Wiem, że ludzi można w kampanii nastraszyć i wiem jak potężną bronią może być strach i bywa strach w każdej kampanii. Ale wydawało mi się, że nie wszystkim jednak..., że nie wszystkie strachy warto wyciągać z rękawa – do dziś, gdy usłyszałam, że można postraszyć zarazą morową, że przyjedzie 100 tysięcy uchodźców i pozaraża nas pasożytami i pierwotniakami". Andrzej Celiński odpowiada: „To jest interesujące z punktu widzenia wiedzy historycznej zarówno wyborców, na których nie robi to wrażenia, jak również kandydata,

40 http://wyborcza.pl/1,75398,19014711,kaczynski-boi-sie-zarazy.html#ixzz4SdDAtoVZ, data dostępu 02.12.2016.

41 Tytuł jest jasnym nawiązaniem do omówionego wcześniej medialnego wizerunku prezesa PiS jako umysłowo chorego.

42 http://wyborcza.pl/1,75400,19018788,epidemie-w-glowie-prezesa.html, data dostępu 02.12.2016.

43 http://www.newsweek.pl/polska/jaroslaw-kaczynski-o-uchodzcach,artykuly,372175,1.html.

który używa tego rodzaju argumentu. Po drugie jest to bardziej przerażające, bo Jarosław Kaczyński jest politykiem bardzo mocno osadzonym w historii Polski, był premierem, ale przede wszystkim był twórcą szeregu formacji rzeczywiście Polską rządzących, albo wywierających wpływ na rządzących także z pozycji opozycyjnej. Straszenie pasożytami to jest dokładny cytat..., to jest język nazizmu, hitleryzmu... [wtrącenie J. Pochanke: „straszenie chorobami, straszenie tyfusem wtedy było..."]. Mówiło się: »Te Żydki... [wtrącenie J. Pochanke: „... niosą tyfus..."]... niosą tyfus«. Kaczyński musi to wiedzieć, on nie jest idiotą. Kaczyński to wie i on używa tego argumentu albo z absolutną pogardą dla Polaków, których ma za głupków, którzy w ogóle swojej historii nie znają, albo uważa, że cokolwiek nie powie niedobrego, to i tak nie ma znaczenia. Wychodzi na jedno. [wtrącenie J. Pochanke: „A może naprawdę się boi?"]"[44]. Uczestniczący w rozmowie Roman Giertych dodaje: „Polacy masowo dzisiaj wyjeżdżają turystycznie z Polski i to... Liczby naszych rodaków, którzy wyjeżdżają są bardzo wysokie, to jest 15 milionów w ciągu dwóch lat... może wyjechać, być w egzotycznych krajach. W związku z czym karmienie ludzi takim strachem, że jak się zobaczy obcego człowieka skądinąd to można się od niego łatwo zarazić, jest przejawem pewnego kompleksu. Jarosław Kaczyński jest osobą, która nie zna języków obcych, która właściwie po świecie się poruszała tylko w ramach delegacji oficjalnych, która nie rozumie świata poza Polską, w związku z czym dla niego każda rzecz obca, jest z natury niebezpieczna, wroga"[45]. W niespełna 40 minut po zakończeniu programu relacja z powyższej rozmowy opublikowana zostaje na portalu tvn24.pl. Tytuł materiału brzmi: „Kaczyński pyta o uchodźców. Celiński: straszenie pasożytami to jest język nazizmu"[46].

Pierwsza na tym etapie reakcja mediów prawicowych na zmasowaną kampanię strony liberalno-lewicowej pojawia się wieczorem 13 października. Portal wPolityce.pl zamieszcza wówczas tekst pod tytułem „Kto przesadził? Kaczyński: Imigranci mogą przynieść nieznane choroby. Celiński: To język nazizmu! Mówiło się, że Żydki mają tyfus"[47]. W tym czasie w mediach liberalno-lewico-

44 http://faktypofaktach.tvn24.pl/fakty-po-faktach-kaczynski-pyta-o-uchodzcow,585642.html, data dostępu 02.12.2016.

45 http://faktypofaktach.tvn24.pl/fakty-po-faktach-kaczynski-pyta-o-uchodzcow,585642.html, data dostępu 02.12.2016.

46 http://faktypofaktach.tvn24.pl/fakty-po-faktach-kaczynski-pyta-o-uchodzcow,585642.html, data dostępu 02.12.2016.

47 http://wpolityce.pl/polityka/268356-kto-przesadzil-kaczynski-imigranci-moga--przyniesc-nieznane-choroby-celinski-to-jezyk-nazizmu-mowilo-sie-ze-zydki-maja-

wych trwa dalsze budowanie medialnego pseudowydarzenia. W nocy z 13 na 14 października portal wyborcza.pl publikuje kolejny materiał pod tytułem: „Prezes i pasożyty". W dziale Komentarze i opinie Magdalena Środa pisze: „»Prawdę trzeba mówić« – wokół tego banału zorganizował jedno ze swoich objazdowych przemówień Jarosław Kaczyński. Ciężki to obowiązek, taka »prawda, którą trzeba mówić«, jednak prezes ciężaru obowiązków się nie boi. O jaką prawdę chodzi? O pasożyty wśród uchodźców. Prezes uchodźców nie dyskryminuje, bynajmniej. Prezes jest przecież chrześcijaninem, zna zasadę miłości bliźniego, nakaz miłowania nawet wrogów swoich oraz Augustyńskie »kochaj i rób, co chcesz«. Ale miłować nie można przecież wbrew prawdzie! Bo tylko »prawda was wyzwoli«. Prezes więc wyzwala emocje przedwyborcze w imię prawdy. A jest nią to, że uchodźcy, choć mile i przyjaźnie witani w naszym kraju, wloką za sobą. Co? »Dur plamisty, wszy i cholerę«? Nie – to przywlekli do Europy Inni. Ale z całą pewnością jakieś straszne (egzotyczne) bakterie, a przede wszystkim pasożyty"[48]. O tej samej porze, w nocy z 13 na 14 października na portalu wyborcza.pl opublikowany zostaje również tekst zatytułowany „Kaczyński straszy epidemią muzułmanów"[49]. Wczesnym popołudniem 14 października w dziale Nauka portalu newsweek.pl ukazuje się artykuł zatytułowany „Panie prezesie! Pan się nie boi. Polacy są uodpornieni na większość chorób zakaźnych". Chwilę później na portalu wyborcza.pl pojawia się wyważony tekst informacyjny pod tytułem „Kaczyński »tłumaczy się« ze słów o uchodźcach: Jeżeli mamy tu nazizm, to jest to nazizm tego rządu". W tekście, poza zapewnieniem o bezpieczeństwie Polaków („Jak uspokajał rzecznik Głównej Inspekcji Sanitarnej [...], trzy bariery sprawiają, że zagrożenie epidemiologiczne ze strony uchodźców jest znikome"), wspomina się o reakcji Jarosława Kaczyńskiego na oskarżenia o stosowanie języka nazistowskiego: „Kaczyński zachęcał do zajrzenia do rozporządzenia ministra zdrowia »w sprawie chorób zakaźnych, których rozpoznanie lub podejrzenie wystąpienia może stanowić podstawę odmowy wjazdu cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej« z września tego roku. »Tam zagrożenie tymi chorobami, o których mówiłem, jest podstawą do odmowy wpuszczenia czy zapewnienia stałego pobytu w kraju. A więc jeżeli mamy tutaj nazizm, to jest to nazizm tego rządu, tego ministra i tej pani premier« – przekonywał prezes, dodając, że »oczywiście

-tyfus.

48 http://wyborcza.pl/1,75968,19019323,prezes-i-pasozyty.html.

49 http://wyborcza.pl/1,75398,19019396,kaczynski-straszy-epidemia-muzulmanow.html#ixzz4Ot1NwlbC.

mówi to żartem«. Jednocześnie Kaczyński apelował, »żeby w kampanii wyborczej nie przekraczać pewnych granic absurdu«. »Ja mówiłem o realnej sprawie, która dotyczy interesu Polaków. Rząd Polski ma przede wszystkim chronić interes własnego społeczeństwa, własnego narodu przed poważnymi niebezpieczeństwami. Te niebezpieczeństwa są trudne do określenia. Ale być może są poważne i dlatego trzeba to brać pod uwagę« – przemawiał"[50]. Tego samego dnia w sukurs prezesowi PiS przychodzi ponownie prawicowy portal wPolityce.pl, zamieszczając artykuł pod tytułem „Prorządowe media atakują Kaczyńskiego, a niedawno same straszyły epidemią, którą mogą przynieść uchodźcy. Co pisał »Newsweek«?"[51].

Sytuacja medialna zdaje się chwilowo uspokajać. W dniu 15 października jedynie polityk Platformy Obywatelskiej Stefan Niesiołowski zamieszcza na swoim blogu wpis zatytułowany „Podłość i nieuctwo Kaczyńskiego", w którym kontynuuje wątek rzekomego języka nazistowskiego: „Podłością było twierdzenie, że uchodźcy mogą przynieść do Polski choroby, epidemie, pasożyty, że stanowią poważne jakieś nadzwyczajne zagrożenie dla mieszkańców Polski. [...] Ten prymitywny kłamliwy straszak bardzo upodobnił propagandę Kaczyńskiego i szerzej pisowską, bo nikt z PiS-u tego co powiedział Kaczyński nie potępił, nie zakwestionował w najmniejszym nawet stopniu nie podważył, do propagandy nazistowskiej"[52].

Druga odsłona walki medialnej rozpoczyna się już 16 października. O godzinie pierwszej w nocy na liberalno-lewicowym portalu wyborcza.pl pojawia się artykuł pod tytułem „Obrońca i higienista"[53], w którego nagłówku czytamy: „Jarosław Kaczyński wygrywa dla PiS te wybory. [...] To Kaczyński skutecznie osadził starcie PiS – PO w kategoriach wojny kulturowej. [...] Na przykład »wSieci« nagle ogłasza, że przybędzie 100 tys. uchodźców. Więc lider PiS »pyta rząd, czy to prawda«, uwiarygodniając bzdurę, i jeszcze ostrzega przed chorobami, które przyniosą przybysze, w tym pierwotniakami, które im nie

50 http://wyborcza.pl/1,75398,19022778,kaczynski-tlumaczy-sie-ze-slow-o-uchodzcach-jezeli-mamy-tu.html.

51 http://wpolityce.pl/polityka/268389-prorzadowe-media-atakuja-kaczynskiego-a-niedawno-same-straszyly-epidemia-ktora-moga-przyniesc-uchodzcy-co-pisal-newsweek.

52 http://www.stefan-niesiolowski.pl/podlosc-nieuctwo-kaczynskiego.

53 Tytuł nawiązuje w sposób ewidentny do opublikowanej kilka lat wcześniej książki Macieja Zaremby Bielawskiego pt. „Higieniści. Z dziejów eugeniki" (Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2011).

szkodzą, a nam tak. Sam zdaje sobie sprawę, że brzmi to dyskryminacyjnie, nigdy zresztą nie był rasistą. Zna historię, wie, że przeciwnika najpierw trzeba odhumanizować, sprowadzić do »szczura«, »insekta« lub »nosiciela«, by można było zrobić wobec niego wszystko, co najgorsze. W imię obrony narodu lub po prostu higieny"[54]. Artykuł jest faktycznym wprowadzeniem do kolejnego tekstu opublikowanego około 15.00 na tym samym portalu. Tym razem tekst nosi tytuł: „Jarosław Kaczyński straszy epidemią obcości. Mamy nadzieję, że nie zyska poklasku" i jest przedstawiony jako relacja z listu intelektualistów do obywateli[55]. Czytamy w niej: „Obcy cuchną, roznoszą odrażające pasożyty i groźne choroby, wszy, pluskwy, tyfus, cholerę, czerwonkę, przez co sami stają się odrażający, odczłowieczeni. Trzymaj się od nich z daleka, nie wpuszczaj do domu, nie pomagaj, bo narazisz siebie i swych bliskich. I pamiętaj, że postępując tak, nie robisz niczego złego, bo to nie są ludzie tacy jak ty. Tego rodzaju argumentacją posługiwała się przez wieki propaganda podsycająca ksenofobiczne nastroje i organizująca kampanie nienawiści. W ten sposób nazistowskie władze okupacyjne zniechęcały Polaków do pomagania Żydom. Lęk przed karą uzupełnić miała motywacja wewnętrzna. Chodziło o to, by stłumić odruch współczucia i zastąpić go odrazą. [...] Przywódca Prawa i Sprawiedliwości straszy epidemią obcości, sięgając bez wahania po niegodną retorykę. Mamy nadzieję, że nie zyska poklasku większości polskich wyborców, bez względu na polityczną orientację"[56]. Wieczorem 16 października pada ostatni akord medialnej walki. Na portalu wyborcza.pl zamieszczony zostaje artykuł pod tytułem: „Niemieckie media: Jarosław Kaczyński mówi faszystowskim językiem"[57].

Finał przedwyborczego, medialnego starcia politycznego skoncentrowanego wokół tematu zagrożenia chorobami związanymi z migracją dużych grup ludzkich rozgrywa się na przestrzeni 20 i 21 października, a więc na kilka dni

54 http://wyborcza.pl/1,75968,19031291,obronca-i-higienista.html#ixzz4OszvTmvP.

55 Pod tekstem znalazło się 75 podpisów ludzi nauki, kultury, dziennikarzy.

56 http://wyborcza.pl/1,75968,19034909,jaroslaw-kaczynski-straszy-epidemia-obcosci-mamy-nadzieje.html.

57 http://wyborcza.pl/1,75398,19036724,niemieckie-media-jaroslaw-kaczynski-mowi-jezykiem-faszystow.html, data dostępu 02.12.2016. 18 października media elektroniczne informują jeszcze, że prezydent Andrzej Duda podtrzymał opinię Jarosława Kaczyńskiego o zagrożeniu epidemiologicznym związanym z uchodźcami; zob. tekst „»Polski prezydent ostrzega, że migranci mogą przynieść epidemię«. Nie tak Andrzej Duda miał sławić nas na świecie..." zamieszczony na portalu Tomasza Lisa naTemat.pl; http://natemat.pl/158581,zagraniczne-media-cytuja-prezydenta-dude-migranci-moga-przyniesc--epidemie, data dostępu 02.12.2016.

przed wyborami parlamentarnymi. W dniu 20 października 2015 roku liberalno-lewicowy portal Tomasza Lisa naTemat.pl zamieszcza artykuł pod znamiennym tytułem: „Kaczyński i Duda mogą triumfować ws. zdrowia uchodźców. W obozie odnotowano przypadek gruźlicy". W tekście pada informacja: „W belgijskim ośrodku dla uchodźców właśnie odnotowano pierwszy przypadek gruźlicy. Jak informują tamtejsze media, chorego mężczyznę odizolowano długo po tym, gdy przybył do Europy, bo służby nie badały wszystkich, a jedynie... losowo wybraną próbę przybyszów"[58]. W tym samym dniu, po południu, identyczną informację podaje również portal prawicowy fronda.pl (tytuł: „Belgia: W obozie dla uchodźców wybuchła epidemia gruźlicy!")[59]. Dzień później prawicowy portal niezależna.pl zamieszcza tekst o sytuacji w Niemczech („Lekarze badający imigrantów alarmują – chaos w klinikach, nowe choroby, brak personelu i sprzętu"). Autor artykułu donosi: „Niemieckich dziennikarzy »oburzyły« wypowiedzi polskich polityków o zagrożeniu chorobami związanymi z kryzysem imigracyjnym. Koszmarna hipokryzja, bo równocześnie te same media alarmują, że z oficjalnych informacji niemieckich lekarzy oraz instytutów medycznych, wynika jednoznacznie – takie niebezpieczeństwo istnieje. Renomowany Instytut Roberta Kocha (RKI) po raz kolejny ostrzegł przed zagrożeniem rozprzestrzenienia się rzadkich i niebezpiecznych chorób, które do Niemiec przywożą imigranci z Afryki i Bliskiego Wschodu. Temat porusza również dziennik »Die Welt«, przytaczając przykłady setek pacjentów, którzy zgłaszają się do niemieckich lekarzy z chorobami, które w tym kraju od dawna nie występują"[60]. Późnym wieczorem tego samego dnia, do tego głosu dołącza prawicowy portal gość.pl związany z katolickim tygodnikiem „Gość Niedzielny". Na jego stronach umieszczona zostaje – jak przedstawiono – relacja z listu czytelniczki mieszkającej w Niemczech pt. „Uchodźcy w Niemczech - sytuacja jest groźna"[61]. W kolejnych dniach temat chorób związanych z uchodźcami zdaje się być wyczerpany i w końcu znika ze środków masowego przekazu.

58 http://natemat.pl/158855,kaczynski-i-duda-moga-triumfowac-w-sprawie-zdrowia-uchodzcow-w-belgijskim-obozie-odnotowano-przypadek-gruzlicy, data dostępu 02.12.2016.

59 http://www.fronda.pl/a/belgia-w-obozie-dla-uchodzcow-wybuchla-epidemia--gruzlicy,58948.html, data dostępu 02.12.2016.

60 http://niezalezna.pl/72107-lekarze-badajacy-imigrantow-alarmuja-chaos-w-klinikach-nowe-choroby-brak-personelu-i-sprzetu.

61 http://gosc.pl/doc/2775688.Uchodzcy-w-Niemczech-sytuacja-jest-grozna.

Przedstawiona wyżej rekonstrukcja zdarzeń medialnych, nawet jeśli niezamierzenie pominęła jakieś wypowiedzi, w miarę wiernie odzwierciedla dynamikę medialnego sporu politycznego, którego jądrem uczyniono hipotetyczne zagrożenie epidemiologiczne. Fakty medialne przygotowały grunt pod rozegranie sporu, zaś czynnikiem inicjującym stało się intensywne nagłośnienie przez media strony liberalno-lewicowej marginalnej w istocie wypowiedzi przeciwnika politycznego. Trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, czy wypowiedź Jarosława Kaczyńskiego była intencjonalnie nakierowana na wywołanie potencjalnego sporu. Zdawać by się mogło, że oparta na medialnie znanych faktach, wygłoszona w niewielkim mieście przed niewielkim audytorium, nie niosła w sobie szczególnego ładunku wagi politycznej. Dlatego skłaniać się należy do stwierdzenia, że sprawa w trybie medialnej kreacji pseudowydarzenia wywołana została w celach politycznych przez grono dziennikarzy wspierających środowisko polityków liberalno-lewicowych. Sugestię tę potwierdzać może początkowo dość zdystansowana, powolna i mało skoordynowana reakcja przeciwnych im mediów prawicowych, które dopiero w epilogu medialnego pseudowydarzenia wykorzystały podsunięty temat do wyborczego wsparcia polityków prawicy.

W procesie formowania medialnego pseudowydarzenia łatwo dostrzec zmieniające się strategie narracyjne strony liberalno-lewicowej wiodące ostatecznie do przestawienia akcentów znaczeniowych z poziomu denotacyjnego na poziom konotacyjny opisywanego faktu medialnego. Przekaz biegnie początkowo dwoma przeplatającymi się i konkurującymi ze sobą liniami. Jedna koncentruje się na próbie zaprzeczenia istniejącemu potencjalnie niebezpieczeństwu chorobowemu. Linię tę obrazują takie zwroty i tytuły tekstów dziennikarskich, jak: „Jarosław Kaczyński boi się, że uchodźcy sprowadzą zarazę?", „Są co najmniej trzy powody, dla których zagrożenie epidemią ze strony uchodźców [...] jest tylko [...] wyobrażeniem"; „Panie prezesie! Pan się nie boi. Polacy są uodpornieni na większość chorób zakaźnych"; „trzy bariery sprawiają, że zagrożenie epidemiologiczne ze strony uchodźców jest znikome", „Polacy masowo dzisiaj wyjeżdżają turystycznie z Polski".

Druga linia narracji mediów liberalno-lewicowych świadomie powiela i sufluje swym odbiorcom metaforę, która wkładana jest w usta politycznych oponentów: uchodźca = pierwotniak, pasożyt. Z inkryminowanej wypowiedzi Jarosława Kaczyńskiego, który wspominał również o cholerze i dezynterii wyprowadzane są podtrzymujące to skojarzenie zbitki słów, które powtarzane są konsekwentnie w tytułach, czołówkach i treści artykułów: „Lider PiS Jarosław Kaczyński mówił [...] o uchodźcach: »Różnego rodzaju pasożyty, pierwotniaki [...] mogą tutaj być groźne«"; „Kaczyński: Pasożyty i pierwotniaki w organizmach uchodźców groźne dla Polaków"; „przyjedzie 100 tysięcy uchodźców i pozaraża nas pasożytami i pierwotniakami"; „Prezes i pasożyty" „uchodźcy

[...] wloką za sobą [...] straszne (egzotyczne) bakterie, a przede wszystkim pasożyty".

Dość szybko dochodzi również do procesu przesuwania znaczeń i ostatecznego umieszczenia sensu medialnego pseudowydarzenia na poziomie mitologicznym. Przypomnijmy, że mit jako system semiotyczny drugiego rzędu, jest wypowiedzią metajęzykową o języku poziomu pierwszego. W procesie mitologizacji znaki denotatywne (ściśle opisowe) przejmują rolę elementów znaczących i łączą się z nowymi elementami znaczonymi (odszukiwanymi w dostępnych zasobach znaczeniowych danego systemu kulturowego), które tworzą razem z nimi znaki w porządku konotatywnym.

Dyskusja rozpoczęta i prowadzona początkowo na trudnym do obrony poziomie denotatywnym (poziom opisowy, rozmowa o faktach i ich znaczeniu), rychło przenoszona jest przez media liberalno-lewicowe na poziom konotatywny, w sferę znaczeń czerpanych z historii nazizmu i antysemityzmu („To jest interesujące z punktu widzenia wiedzy historycznej"). Przechodzenie na poziom odniesień metaforycznych sugerują już niektóre ze zwrotów używanych w przejściu pomiędzy pierwszą a drugą częścią procesu kreowania medialnego pseudowydarzenia (publikacje z 14 i 16 października), np. „epidemia muzułmanów", „epidemia obcości". Konotacje historyczne znajdują swoje rozwinięcie we frazach: „obrońca i higienista", „przeciwnika najpierw trzeba odhumanizować, sprowadzić do 'szczura', 'insekta' lub 'nosiciela'", „Obcy cuchną, roznoszą odrażające pasożyty i groźne choroby, wszy, pluskwy, tyfus, cholerę, czerwonkę, przez co sami stają się odrażający, odczłowieczeni", „kampania nienawiści", „ksenofobiczne nastroje", „nazistowskie władze okupacyjne", „mówi faszystowskim językiem". W analizowanym przypadku kategoria uchodźcy powiązana skutecznie z pojęciem pasożyta i pierwotniaka zaczyna być analizowana w odmiennym rejestrze znaczeń rozwijanych na bazie stwierdzenia: „straszenie pasożytami [=uchodźcami] to jest język nazizmu".

W tym samym czasie słabo zorganizowana prawicowa strona mediów broni swych racji odwołując się konsekwentnie do poziomu denotatywnego, poziomu faktów i „realnych spraw", wskazując na wymowę neutralnych politycznie informacji medialnych o zagrożeniu chorobowym oraz związanych z tym form działalności legislacyjnej aktualnego rządu (np. „Prorządowe media atakują Kaczyńskiego, a niedawno same straszyły epidemią, którą mogą przynieść uchodźcy. Co pisał „Newsweek"?"). Jak relacjonują media liberalno-lewicowe sam Jarosław Kaczyński konsekwentnie ustawia swą linię obrony na poziomie denotatywnym, a więc na poziomie języka pierwszego poziomu (np. „Kaczyński zachęcał do zajrzenia do rozporządzenia ministra zdrowia", „Kaczyński apelował, »żeby w kampanii wyborczej nie przekraczać pewnych granic absurdu«. »Ja mówiłem o realnej sprawie, która dotyczy interesu Polaków. Rząd Polski ma przede wszystkim chronić interes własnego społeczeństwa,

własnego narodu przed poważnymi niebezpieczeństwami"). Na żadnym etapie medialnego sporu środowisko prawicowe nie podejmuje więc gry związanej z przejściem od poziomu denotacyjnego do poziomu konotacyjnego. Przejścia tego dokonuje wyłącznie środowisko liberalno-lewicowe, bo tylko na tym poziomie znajduje ono zestaw poręcznych argumentów, którymi można skutecznie zaatakować przeciwnika politycznego.

Podsumowując stwierdzić należy, że analiza obu wskazanych przypadków wskazuje jednoznacznie, że w politycznym dyskursie medialnym kategoria choroby operacjonalizowana jest w zależności od aktualnego kontekstu i zapotrzebowania. Jest poręcznym narzędziem walki politycznej, w użyciu którego wykorzystuje się wszystkie dostępne w zasobach kulturowych znaczenia choroby – zarówno potoczne, deprecjonujące, jak i wynikające z odniesień do rozbudowanych kontekstów historycznych. Z jednej strony kategoria choroby jest używana jako symbol zagrożenia i złego funkcjonowania, co przekładać ma się bezpośrednio na przekaz o społecznej nieprzydatności, a nawet ryzyku potencjalnej akceptacji tak napiętnowanej osoby. W przypadku polityków przekładać ma się to na sugerowaną konieczność odsunięcia ich od wpływu na bieg wydarzeń państwowych z uwagi na ryzyko zagrożenia interesów zbiorowych. Stereotypowy obraz choroby wykorzystywany jest tu w trybie naturalistycznym i zdroworozsądkowym: rzekome symptomy choroby świadczyć mają o konieczności izolacji i wykluczenia społecznego obarczanego nią podmiotu. Z drugiej strony choroba może być również jądrem kondensacji sporu politycznego, w trakcie którego dochodzi do przenicowania pierwotnych, poprzednio używanych znaczeń i – poprzez uruchomienie rozległych poziomów znaczeń konotacyjnych – do przesunięcia medialnego dyskursu politycznego z poziomu faktualnego na poziom mitologiczny w celu dyskredytacji konkurenta politycznego. Z obu przeanalizowanych przykładów wynika, iż w medialnej walce politycznej trwałe i zakorzenione społecznie znaczenia zdają się nie mieć żadnej wagi. To cel polityczny, do którego zmierza strona posługująca się kategorią choroby decyduje ostatecznie jakiego rodzaju waloryzacje i znaczenia zostaną uruchomione na danym etapie walki politycznej. Choroba jako kategoria obarczona wieloma kulturowymi sensami może być zatem wykorzystywana zarówno jako czynnik pożądanego społecznie wykluczenia (zgodnie z potocznym znaczeniem), innym zaś razem jako czynnik, którego wykluczająca wymowa może być bez trudu rozpoznana jako objaw dehumanizującego języka faszyzmu. W walce politycznej konsekwencja przyjmowanych wykładni i trwałość respektowanych sensów nie mają znaczenia. Ważny jest doraźny cel polityczny, który należy osiągnąć za wszelką cenę, przy użyciu wszelkich dostępnych środków.

Nawiązując do powyższego stwierdzenia, w roli dowodu jego trafności i zarazem puenty niniejszej analizy warto w tym miejscu przytoczyć medialny

obraz choroby kreowany na portalach tych samych środowisk liberalno-lewicowych z dala od rozgrywanych przez nie konfliktów politycznych. W dniu 18 stycznia 2014 roku w dziale Nauka portalu wyborcza.pl zamieszczono artykuł pod znamiennym tytułem: „Zaburzenia psychiczne są ceną za kreatywność". W pierwszym graficznie wyróżnionym akapicie tekstu (tzw. leadzie) autorka donosi: „Naukowcy odkryli, że kreatywność często okupiona jest zaburzeniami psychicznymi. A, być może, nawet nie tyle za kreatywność płaci się cenę zaburzeń, co zaburzenia są niezbędne do bycia kreatywnym" i dodaje dalej: „Hans Christian Andersen miał depresję. Virginia Woolf miała depresję i popełniła samobójstwo. Ernest Hemingway miał depresję i popełnił samobójstwo. Graham Greene cierpiał na chorobę afektywną dwubiegunową. Sinead O'Connor cierpi na chorobę afektywną dwubiegunową. Gdybyśmy chcieli ciągnąć tę listę, zajęłaby kilkadziesiąt stron" [62]. Podobną treść znajdziemy w dziale Zdrowie portalu Tomasza Lisa naTemat.pl (brak daty publikacji)[63]. W tekście pt. „Choroba psychiczna nie musi być przeszkodą w rozwoju kariery zawodowej" możemy przeczytać: „Winston Churchill, Abraham Lincoln czy Beethoven – pracodawcy na pewno chętnie zatrudniliby każdego z nich, a przecież wszyscy cierpieli na choroby psychiczne. Zaburzenia sfery mentalnej są dość powszechne, bo dotyczą aż 8 mln Polaków, i wcale nie muszą skazywać ich na bezrobocie czy życie na marginesie społecznym. [...] Badania pokazują, że osoby te należą do najbardziej kreatywnych i pełnych wyobraźni członków społeczeństwa. Z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym borykali się przecież Vincent van Gogh, Frank Sinatra czy Edgar Allan Poe. Wielu z nas trudno uwierzyć, że osoby których osiągnięcia były tak doniosłe, że mogły nawet zmienić bieg historii, mogły mieć problemy psychiczne. Jednak tak było, i nie były to jednostki. Szacuje się, że problemy ze zdrowiem psychicznym może mieć aż 1/4 ludzi"[64].

62 http://wyborcza.pl/1,75400,15295572,Zaburzenia__psychiczne__sa__cena__za__kreatywnosc.html, data dostępu 02.12.2016.

63 *Terminus post quem* publikacji wyznacza dzień 22 lutego 2012 roku, będący datą uruchomienia portalu naTemat.pl.

64 http://natemat.pl/142159,choroba-psychiczna-nie-musi-byc-przeszkoda-w-rozwoju-kariery-zawodowej, data dostępu 02.12.2016.

Streszczenie

Artykuł porusza problem sposobu wykorzystania kulturowego wizerunku choroby w sporach pomiędzy rywalizującymi ze sobą środowiskami politycznymi w Polsce. Kategoria choroby badana jest jako narzędzia społecznej konfrontacji i dyskredytacji politycznych przeciwników w medialnym wizerunku konfliktu politycznego. Tekst oparty jest na szczegółowej analizie dwóch przypadków. Przeprowadzona obserwacja pozwala wnosić, że kategoria choroby jest poręcznym narzędziem walki politycznej, w użyciu którego wykorzystuje się wszystkie dostępne w zasobach kulturowych znaczenia choroby. W walce politycznej trwałość znaczenia nie ma żadnej wagi. Cel polityczny decyduje o aktualnym sposobie waloryzacji kategorii choroby.

Słowa kluczowe: choroba, spór polityczny, medialne wyobrażenie, polityka polska

Illness in medial political contest

The article is focus on ways of use a cultural representations of illness in contest of Polish political parties. Category of illness is considered as a mean of discreditation of adversaries in medial representation of political contest. The article is based on two detailed case studies. In conlusion author claims that there is no permanent cultural meanings of illness in the context of political debate. All time the political goals determine it's current cultural denotations.

Keywords: illness, political contest, medial representation, Polish politics

OBLICZA CHOROBY W CZASACH PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

Przestrzenie symbolicznej egzystencji_

Jadwiga Agata Kałużewska
Fundacja Promocji Sztuki Art Affera

Rola wizerunku ciała zdeformowanego chorobą w kulturze wizualnej płynnej nowoczesności

Z punktu widzenia współczesnej medycyny istnieją dwie przeciwstawne definicje choroby: jedna z nich tzw. esencjalistyczna, pojmująca chorobę jako realnie istniejący byt, niejako atakujący swoją ofiarę, człowieka; druga, tzw. nominalistyczna, pojmująca chorobę jako zmianę, odrębny stan lub odchylenie od stanu zdrowia, będące reakcją na jakiś bodziec. Dzięki badaniom i obserwacjom prowadzonym przez neonatologów, pediatrów, genetyków klinicznych oraz biologów molekularnych opracowano wiele systemów wykorzystujących różne narzędzia diagnostyczne, które umożliwiają ustanowienie norm biologicznych i fizycznych, wskazujących na zdrowy bądź nieprawidłowy rozwój człowieka od momentu możliwego do oceny techniką ultrasonografii w łonie matki, aż po dojrzałość i etap starości osobniczej [Hall 1989: 9]. Według wyżej opisanych norm, jesteśmy w stanie zidentyfikować prawidłowy rozwój człowieka bądź zdiagnozować odstępstwa od norm; w takich przypadkach mówimy o chorobie. Jednocześnie definicja Światowej Organizacji Zdrowia, określająca stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, (odnoszącego się do pojęcia zdrowia jako braku choroby) proponuje nowy ideał polegający na rozszerzeniu czynników, które wchodzą w skład definicji o obszar w życiu biologicznym i społecznym. „Zdrowie stało się prawdą ale także utopią ciała, kwestią porządku społecznego i przyszłego porządku międzynarodowego bardziej sprawiedliwego i słusznego w całym świecie, (...) jednak zmonopolizowanego przez jedną korporację (...), medykalizację" [Courtine, Audoin-Rouzeau 2014: 15].

Jakkolwiek na przestrzeni XX oraz początkach XXI wieku jesteśmy niejako oswojeni z widokiem cudzego cierpienia (pod warunkiem, że nie dotyczy ono naszych bliskich), to wizerunki osób cierpiących z powodu odniesionych ran, kalectwa, niedorozwoju oraz bezbronności wobec nadchodzącej śmierci, przez wieki aż po dzień dzisiejszy budzą nasze bezlitosne zainteresowanie obrazem cudzego nieszczęścia.

Możemy zadawać sobie jedynie pytanie: w jak wielkim stopniu jesteśmy uzależnieni od prezentowanych w mediach a także sztukach wizualnych widoków ludzkiego cierpienia i jakie owe wizerunki budzą w nas odczucia. W jakim

stopniu w czasach płynnej nowoczesności jesteśmy determinowani ciekawością, chęcią rozrywki, a na ile kieruje nami humanitaryzm, który objawia się poprzez współczucie i stosowną chęć niesienia pomocy? Czy stajemy się wrażliwszymi czy bardziej zobojętniałymi odbiorcami obiektów sztuki, w których artyści odwołują się do wizerunku człowieka naznaczonego chorobą i cierpieniem? Być może obcowanie z tego typu wizerunkami przynosi nam uczucie bezgranicznego katharsis, doznania obiektywnego, uniwersalnego piękna? Czy wręcz przeciwnie, w naszej nihilistycznej postawie przedstawicieli gatunku żyjącego na przełomie wieków drażni nas piękno i dobro, a porywa destrukcja, fałsz i brzydota? [Kołakowska: 2016]

Obserwując dzieła tworzone na przestrzeni wieków, zauważamy, że sztuka mogła wspierać bądź doprowadzać do efektu wykluczającego odmienność osobniczą spowodowaną chorobą lub kalectwem. Tematy, a w nich udział modeli niemieszczących się w standardach normatywności estetycznej, chociaż historycznie i kulturowo uwarunkowanych, towarzyszyły ludzkości od najdawniejszych czasów. Z przekazów sięgających starożytności dowiadujemy się, że na ówczesny, powszechny obraz rzeczywistości składał się dość częsty widok ludzi obciążonych kalectwem, deformacją ciała na przykład na skutek ciężkich ran odniesionych na wojnach, w wyniku pandemii, wypadków, także chorób wrodzonych. Tylko najsilniejszym osobnikom udawało się przeżyć, zważywszy na fakt, że zarówno w kulturze starożytnego Egiptu, Grecji oraz Rzymu dowody wskazują na selekcję nowonarodzonych z upośledzeniem fizycznym, dziś nazywaną eugeniką negatywną. Noworodki obarczone chorobami genetycznymi, pojawiające się we wszystkich nacjach zawsze uznawane były za anomalie zagrażające ładowi kulturowemu, a przez to i społecznemu [Wieczorkiewicz: 2009].

Wszelką nieprzychylność świata pozaziemskiego, diaboliczność istot pastwiących się nad naszym ziemskim ciałem, na skutek win, w Dniu Sądu Ostatecznym wniosła do kultury Zachodu jako dzieło paradygmatyczne Apokalipsa św. Jana. Począwszy od wieków średnich, za przyzwoleniem nauki kościoła katolickiego, niepełnosprawność fizyczna była często utożsamiana z odmienną duchowością człowieka; złą, zepsutą, także obcą kulturowo, którą często opisywano, precyzyjnie ilustrując w bestiariuszach. W sztuce osoby niepełnosprawne były wykorzystywane jako modele – symbole ilustrujące boski gniew czy też upadek moralny. Być może stanowiły inspirację do kreowania postaci diabelskich. Ludzi kalekich piętnowano, przypisując im jednocześnie upośledzenie umysłowe.

Renesans przyniósł ze sobą potężną falę rozwoju nauk humanistycznych oraz matematycznych. Jednak pomimo postępu medycyny, wymiany treści dokonań między uczonymi w wielu ośrodkach akademickich, świadomość postępu u większości populacji była nadal wysoce ograniczona. Na fali kultu

empirii, w tym rozwoju medycyny, w 1595 roku powstał słynny obraz Lavinii Fontany przedstawiający 10-letnią Antoniettę Gonzales, cierpiącą na *hypertrichosis*, chorobę genetyczną charakteryzującą się nadmiernym owłosieniem (potocznie nazywaną *syndromem wilkołaka*). Portret został namalowany z wyjątkową empatią w stosunku do modelki; wyraz oczu oraz łagodny uśmiech uchwycony przez malarkę świadczy o akceptacji i sympatii wobec chorej.

Il. 1. L. Fontana, *Portret Antonietty Gonzales*, 1595, Musée du Château, Blois

Stosunek twórców i odbiorców dzieł plastycznych powstałych w starożytności, w okresie średniowiecza, a następnie w czasach nowożytnych podlegał, oprócz panującemu światopoglądowi, wytycznym obowiązującego prawa, a także zmiennym wykładniom kanonów estetycznych. Dzięki myśli św. Augustyna (IV w.n.e.) odnajdziemy w filozofii scholastycznej wiele przykładów akceptacji dla tego, co pospolicie jest odczytywane jako cielesna brzydota. W istocie swoistej anormatywności inność rozumiana jest przez św. Augustyna jako element

piękna całej złożoności świata, „w którym nawet zło i szpetota zyskują swój walor (...). Można by rzec, że piękne są i potwory, ponieważ są istnieniami i jako takie składają się na harmonię całości" [Eco 2007: 44].

Okres renesansu w sztukach pięknych stanowił rozwinięcie idei antycznego, idealnego piękna. Podstawę wiernego odtwarzania ludzkiej postaci ułatwiały dogłębne studia anatomiczne. Poza poszukiwaniem złotych proporcji jako wyrazu idealnej konstrukcji budowy ciała wielu artystów podejmowało tematykę społeczną, aby pod osłoną symboliki odnieść się do ówczesnej sytuacji społecznej, gospodarczej i politycznej. Odnajdziemy w owych dziełach rys sarkazmu, uzyskany dzięki uwydatnianiu, zdeformowanych cech fizycznych bohaterów obrazów. Autorzy przywoływali wówczas postacie osób chorych i kalekich. Za przykłady mogą posłużyć dzieła Pietera Bruegla: *Dom dla obłąkanych*, *Kalecy*, *Szalona Małgorzata*, *Ślepcy*, *Walka karnawału z postem*. Postacie w scenach z obrazów Bruegla, które obarczone są chorobą lub kalectwem odgrywają rolę symboli odnoszących się także do zwykłych przywar ludzkich: głupoty, hipokryzji, dewocji. Szczególny przekaz zawiera obraz **Ślepcy**.

Wynalezienie i rozwój druku spowodowały upowszechnianie dokumentacji stanowiących dowód doświadczeń i odkryć ówczesnych naukowców. Równolegle pojawiały się publikacje pseudonaukowe, które zawierały ilustracje „potwierdzające" prawdziwość treści, budząc sensację, z racji opatrywania publikacji zatrważającymi w wydźwięku tytułami, w treści zaś zamieszczaniem pseudonaukowych tez. „Straszliwa kreatura zrodzona z szlachetnych rodziców". Jednym z bardziej uznanych w Europie humanistów i jednocześnie autorem między innymi *Prodigieuses Histoires* („Niezwykłych historii") był Pierre Boaistuau. Wydany w Paryżu w 1560 roku jego zbiór niezwykłych opowieści o przypadkach „monstrualnie" zniekształconych osobników, demonach, potworach morskich, wężach, stworzeniach, pół-ludziach, pół-zwierzętach, kamieniach szlachetnych posiadających moc uzdrawiania, powodziach, kometach, trzęsieniach ziemi i innych zjawiskach przyrodniczych, uzupełnionych o 49 drzeworytów nieznanego artysty robił karierę nawet wśród europejskich elit [Boaistuau 1561]. Nadal motywem niejako usprawiedliwiającym istnienie przypadków nieprawidłowości rozwoju fizycznego była nieograniczona i wszechobecna ingerencja szatana.

W twórczości hiszpańskiego przedstawiciela epoki baroku Diego de Silvy Velàzqueza obserwujemy, poza wirtuozerią formy malarskiej, wyraźny aspekt identyfikacji ze stygmatyzowanym wizerunkiem modela. Częstymi postaciami pojawiającymi się w twórczości artysty były nadworne karły, wyróżniające się często wysoką inteligencją, co w portretach Velàzqueza jest ujęte ze szczególną atencją.

Il. 2. D. Velàzquez, *Don Diego de Acedo „El Primo"*,
1636-38, Muzeum Prado, Madryt

W portrecie ulubionego przez króla Filipa IV karła nazywanego żartobliwie „Kuzynkiem" dotykamy głębokiej analizy psychologicznej modela. W namalowanym wizerunku nie dostrzeżemy fragmentu drwiny, przeciwnie – artysta zawarł wiele elementów, aby wbrew ogólnie przyjętej tradycji naznaczyć El Primo cechami szlachetności i dostojeństwa, jednocześnie poddając refleksji los, jaki był udziałem karła i malarza.

Epoka oświecenia przypadająca na okres końca XVII do początków XIX wieku dla Europy i Ameryki stanowi wiek wyzwolenia rozumu. Jednocześnie wraz z rewolucyjną falą walki z nierównością społeczną – wzór klasyczny umacnia się; artyści stają się dokumentalistami wydarzeń, także tych krwawych. Dla wielu społeczeństw tego okresu obrazy kaźni, morderstw politycznych, nędzy i patologii chorób stanowiły obraz codzienności. Obycie z wizerunkami

okaleczonych lub rozczłonkowanych ciał na ulicach miast i prowincji wynaturzały w sposób powszechny humanitaryzm, tym samym znosiły kult ducha nad materią, radykalnie zmieniając wzniosłość odbioru dzieł sztuki. Warto przypomnieć cykle grafik F. Goi *Okropności wojny* oraz późniejszy cykl „czarnych obrazów".

W drukach popularnych często przywoływane były treści moralizatorskie, przybierające formę rysunków satyrycznych i karykatur. Triumf siły i okrucieństwa wkroczył w obszar trywialności obrazów.

Il. 3 C. de Vinck, *Journée memorable de Versailles*, 1770-1870[1].

Umberto Eco w *Historii brzydoty* zwraca uwagę, że zarówno w literaturze, muzyce, jak i w sztukach plastycznych kolejna epoka – romantyzmu – wniosła ze sobą dyskurs na temat fascynacji brzydotą, grozą, cierpieniem, budujących pojęcie oraz uczucie wzniosłości w recepcji dzieła. „Piękno nie jest już kategorią dominującą w estetyce. Ponadto wraz z myślicielami romantycznymi uwaga przenosi się z natury na sztukę, która jako jedyna daje nam możliwość realizacji wartości estetycznej, przedstawiając również to, co w naturze

1 C. de Vinck , (podpis u dołu ilustracji, tłum.) „Pamiętny dzień w Wersalu, poniedziałek 5 X 1789: w tych zamieszkach wielu strażników zostało zmasakrowanych, dwóch spośród nich zdekapitowano, a ich głowy niesiono triumfalnie – przez tych samych ludzi – (którzy są przyjaciółmi wolności narodowej – przyp. J.A.K.)".

jest odpychające" [Eco 2007: 276]. Wizerunki osób chorych ponownie stały się przedmiotem wykluczenia, ale ze względu na anomalie w budowie fizycznej budziły u artystów rodzaj fascynacji i urzeczenia. Nienormatywny kształt ludzkiego ciała lub jakakolwiek odmienność stanowiły źródło inspiracji, które w kategoriach refleksji nad dziełem powinny zostać ujarzmione przez dobro i piękno. „Poprzez kontakt z deformacją nowożytny koncept wzniosłości niesie ze sobą coś większego i jeszcze bardziej wzniosłego niż starożytna idea piękna. (...) Piękno ma tylko jedno oblicze, brzydota ma ich tysiąc" [Hugo 1827].

Wkraczający wiek XIX, niosąc niezwykły postęp w nauce i technice (rewolucja przemysłowa), ujawnił także narastające od wieków niezadowolenie społeczne wynikające z nierówności klasowej, a także bunt narodowowyzwoleńczy w wielu krajach na świecie. Akty terroru, masowych egzekucji oraz zniszczeń dotykały kolejne pokolenia. Czy w takich warunkach można mówić o zachowaniu wzniosłych odczuć wobec ideałów piękna sztuki klasycznej? Przełom nastąpił wraz z postępującą industrializacją i wymuszonym niejako przez koniunkturę boom'em wynalazczości. Także na polu sztuki mówimy o trendach poszukujących drogi sprzeciwu wobec powszechnie panującemu akademizmowi. Jednym z ciekawszych wynalazków pozwalającym dokumentować codzienność, a przy tym służącym artystom jako nowe medium, stał się dagerotyp. W szybkim tempie ewoluował, przybierając powszechnie dostępną formę aparatu fotograficznego, by wkrótce dotrzeć do osiągnięcia rejestracji ruchomego obrazu. Nastąpił rozwój kultury masowej między innymi poprzez druk codziennej prasy, a w niej zdjęć dokumentujących ostatnie wydarzenia, także zawierającej reklamy, ilustracje z najnowszymi trendami mody, rysunki satyryczne. Na ulicach pojawiają się plakaty upowszechniające wydarzenia kulturalne. W sztuce dokonał się przełom dotyczący roli twórcy już nie jako dokumentalisty, ale interpretatora rzeczywistości. Narodził się impresjonizm, a po nim kolejne teorie i kierunki w sztukach pięknych (muzyce, poezji, malarstwie, rzeźbie itd.) zmierzające do wyzwolenia sztuki spod kanonów realizmu narzucanego przez akademizm. W oparciu o postęp w technologii malarstwa – grafice, a także fotografii, oraz dzięki kolejnym odkryciom w zakresie optyki – tematyka obrazów przestała odgrywać kluczową rolę. Na pierwszy plan wysunęła się metoda twórcza, rodzaj interpretacji artysty, aż wreszcie dialog z odbiorcą.

Il. 4. M. Guibert, *Toulose-Lautrec in a Hat and Boa from Jane Avril*, 1892
Il. 5. M. Guibert, *Henri de Toulouse-Lautrec as Augusto Clown*, 1894
Il. 6. M. Guibert, *Henri de Toulouse – Lautrec w stroju samuraja,* 1892

Henri de Toulouse-Lautrec – artysta, przedstawiciel postimpresjonizmu – jako pierwszy cierpiąc z powodu niedorozwoju kończyn dolnych, czego następstwem był bardzo niski wzrost, czynił ze swojej przypadłości tworzywo artystyczne, między innymi utrwalając zabawy choreograficzne za pomocą zaprzyjaźnionych fotografów. Toulouse-Lautrec był malarzem środowisk wykluczonych. Pomimo wybitnego talentu, utożsamiał się z ludźmi pozostającymi w alienacji spowodowanej biedą i brakiem perspektyw. Być może fakt ten stanowił w pewnym stopniu antidotum stygmatyzacji wynikającej z kalectwa artysty. Autor zdjęć Maurice Guibert był jednym z pierwszych eksperymentatorów oraz prekursorów aestetyzmu w sztuce fotografii. Wizerunki Toulouse-Lautreca, który swoją fizjonomię traktuje z dużym dystansem, stanowią połączenie niewinnego **żartu** z dotkliwym sarkazmem (narzuconym odbiorcy) wobec nienormatywnej sylwetki modela.

W wieku XIX nastąpiły liczne zmiany w rozwoju medycyny. Rewolucyjnym odkryciem, wówczas niedocenianym, było rozpoznanie przez czeskiego zakonnika Grzegorza Mendla praw dziedziczności [Watson 2005]. Na podstawie doświadczeń i obserwacji podczas krzyżowania pyłku groszku zwyczajnego udowodnił istnienie systemu przenoszenia cech dziedzicznych. Kolejne badania naukowców doprowadziły (dzięki udoskonalanej optyce) do wyizolowania komórek, a następnie pozyskania chromosomów. Odkrycia te miały wpływ na dotychczasowe pojmowanie uwarunkowań pojawiających się wad wrodzonych. Wszelkie wątki teologiczne zostały zastąpione skrupulatną klasyfikacją badanych przypadków, dzięki którym stopniowo odkrywano swoistą prawidłowość procesów w rozwoju płodu, zarówno zdrowego jak i upośledzonego. Zainteresowania uczonych skierowane były na przypadki

o wyjątkowych deformacjach, nazywane w dalszym ciągu monstrami, jednakże pochodzenie chorób wrodzonych nie opierało się na domysłach i opinii pseudouczonych – koneserów i kolekcjonerów kuriozów, ale aplikowało do racjonalnego, naukowego udowadniania przyczyn stanu rzeczy. Rozprawy naukowe, tezy, opisy przypadków, doświadczenia, które do tej pory ilustrowano za pomocą grafik i rysunk**ów,** teraz uzupełniano zdjęciami. Fotografia, oprócz dotychczasowej roli uwieczniania doniosłych wydarzeń oraz reprezentacyjnego portretowania, stała się także nieodzowną formą dokumentacji naukowej. Niestety do akceptacji wad rozwojowych przez większość populacji żyjącej w XIX i początkach XX wieku będzie jeszcze bardzo daleka droga. W powszechnej mentalności każde odstępstwo natury od standardów i uznanych kulturowo norm prawidłowej budowy fizycznej człowieka **będzie stanowiło ciekawość**, a nierzadko fascynację kuriozum. Mimo postępu cywilizacji potrzeba zderzenia się z niezwykłością natury była i jest wszechobecna.

Il. 7. Model: Stefan Bibrowski, Lion Man, (zdj. ok. 1930)

Począwszy od czasów średniowiecza wszelkie ludzkie osobliwości wykorzystywano w objazdowych teatrach, cyrkach i gabinetach osobliwości. Publiczny pokaz kreowany był według określonego scenariusza często w oparciu o atrakcyjną (fikcyjną) dla oglądających historię życia odmieńca w otoczeniu bogatej scenografii.

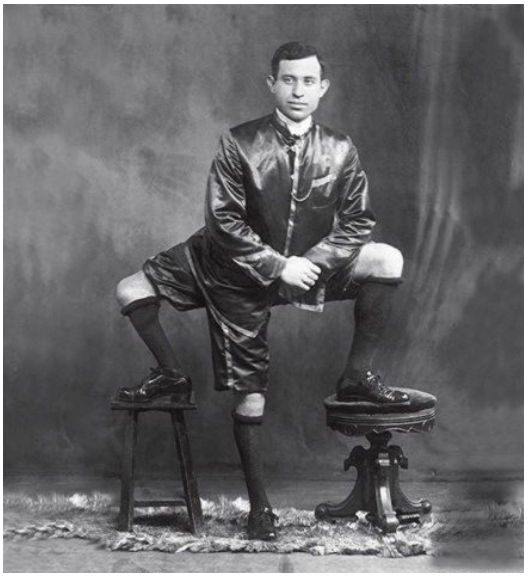
Ludzką osobliwość rozumieć będziemy po pierwsze jako pewną kategorię kulturową, po drugie – jako szczególną rolę do odegrania na scenie życia społecznego. Takie role narzucono Stefanowi i Krao, (przyp. Stefan Bibrowski, Krao Farini) [Wieczorkiewicz 2005][2]. Robert

2 Stefan Bibrowski oraz Krao Farini, to osoby obarczone *hypertrichozą*, chorobą często występującą o podłożu genetycznym, cechującą się nadmiernym owłosieniem całego ciała, przede wszystkim twarzy. [Witkowski, Prokop 1982: 252]. Zarówno Stefan jak i Krao w okresie dzieciństwa zostali sprzedani

Bogdan wyróżnił dwa podstawowe tryby, **w których dokonywało się sceniczne opracowywanie postaci: egzotyzację i uwznioślenie** (czyli wyniesienie danej osoby ponad przeciętność). Krao została egzotyzowana, a Stefan – uwznioślony [Bogdan 1988].

Popularność osób ze stygmatami fizycznymi, a przy tym cechujących się wyjątkowymi umiejętnościami np. tańca, śpiewu, gry na instrumentach, zręczności, władania językami obcymi itd., stanowił o sukcesie finansowym menadżera, który często usynawiał wykupione, niepełnosprawne dzieci. O atrakcyjności widowiska decydował odpowiedni scenariusz. Najczęstszym uprawianym gatunkiem stawała się wówczas komedia, farsa i burleska. Upośledzeni fizycznie aktorzy dawali popis swoich nadzwyczajnych umiejętności związanych z kalectwem lub niezwykłych uzdolnień wokalnych lub tanecznych. Praca w cyrkach, pokazy w parkach rozrywki, spektaklach typu *freaks show*, a następnie w pierwszych produkcjach filmowych dawały osobom obarczonymi wadami fizycznymi szansę funkcjonowania w społeczeństwie i w pewnym sensie stawały się przez owo społeczeństwo akceptowane; niestety, zawsze w określonych ramach „dziwoląga". Niezależni finansowo i materialnie, samodzielni w podejmowaniu decyzji ludzie z wadami rozwojowymi, przy dużej dozie szczęścia, wykształceniu i pracy nad uzdolnieniami – stawali się gwiazdami „show-biznesu".

Nieodzownym elementem w kształtowaniu artystycznej osobowości odgrywała fotografia. Zdjęcia pełniły rolę reklamy spektakli, ale także towarzyszyły gwiazdom w utrwalaniu i upowszechnianiu ważnych chwil z ich życia, przy odpowiednio zredagowanym tekście (dotyczącym, na przykład zawarcia związku małżeńskiego przez artystów upośledzonych fizycznie) niewielka odbitka *(cartes de visite)* stawała się także obiektem kolekcjonerskim. Istniały zakłady fotograficzne



Il. 8. Model: Francesco Lentini , „The King"

właścicielom cyrków, Stefan kreowany i przedstawiany w konwencji arystokraty, Krao osobnika dzikiego, będącego brakującym ogniwem w rozwoju gatunku ludzkiego.

specjalizujące się w uwieńczaniu ludzkich osobliwości. Poprzez ekran z namalowanym drugim planem, na którego tle ustawiano modeli, odpowiednio dobrany kostium, rekwizyty, wyjątkową pozę, kreowano w sposób profesjonalny, dobrany odpowiednio do warunków fizycznych modela rodzaj unikatowej osobowości artystycznej. Ludzka monstrualność stała się zatem takim samym przedmiotem handlu jak cokolwiek innego [Courtine, Audoin-Rouzeau 2014].

Il. 9. Kongres Dziwolągów z Cyrków Ringling Brothers oraz Barnum i Bailey, 1924 [3]

3 Congress of Freaks at The Ringling Brothers and Barnum and Bailey Circus 1924. Zatrudnieni w cyrkach artyści widoczni na zdjęciu obarczeni chorobami: gigantyzmem, karłowatością, hypertrichozą, bielactwem, amelią, mikrocefalią, progerią.
Amelia – wrodzone ubytki kończyn: poprzeczne przypominające amputację. Na kikucie kończyny można nierzadko znaleźć małe grudki tkanek reprezentujące szczątkowe palce, a na dłoniach i podeszwach widoczne są linie papilarne (...) [Korniszewski 2004]. *Mikrocephalia* – małogłowie, zaburzenie rozwojowe elementów mózgoczaszki. Cofnięte czoło i zazwyczaj małomózgowie przy prawidłowej twarzoczaszce. Obok przyczyn zewnątrzpochodnych lub teratogennych, mogą być wady metaboliczne lub aberracje chromosomalne. Ograniczenie inteligencji w różnym stopniu: od debilizmu po idiotyzm [Witkowski, Prokop 1982: 339]. *Progeria* – ciężka, ogólna atrofia tkanki łącznej (...). Postępujące starzenie się w wieku dziecięcym, ze skórą starczą, aplazją podskórnej tkanki tłuszczowej, miażdżycą tętnic, siwieniem i wypadaniem włosów głowy, z zatrzymaniem wzrostu we wczesnym dzieciństwie i najczęściej normalną inteligencją (...). Śmierć w pierwszym lub drugim dziesiątku lat życia [Witkowski, Prokop 1982: 246].

Do kolejnego przełomu w recepcji fizycznej deformacji ciała doszło za pomocą zdjęć reportażowych nadchodzących z frontu pierwszej, a następnie drugiej wojny światowej. W warunkach wojennych fotografia służy**ła** dokumentacji działań na linii frontu, prezentowała rzeczywisty obraz masakry na froncie zachodnim w 1914, nieszczęść ludności cywilnej oraz ofiar Holokaustu podczas II wojny światowej, a następnie ofiar wybuchu bomb w Hiroszimie i Nagasaki (1945) [Sontag 2016]. Ten rodzaj dokumentu cechował obiektywizm przekazu, kształtował powszechną świadomość okrucieństw wyrządzanych sobie wzajemnie bez względu na poziom kultury i rozwój cywilizacji. Zdjęcia stają się powodem do zadawania pytań i powszechnej dyskusji wokół uwieńczonych w obrazach zdarzeń. Wtórnym zjawiskiem staje się obycie z wizerunkiem śmierci i kalectwa. W fotografiach wojennych nie ma miejsca na estetyczną narrację artysty. Codzienność jest nie do sfałszowania, nie poddaje się interpretacji.

Zwracając się ku rozważeniu pojęcia piękna w kategoriach estetycznych czy też piękna w odczuciu sensualistycznym we współczesnej fotografii artystycznej z udziałem osób chorych, należałoby odnieść się do początków fotografii i jej znaczenia w kontekście nowego medium popularyzującego wartości humanistyczne. Pamiętając, że fotografia rozwijała się już od swojego zarania wielokierunkowo, stanowiąc zapis dokumentalny oraz tworząc nowy gatunek sztuki, należy wziąć pod uwagę odmienny charakter odbioru owych obrazów. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, że zarówno fotografia dokumentalna, jak i artystyczna, do dnia dzisiejszego kieruje się w kręgach profesjonalistów prawami „towaru na sprzedaż". Susan Sontag przytacza słowa sloganu reklamowego z 1949: „Waga słów, szok fotografii" przywoływanego przez „Paris Match"[Sontag 2016: 31]. Do dzisiejszego dnia dominują w większości obrazów fotograficznych wartości handlowe; zarówno reklamujące przedmiot handlu, jak i będące jego przedmiotem.

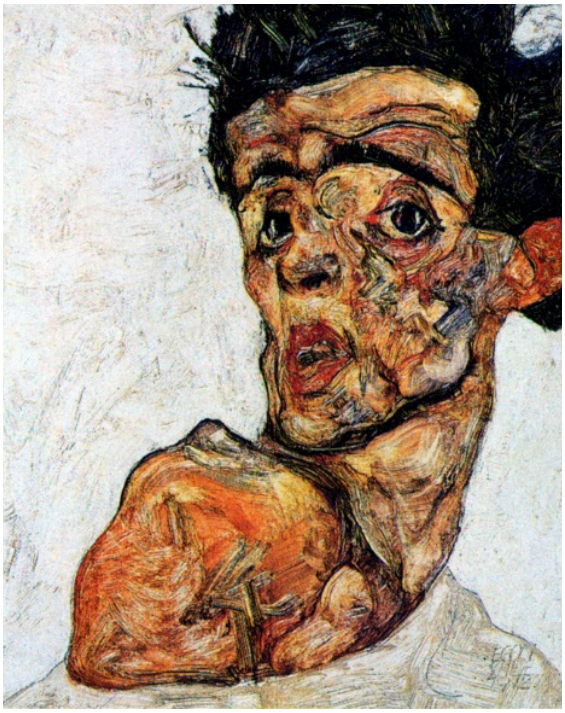
> W ruinach tkwi piękno. Zauważanie piękna w zdjęciach ruin World Trade Center w miesiącach tuż po ataku miało posmak nieprzyzwoitości., świętokradztwa. Ale te zdjęcia faktycznie były piękne, wiele z nich zrobili doświadczeni fotografowie (...). Samo miejsce, masowy grób, który ochrzczono mianem Strefy Zero, bynajmniej piękne nie było. (...) Sztuka przekształca, ale fotografia, która stanowi świadectwo katastrofalnych i odrażających wydarzeń, jest ostro krytykowana, jeśli sprawia wrażenie „estetycznej", to znaczy, gdy za bardzo przypomina sztukę [Sontag 2016: 92].

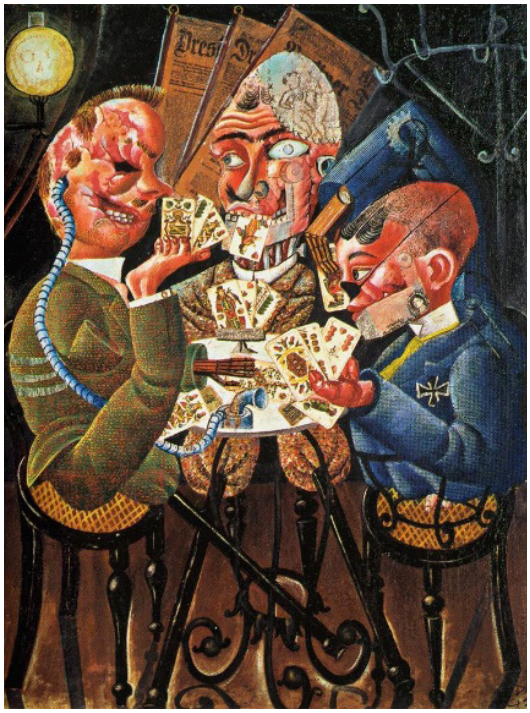
Patrząc na zdjęcia dokumentujące katastrofy, zbrodnie, ofiary wojen, budzi się w nas refleksja stanowiąca sprzeciw wobec wydarzeniom (według S. Sontag

powinno stanowić to nasz obowiązek). Nie wszystkie reakcje na te obrazy kontroluje rozum i sumienie, jednak często ulegamy pragnieniu obejrzenia czegoś makabrycznego, „co stanowi odwieczne źródło wewnętrznej udręki" [Sontag 2016: 114]. Należałoby także zwrócić uwagę, iż nawet najbardziej bolesne dla odbiorcy utrwalone obrazy ludzkiego cierpienia stanowią źródło dochodu dla ich twórców.

Istniały okresy historyczne oraz związane z nimi kolejne nurty i kierunki w sztuce, w których artyści ze szczególnym zaangażowaniem oddawali się twórczej ekspresji w odtwarzaniu bądź interpretacji zjawisk związanych z kalectwem i chorobą. Do wieku XIX osoby chore lub niepełnosprawne nie uczestniczyły czynnie w tworzeniu dzieła sztuki, stanowiły jedynie temat, w efekcie najczęściej będący wzmocnieniem panujących negatywnych stereotypów. Nie bez wpływu na wizualny odbiór osób obarczonych kalectwem posiada ludowa tradycja kulturowa. Etiologia chorób wynika z magiczno-religijnego przekonania o złu nadchodzącym z zewnątrz, najczęściej motywowanym karą za grzechy. Zarówno śmierć, zaraza czy choroba kulturze chłopskiej (na większości obszarów w Polsce) wizualizowana była i jest pod postacią upiornie wyglądającej kobiety, często zdeformowanej i okaleczonej. To, co zakwalifikowane jest jako brzydota – bladość, zmiany na skórze, wychudzenie, brak owłosienia, deformacja ciała wynikająca z kalectwa – związane jest w wyobraźni społecznej ze śmiercią i przemijaniem.

Jeszcze w wieku XVIII doznanie piękna stanowiło równowartość satysfakcjonującego przeżycia estetycznego. Zadaniem artystów było tworzenie rzeczy pięknych. Zasadnicze zmiany wartościujące poglądy estetyczne na sztukę dokonały się w wieku XIX, wraz z nadejściem romantyzmu, jego ontologii i irracjonalnej estetyki. Kolejny etap stanowiły nowe kierunki w sztuce, w których twórcy odwoływali się ku tworzonym przez siebie teoriom i manifestom, tym samym kształtując nowe, niekiedy subiektywne wykładnie piękna. Dzieła poddawane były ocenie i interpretacji odbiorców, w tym koneserów i krytyków sztuki. Przełom w kategoryzacji cech „tego co piękne" dokonał się poprzez malarstwo impresjonistów, które stanowiło podwaliny sztuki współczesnej. Artyści tworzący na przełomie wieków oraz na początku wieku dwudziestego, doświadczając tragedii I wojny światowej, a następnie wielkiego kryzysu gospodarczego, nie wierzyli w wartości i idee świata zachodniego (także estetyczne), stając się prekursorami nowego języka sztuki, stawiając na pierwszym planie zagadnienie formy ponad treścią.





Il. 10. Otto Dix, *Inwalidzi wojenni grający w skata,* 1920
Il. 11. Egon Schiele, *Autoportret z gołym ramieniem,* 1920

Ludzkie ciało staje się materiałem do artystycznej eksploracji dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku wraz z narodzinami nowego nurtu *Body art*. Od tego czasu stanowiło zarówno tworzywo jak i efekt twórczego działania. Profesor Bohdan Dziemidok zwraca uwagę:

> Do lat sześćdziesiątych XX wieku prawie niepodzielnie panował w estetyce współczesnej pogląd, że sztuka ma estetyczną naturę. Pogląd ten wyrażano *explicite* lub akcentowano *implicite* zarówno w teoriach i definicjach sztuki i dzieła sztuki, jak też rozważaniach poświęconych swoistym wartościom sztuki, jej głównym funkcjom, potrzebom zaspokajanym przez sztukę oraz przeżyciom wzbudzanym przez to dzieło. (...) Najodważniejsze i bezpośrednie zagrożenie dla estetycznej koncepcji sztuki stworzyła dopiero neoawangarda artystyczna lat sześćdziesiątych. Mam tu na myśli głównie takie nurty i formy aktywności artystycznej najnowszej awangardy jak: happening, environment, sztuka ciała, sztuka ziemi, sztuka minimalna i konceptualna. (...) Jak widzimy więc, tradycyjna, estetyczna koncepcja sztuki została zakwestionowana we wszystkich swych podstawowych ogniwach, takich jak: akt twórczy, kunszt artystyczny, indywidualna ekspresja

> niepowtarzalny przedmiot artystyczny i jego walory estetyczne oraz estetyczne przeżywanie i wartościowanie dzieła sztuki [Dziemidok 2009: 148].

Prekursorskie działania nawiązujące do późniejszego gatunku „body art" należą według mnie do meksykańskiej artystki Friedy Kahlo. Doznane kalectwo nastąpiło na skutek choroby w okresie dzieciństwa (prawdopodobnie choroby Hainego-Mediny) oraz późniejszego, nieszczęśliwego wypadku. Jednak problem okaleczenia i uwięzienia we własnym ciele na wiele lat znalazł swoje ujście w wizjonerskim malarstwie, w którym dominującym elementem stał się autoportret artystki. Obrazy Fridy Kahlo nawiązują w swojej stylistyce do kultury ludowej Meksyku, w zakresie ekspresji także do języka wizualnego wykorzystywanego w grafice i malarstwie propagandowym z ostatniego okresu krwawej historii kraju. Twórczość Kahlo do dnia dzisiejszego trudna jest do zakwalifikowania ze względu na jej wybitnie indywidualny, wręcz ekshibicjonistyczny charakter. Ciało Fridy często poddawane jest przez nią mechanistycznej eksploracji – narządy wewnętrzne, płód, kości wydobywane są na zewnątrz już nie jako elementy symboliczne, ale wizerunki przemawiające wprost, objawiające dualizm istoty ludzkiej (w tym wypadku artystki), cierpiącej i obserwującej. Krytycy zazwyczaj zaliczają twórczość Kahlo do obszaru granicznego sztuki oficjalnej i nieprofesjonalnej. Zapewne była pierwsza kobietą malarką dobywającą z własnych doświadczeń ból, utratę nadziei, dramat związany z kalectwem i przeobrażenia go w dzieło plastyczne. Do dnia dzisiejszego obrazy Kahlo stanowią źródło inspiracji wielu artystów tworzących w różnych dziedzinach sztuki.

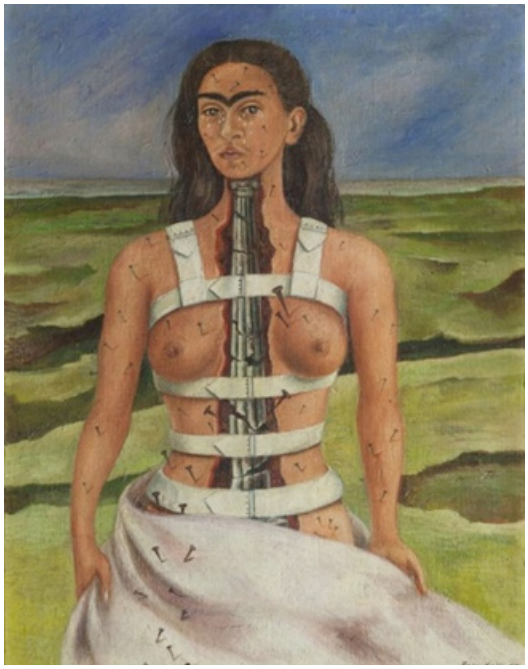
Il. 12. Frida Kahlo malująca na gipsowym gorsecie, 1951, z archiwum Muzeum Fridy Kahlo w Meksyku

Jedną z ciekawszych artystek nurtu „body art" jest Mary Duffy, malarka, performerka, reżyserka, producentka, działaczka na rzecz równouprawnienia osób niepełnosprawnych w relacjach społecznych. Naznaczona od urodzenia niepełnosprawnością, brakiem kończyn górnych, dziś uprawia głównie

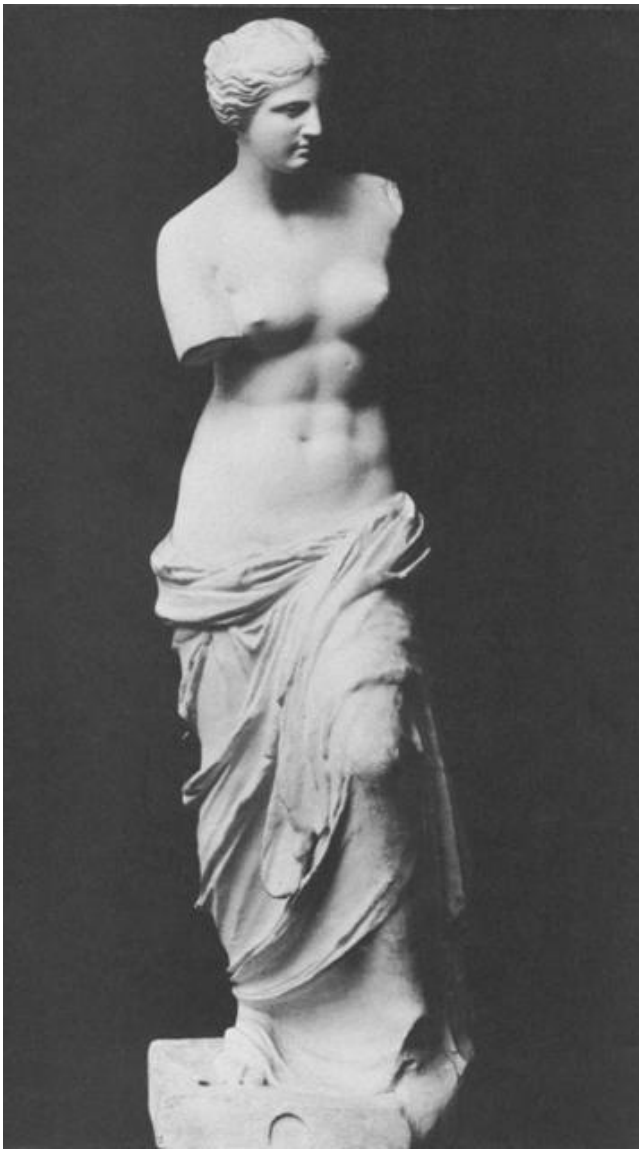
malarstwo pejzażowe, posługując się narzędziami trzymanymi przy pomocy stóp. Przełomowym dokonaniem Duffy stał się jednak performance, którego celem było przyrównanie jej sylwetki pozbawionej ramion, do słynnego posągu Wenus z Milo [Meecham, Sheldon 2005].

Performance dotykał zarówno sfery estetyki, jak i recepcji obiektu sztuki, które uosabiała sama artystka. Prezentowała swoje ciało jako pozbawione człowieczeństwa i osobowości, czując się jedynie obiektem eksperymentów. Nawiązując do kobiecego archetypu, idealnie pięknego ciała milońskiej Wenus, okaleczonej mechanicznie na skutek biegu historii, artystka zaprezentowała w tej samej pozie swoją sylwetkę, obarczoną wrodzoną wadą – niewykształceniem kończyn górnych. W zetknięciu z mitycznym, „fikcyjnym" pięknem posągu poruszyła istotny problem odczytu naturalnego piękna ciała współczesnej kobiety obciążonej wadą urodzeniową, a także traktowania osób niepełnosprawnych w sposób równoprawny.

Współistnienie dwóch światów – osób niepełnosprawnych i zdrowych fizycznie, przenikanie się ludzkiej intymności, wzajemne uczestnictwo w wykonywaniu codziennych czynności, zagadkowość i złożoność życia ludzi niepełnosprawnych stanowią tematy filmów video Artura Żmijewskiego. Artysta przenika w przestrzeń realną życia osób, u których prozaiczne, z punktu widzenia pełnosprawnych



Il. 15. Mary Duffy, fragment zapisu performance, 1987
Il. 16. Wenus z Milo, 150-50 r.p.n.e, Musee du Louvre



Il. 15. Mary Duffy, fragment zapisu performance, 1987 Il. 16. Wenus z Milo, 150-50 r.p.n.e, Musee du Louvre

zdarzenia, stają się nadzwyczajnymi osiągnięciami, przeżyciami i wzruszeniami dla osób chorych. Sam twórca charakteryzuje metodę pracy: „Wymyślam *wstęp, początek sytuacji* – dalej kreuje ją życie. Stoję na pograniczu fabuły i dokumentu, noweli i reportażu. To, co dzieje się w moich filmach, wydarza się naprawdę w rzeczywistym świecie. Ale to ja prowokuję rozwój zdarzeń" [Żmijewski, za Kowalczyk 2005]. Filmy: *Sztuka kochania*, *Na ślepo*, *Oko za oko*, *Na spacer*, *Karolina*, *Lekcja śpiewu* stawiają widza wobec zaskakujących rezultatów przełamywania barier przez ludzi obarczonych upośledzeniem fizycznym, codzienną walką z bólem i cierpieniem psychicznym. Artysta obala do dziś funkcjonujące schematy wyobrażeń o innym, odseparowanym świecie ludzi niepełnosprawnych.

Il. 17 A. Żmijewski, kadr z filmu *Oko za oko*, 1998,
Archiwum Muzeum Sztuki Nowoczesnej

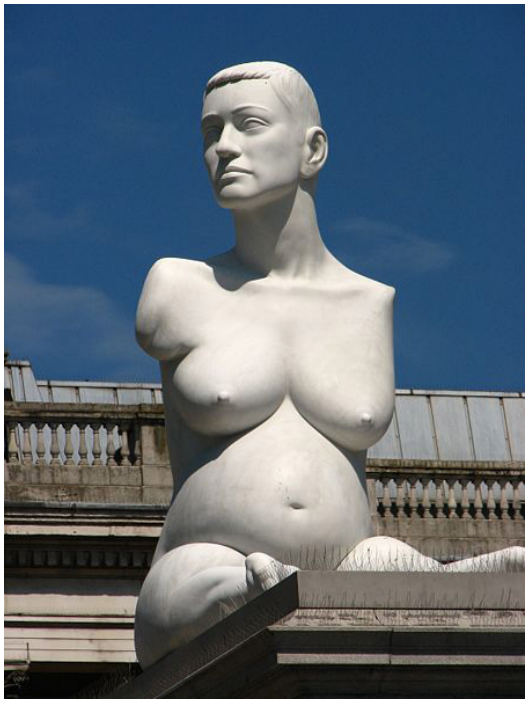
Obecnie jednym z bardziej kontrowersyjnych artystów fotografików jest amerykański twórca Joel Peter Witkin (urodzony w 1939 roku). Tematem jego prac są wizerunki ludzi chorych psychicznie, zdeformowanych fizycznie, hermafrodytów. Artysta wykorzystuje rozczłonkowane ciaław antagonistycznej scenerii lub bliskości elementów obiektywnego piękna, nawiązując do klasycznych dzieł sztuki. P. Witkin tworzy obrazy fotograficzne w oparciu o słynne kompozycje dzieł malarstwa europejskiego, w tym także religijnego. Poprzez subiektywną interpretację tworzy nowy sens ikonicznych tematów sztuki zachodnioeuropejskiej. Najważniejszym w pracach Witkina jest podniesienie kwestii moralności. Do realizacji scen zatrudnia wyrzutków społecznych pariasów, także ludzi zdeformowanych fizycznie i kalekich. Treść fotografii ma charakter moralizatorski, ale najistotniejszą rolę pozostawia do odegrania widzowi i jego odczuciom estetycznym, a także moralnym.

Dzieła fotograficzne Witkina budzą wiele kontrowersji będących odpowiedzią na osobiste odczucia i doświadczenia odbiorców. Ludzkie szczątki, deformacje ciała, obrazy rozkładu komponowane przy udziale pięknych modelek u widzów powodują ambiwalentne odczucia. Według krytyków, Witkin nie jest zwykłym prowokatorem. Odwołuje się do naszego atawistycznego pojmowania fizyczności, seksualności, stawiając nas wobec piękna odczytywanego poprzez ludzką odmienność i tolerancję. We współcześnie rozumianej recepcji sztuki należy do jednych z najbardziej empirycznych twórców, nie pozostawiając widzowi drogi interpretacyjnego odwrotu.

Il. 18. Fot. J. P. Witkin, *Krasnal z Neapolu*, 2006

We współczesnych sztukach wizualnych możemy dostrzec dwa trendy: tworzenia z niepełnosprawnego ciała tworzywa do realizacji dzieła sztuki oraz tworzenie dzieła sztuki, którego tematem jest niepełnosprawność. Tę drugą formę wypowiedzi obrał rzeźbiarz Marc Quinn. W cyklu *The Complete Marbles* (rzeźby kompletne), wykorzystując neoklasyczny wizerunek posągu, przedstawił osoby niepełnosprawne. Biel marmuru oraz monumentalność kompozycyjna rzeźb przywołują na myśl wzorce idealnego piękna kreowanego przez

starożytnych rzeźbiarzy greckich. Cykl *Rzeźby kompletne* przedstawiają niekompletne ciała modeli uwieńczone w marmurze, idealne klasyczne piękno stoi w opozycji powszechnie rozumianej niedoskonałości fizycznej, jednocześnie uzmysławiając siłę i witalność ducha ludzi kalekich.



Il. 19. M. Quinn, *Alison Lepper w ciąży*, 2005, Trafalgar Square w Londynie

W dzisiejszym dyskursie o sztuce, w czasach płynnej nowoczesności, nie sposób wyłączyć obiektywnie pięknych dzieł fotograficznych pozostających na usługach komercyjnych. Niektórzy z zawodowych fotografów mody przy udziale scenografów i charakteryzatorów tworzą obiekty artystyczne, wykorzystując niezwykłość treści własnych interpretacji. Coraz częściej do realizacji swoich zamierzeń poszukują osób z niepowtarzalnym wyglądem, często obarczonych chorobą uwarunkowaną genetycznie, będących „tworzywem" artystycznym dzięki naturze. Przykład może stanowić 26-letnia „topmodelka" Melanie Gaydos obarczona hipohydrotyczną dysplazją ektodermalną[4], obecnie należąca do grupy najlepiej uposażanych modelek na świecie. Krytycy wskazują, że sukces modelki wynika z **faktu uczynienia atutu ze swojego fizycznego upośledzenia**.

Niezwykłość fotografii utrwalającej piękno modela stanowi zespół wykorzystanych środków artystycznych takich jak: statyczna, centralna kompozycja, silne kontrasty światła i cienia. Drobne elementy stroju: czarna koronka przy mankiecie w relacji z jasną dłonią o niewykształconych paznokciach, zdeformowana lecz prawdziwa i idealna w swojej formie głowa modelki wyłaniają

4 *Hipohydrotyczna dysplazja ektodermalna* – genetycznie uwarunkowany zespół wad rozwojowych dotyczących tkanek pochodzenia ektodermalnego, którego przyczyną jest mutacja genowa. Wady wrodzone: Skąpo owłosiona głowa, rzadkie brwi i rzęsy. Dystrofia paznokci rąk i nóg. Pojedyncze żeby mleczne; brak zawiązków pozostałych zębów. Nieodporność na ciepło związana z aplazją gruczołów potowych. (...) Nie znane jest leczenie rokujące poprawę [Witkowski, Prokop 1982: 125].

Il. 20. Fot. S. Makris, MUA Dolly, Melanie Gaydos
Il. 21. Fot. S.Makris, Melanie Gaydos

się z ciemności. Z całą pewnością docieramy do źródeł pojęcia sztuki – prawdy, dobra i piękna – kryteriami, dzięki którym możemy świadomie (bądź nieświadomie) doświadczyć katharsis.

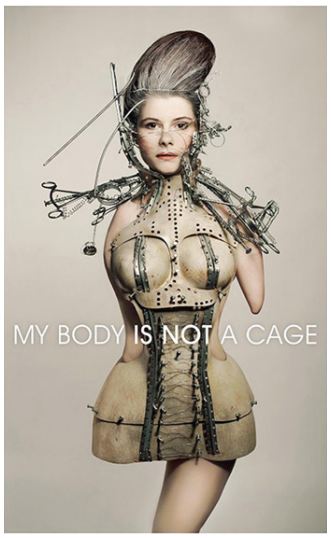
Zastanawia fakt powrotu osób obarczonych wrodzonym upośledzeniem lub kalectwem do systemu podmiotowości w machinie biznesu. Podobnie jak w przypadku „dziwolągów" w dziwiętnastowiecznych cyrkach, nowoczesny „show biznes" wykorzystuje to, co budzi zaciekawienie publiczności. Fakt zatrudniania osób niepełnosprawnych jest dla tychże atutem w tworzeniu swojej niezależności. Okazuje się, że dzisiejsze społeczeństwo akceptuje zmagania z własną ułomnością i dopinguje osoby chcące zaistnieć w mediach masowych.

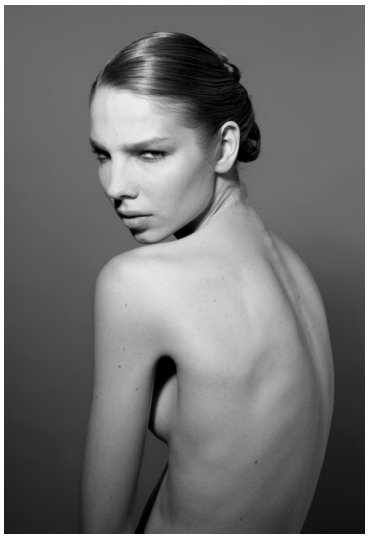
Innym „zjawiskiem medialnym" stała się początkująca modelka z zespołem Downa. W lutym 2016 roku 19-letnia Adeline Stewart została sensacyjnym odkryciem New York Fashion Week. Media komentowały jednoznacznie „18-latka pochodząca z Australii jest wspaniałym przykładem na to, że choroba wcale nie musi przekreślać marzeń. Po raz kolejny udowodniła, że nie ma barier, których nie da się pokonać i wzięła udział w wyjątkowej sesji ślubnej" [Grounsell 2016]. Informacje zamieszczone na jej stronie Facebook nie pozostawiają wątpliwości, że jej fizjonomia, a nie osobowość, ma przyciągać potencjalnych klientów.

Strona internetowa gadżetomania.pl komentuje: „Z pomocą swojej matki dziewczyna szuka agenta, a w międzyczasie promuje się w serwisach społecznościowych, wrzucając zdjęcia i pełne pozytywnej energii wiadomości. Na Facebooku zdobyła już 327 tysięcy fanów, na Instagramie 27 tysięcy. A to dopiero początek, Madeline idzie jak burza" [Wawrzyn 2015].

Znanymi modelami stali się chorzy na bielactwo, obarczeni albinizmem, patologiczną otyłością, karłowatością, osoby z niewykształconymi kończynami (w tym także po amputacjach).

Il. 22. Madeline Stewart, modelka z Zespołem Downa
Il. 23. Modelka: Chantelle Winnie, Vitiligo – bielactwo nabyte





Il. 24. Fot. Danil Golovkin, Modelka: Anastasja Kumarova – albinizm
Il. 25. Fot. Katarzyna Widmańska, *Moje ciało nie jest klatką*, plakat. Modelka: Aldona Plewińska – wrodzona amputacja kończyn
Il. 26. Valentijn de Hinhg. Modelka obarczona hermafrodytyzmem (po operacji zmiany płci)

Przemysł odzieżowy, a także związany z modą w każdym jej obszarze, odnalazł lukę dotyczącą projektów przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych. Pojawili się artyści i projektanci specjalizujący się w kreowaniu nowych trendów dla osób kalekich. Jedna ze skandynawskich firm reklamuje się w następujący sposób: „Katalog prezentujący modę Nordstrom angażuje niepełnosprawnych modeli od 1997 roku".

Ciekawą osobowość wśród niepełnosprawnych *Very Important Person prezentuje Lizzy Velasquez, 26-letnia kobieta obarczona chorobą Marfana*[5] oraz lipodystrofią. W mediach okrzyknięta najbrzydszą kobietą świata, prowadzi kampanie na rzecz ochrony osobistej przed społecznym wykluczeniem oraz prześladowaniami w mediach. Obecnie Lizzy prowadzi swój własny program na internetowym kanale Youtube i posiada 240 tysięcy widzów abonamentowych. Kobieta rozpoczęła także pracę jako modelką.

5 *Zespół Marfana:* dziedziczny zespół wad (...) na podłożu mutacji genowej. Różnego rodzaju anomalie układu kostnego przy nadmiernie wysokim wzroście. (...) tylne i boczne skrzywienie kręgosłupa, lejkowata klatka piersiowa itp. Zbyt duża rozciągliwość stawów z tendencją do zwichnięć. Krótkowzroczność, nadwichniecie soczewki, skłonność do jaskry i innych wad w zakresie gałki ocznej. Wskutek osłabienia ścian naczyń występują zaburzenia sercowo-naczyniowe: rozszerzenia i tętniaki aorty (...). Leczenie objawowe [Witkowski, Prokop 1982: 324].

Il. 27. Fot. R. Towe, Lizzy Velasquez

Nasuwająca się wątpliwość dotyczy motywacji analizowania obiektów sztuki i występującychw nich modeli – urzekającego, tajemniczego piękna wizerunków dalekich w ocenie medycznej od normatywnych. Zadaję sobie pytanie, czym współcześnie kierują się sami bohaterowie uczestniczący w sesjach? Czy jest to bohaterski akt wobec „handicap izmu"? Poddając się, subiektywnie rzecz ujmując, ekshibicjonizmowi na rzecz wytworów sztuki popularnej, będącemu wyzwaniem wobec kanonów piękna narzucanych przez komercyjny przemysł medialny, osoby do tej pory wykluczone udowadniają rację pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, aplikują do społeczności VIP. „Oswojenie wizerunku osób kalekich

> w życiu codziennym zawdzięcza duży udział mediów. Sztuka wychodzi z założenia, że odczucie estetyczne jest subiektywnym doznaniem, często lecz nie zawsze związanym z odczuciem piękna" [Watson, Mann]. Aktywność osób upośledzonych fizycznie w sztukach wizualnych, zarówno w roli twórców, jak i bohaterów dzieł, wnosi jakość, która staje się w czasach płynnej nowoczesności odpowiedzią na indywidualne, estetyczne kanony współczesnego odbiorcy.
>
> Powiedzmy jasno: sztuka współczesna jako estetyczne doświadczenie tworzenia sensu i wartości, jako wzajemne współkonstytuowanie się dzieła i odbiorcy, zakłada pewien korelacjonizm, reprodukuje go i firmuje w każdym momencie jej nieograniczonego doświadczania. (...) Współczesna sztuka apeluje do swoich adresatów, żeby kształtowali ją po swojemu, zakłada niezgodę wśród odbiorców jako idealny, „demokratyczny" rezultat [Malik: 2015].

Należy dodać, że dla wielu współczesnych twórców tematyka chorób powodujących deformację ciała stanowi temat do kreacji dzieł, których semiotyczny przekaz odnosi się do odrębnych obszarów tematycznych np. do problematyki społecznej, politycznej czy religijnej. Deformacja należy do często wykorzystywanych środków wyrazu artystycznego celem **zwiększenia ekspresji wypowiedzi**. Do takich dzieł należą; portret George'a Dyera, Three Figures and Portraits oraz wiele innych Francisa Bacona, cykle fotografii inscenizowanej *Lalki* Hansa Bellmera, projekty mody Alexandra McQueena. Współcześni twórcy, sprzeciwiając się klasycznemu rozumieniu piękna, zmierzają raczej ku jego wyabstrahowanej formie. **Kalekie ciało uchodzi za obszar, którego odmienność a nawet skrajność** są nie tylko tolerowane, a wręcz celebrowane. Zygmunt Bauman stwierdza, że:

> Działanie artysty ponowoczesnego, polega na bohaterskim wysiłku ugłośnienia tego, co bezgłośne, uczynienia namacalnym tego, co niewidzialne – ale też i na tym, by (pośrednio przez odmowę uznania społecznie uprawomocnionych znaczeń i kanonów ich wyrażania) wykazać, że nie tylko jeden głos czy kształt jest możliwy, a więc by zapraszać do udziału w nigdy niekończącym się procesie sensotwórstwa" [Bauman 2013: 182].

Niezwykłą postacią była rzeźbiarka obciążona zespołem Downa – Judith Scott. Pomimo upośledzenia dzieła rzeźbiarskie artystki zostały ocenione przez

krytyków jako genialne w swoim wyrazie. Poprzez budowę wyabstrahowanych obiektów łączonych sznurami, drutem lub wełną artystka wyjawiała istotę swojej osobowości, stawiając przed widzem pytania o to, czym jest życie pod presją choroby. Jej dzieła zaliczane są do najwybitniejszych obiektów sztuki Art Brut.

Twórcy obiektów sztuki wizualnej nie tylko przybliżają tematykę niepełnosprawności. Poprzez odpowiednio wykorzystane środki artystyczne nadają jej wizualny wyraz uprawniający do bycia równoprawnym wyznacznikiem uniwersalnego wizerunku piękna. Deformacja ludzkiej fizjonomii, z którą obcujemy poprzez odbiór współczesnych dzieł sztuki wizualnej, z którą już stykaliśmy się w obrazach twórców poprzednich epok (H. Bosch, El Greco, Goya, Van Gogh, E. Nolde, F. Bacon i innych), nie tylko asymiluje się w obszarze dokonań światowego dziedzictwa kulturowego, ale dla współczesnego odbiorcy wskazuje na fakt przynależności do piękna uniwersum w całej jego złożoności.

Il. 28. Judith Scott przy pracy, 2015

Streszczenie

Analizując dzieła sztuk wizualnych powstałe na przestrzeni wieków, zauważamy, że tematy bezpośrednio związane bądź nawiązujące do postaci obarczonych chorobami uwarunkowanymi genetycznie nie mieściły się w standardach normatywności estetycznej. Z dzisiejszego punktu widzenia ówcześnie niepełnosprawność była często uwarunkowana historycznie i kulturowo. Pomijając fakt, że tylko najsilniejszym osobnikom udawało się przeżyć, ofiary wojen, pandemii, wypadków, także chorób powodujących deformacje ciała, stanowiły powszechny obraz rzeczywistości. Aż do wieku XIX odmienność osobnicza spowodowana chorobą była często utożsamiana z odmienną duchowością człowieka – złą, zepsutą. W sztuce osoby niepełnosprawne były wykorzystywane jako modele – symbole, ilustrujące boski gniew czy też upadek moralny. Dzieła takie niosły przesłanie moralizatorskie. Ludzi kalekich jednocześnie utożsamiano z osobami upośledzonymi umysłowo. Powolny przełom w odczytywaniu ludzkiej niepełnosprawności – i co z tym związane – wprowadzanie zmian i reform społecznych na całym świecie, dotyczył na początku XX wieku głównie kombatantów pierwszej, a następnie drugiej wojny światowej. Niepełnosprawność wynikająca z obciążeń genetycznych została zaakceptowana jako pewnego rodzaju normatywność społeczna w latach 70. XX wieku. Decydujący o tym procesie fakt stanowiły odkrycia i popularyzacja badań genetycznych. Od tego czasu osoby obarczone chorobami stały się pełnoprawnymi twórcami, a także bohaterami obiektów sztuki wizualnej. W kulturze płynnej nowoczesności wizerunki osób obarczonych fizyczną deformacją, będących tematem dzieł, zachwycają pięknem w kategoriach estetycznych oraz stanowią wartość ogólnoludzkiego piękna przynależnego do uniwersum.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność w sztuce, artyści niepełnosprawni, historia idei

The presence of models affected by genetic diseases in visual arts in culture of liquid modernity

While analysing the masterpieces of visual arts, created over the ages, we may notice that issues, directly associated or referred to characters affected by genetically determined diseases, have not conformed to aesthetic normativity standards. From our present point of view, human disability was at that time often determined both historically and culturally. Quite apart from the fact that only the strongest subjects were able to survive, the victims of wars, pandaemics, accidents and diseases, responsible for body deformities, constituted a common image of the reality. Until the 19th century, individual diversity of pathological origin used to be often equated with different human spirituality - evil and/or corrupt. In the arts, disable persons were used as models - symbols, illustrating God's wrath or moral decadence. Such works conveyed a moralistic message. Physically disabled people were equated to mentally impaired subjects. A slow breakthrough in reading the human disability and, what is related to it, the introduction of social changes and reforms all over the world, concerned mainly the combatants of both world wars. The disability, resulting from genetic burden, was accepted as a kind of social normativity in the 70-ties of the 20th century. Genetic discoveries and popularisation of genetic studies were decisive in that process. Since that time, persons, affected by diseases, have become recognised authors but also protagonists in visual arts. In the culture of liquid modernity, the images of persons affected by physical deformation, being subject of created works, fascinate with their beauty in the aesthetic categories and constitute the value of human beauty, belonging to the universum.

Key words: disability in art, disabled artists, history of idea

Bibliografia

Bauman Zygmunt
(2013), *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wydawnictwo Sic! Warszawa.

Boaistuau Pierre
(1561), *Histoires prodigienses,* https://wellcomelibrary.org/, 19.11.2016.

Boaistuau Pierre
(1561), *Histoires prodigienses,* melbourneprints.wordpress.com, Melbourne Prints, Renaissance and Early Modern Print Culture, 19.11.2016.

Bogdan Robert
(1988), *Freak Show: Presenting Oddities for Amusement and Profit Human*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

Courtine Jean-Jacques, Audoin – Rouzeau Stéphane
(2014), *Historia ciała*, T. III, Różne spojrzenia. Wiek XX, słowo/obraz/terytoria, Gdańsk, s.15

Dziemidok Bohdan
(2009), *Główne kontrowersje estetyki współczesnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Eco Umberto
(2000), *Historia brzydoty*, *Romantyczna rehabilitacja brzydoty*, Rebis, Poznań.

Grounsell Lauren
(2016), art., *Here comes the bride: Down syndrome model Madeline Stuart stars in a romantic fairytale wedding photoshoot,* , http://www.dailymaIl.co.uk/femail/article-3484738/Down-syndrome-model-Madeline-Stuart-stars-romantic-bridal-shoot.html, 10.09.2016.

Hall Judith, Froster-Iskenius Ursula,Allanson Judhit
(1989), *Handbook of Normal Physical Measurements*, Oxford University Press.

Kołakowska Agnieszka
(2016), *Plaga słowików,* Teologia Polityczna, Warszawa.

Korniszewski Lech
(2005), *Dziecko z zespołem wad wrodzonych. Diagnostyka dysmorfologiczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Kowalczyk Izabela
(2005), *Sztuka kochania Artura Żmijewskiego,* Galeria BWA, Wrocław, , cojestgrane.pl, 21.12.2016.

Malik Suhail
(2015), *Powód, by zniszczyć sztukę współczesną,* Kronos, nr 3 (34).

Meecham Pam, Sheldon Julie
(2005), *Modern Art, A Critical Introduction, Routledge* Taylor and Francis Group, New York.

Sontag Susan
(2016), *Widok cudzego cierpienia*, Wydawnictwo Karakter, Kraków.

Watson James, Berry Andrew
(2005), *DNA –tajemnica życia*, W.A.B., Warszawa.
Watson Kery, *Disability in Art History,* arthistoryteachingresources.org, / lessons/disability-in-art-history/, 20.09.2016.

Wawrzyn Marta
(2015), *18-letnia modelka z zespołem Downa wypromowała się na Facebooku i Instagramie,* gadzetomania.pl, 28.10.2016.

Wieczorkiewicz Anna
(2009), *Monstruarium*, słowo/obraz/terytoria, Gdańsk.

Witkowski Regine, Prokop Otto
(1982), *Leksykon Chorób dziedzicznych i wad rozwojowych,* PZWL, Warszawa.

Spis ilustracji

Il. 1. Fontana Lavinia (1595), *Portret Antonietty Gonzales,* (Antonietty Gonsalvus), Musée du Château, Blois, http://webmuseo.com/ musees. regioncentre.fr, 19.11.2016.

Il. 2. Velàzquez Diego (1636-38), *Don Diego de Acedo "El Primo,"*, Muzeum Prado, Madryt, https://www.museodelprado.es.

Il. 3. de Vinck Carl (1789), *Journée memorable de Versailles,* Collection de Vinck. Un siècle d'histoire de France par l'estampe, 1770-1870. Vol. 18, https://frda.stanford.edu/fr/catalog/hx742bd3760, 19.11.2016

Il. 4.Guibert Maurice (1892), *Toulose-Lautrec in a Hat and Boa from Jane Avril*, https://artdone.wordpress.com, 19.11.2016.

Il. 5. Guibert Maurice (1894), *Henri de Toulouse-Lautrec as Augusto Clown,* https://artdone.wordpress.com, 19.11.2016

Il. 6. Guibert Maurice (1892), *Henri de Toulouse – Lautrec w stroju samuraja*, https://in.pinterest.com, 19.11.2016.

Il. 7. Fot. (?) Model: *Stefan Bibrowski, Lion Man*, ok. 1930, https://www. elpensante.com/stephan-bibrowsky-el-hombre-con-cara-de-leon/, 04.11.2016.

Il. 8. Fot. (?) (. Model: *Francesco Lentini*, http://www.thehumanmarvels.com/ francesco-lentini-the-three-legged-man/, 19.11.2016.

Il. 9. Fot. (?) *Kongres Dziwolągów z Cyrków Ringling Brothers oraz Barnum i Bailey,* 1924, http://theonlinephotographer.typepad.com/the_online_ photographer/2010/12/kelty.html, 19.11.2016.

Il. 10. Dix Otto (1920), *Inwalidzi wojenni grający w skata*, Staatsgalerie, Stuttgart, http://www.ottodix.org/catalog-paintings/, 28.10. 2016.

Il. 11. Schiele Egon (1920), *Autoportret z gołym ramieniem,* Leopold Museum, Wiedeń, https://artdone.wordpress.com/category/szwajcaria-switzerland/ zurych-zurich/museum-haus-konstruktiv/,16.10.2016.

Il. 12. Fot. (?) *Frida Kahlo malująca na gipsowym gorsecie*, (1951), Museo Frida Kahlo, Meksyk, pl.pinterest.com, 19.11.2016.

Il. 13. Kahlo Frida (1944), *Strzaskana kolumna*, Collection of Dolores Olmedo, Mexico, http://www.artsheaven.com/dolores-olmedo-foundation-oil-painting-reproductions.html, 19.11. 2016.

Dominika Łarionow
Katedra Historii Sztuki
Uniwersytet Łódzki

Gdy lekarz wkracza na scenę... czyli chorzy artyści

Zawarta w tytule trawestacja z fragmentu wypowiedzi Zygmunta Baumana posłuży do zawężenia dość bogatego obszaru badawczego do wybranych zagadnień ze sztuki polskiej XX wieku. Omówię artystów chorych, którzy traktowali pracę twórczą jako formę ekshibicjonizmu. W większości wypadków dotyczył on ciała, które było postrzegane różnorodnie jako obszar: widocznej degeneracji (Stanisław Wyspiański); kobiecości, która zawiodła (Alina Szapocznikow) lub unikatowego piękna uzyskanego dzięki chemioterapii (Katarzyna Kozyra). Osobnym zagadnieniem, które pojawi się w tle niniejszych rozważań, będzie śmierć, jako nieodłączna towarzyszka choroby. W sposób szczególny była obecna w twórczości Tadeusza Kantora, dla którego stała się hasłem propagandowym estetyki ostatnich piętnastu lat aktywności zawodowej. Początkowo była jedynie odniesieniem czysto fantasmagorycznym, natomiast gdy artysta zachorował, wprowadził na scenę lekarza, jako osobę władną ocenić stan zdrowia oraz nieuchronną bliskość kresu życia, co stanowi ciekawe odniesienie do wykorzystanych w tytule słów filozofa.

Susan Sontag w eseju *Choroba jako metafora* (1978) i jego późniejszym uzupełnieniu *AIDS i jego metafory* (1988) analizuje status choroby: występującej jako objaw lub wręcz cecha postaci literackiej (romantyczne suchoty, na przykład: *Dama kameliowa* Aleksandra Dumas, 1848, i jej operowa wersja – *Traviata* Giuseppe Verdiego, 1853), jak również artysty, którego niedomaganie było uznane za oznakę szczególnej wrażliwości. Autorka powołuje się między innymi na Camille Saint-Saënsa, który w 1913 roku zauważył, że „Chopin chorował na gruźlicę akurat w czasach, gdy zdrowie nie było w modzie" [Sontag 2016: 30]. Eseistka podsumowuje:

> kult gruźlicy nie był jedynie wymysłem romantycznych poetów i librecistów operowych, lecz miał szeroki zasięg, a osobę umierająca (młodo) na tuberkulozę naprawdę uważano za osobowość romantyczną. Należy przypuszczać, że realia tej strasznej choroby nie stanowiły konkurencji dla nowych i ważnych idei, zwłaszcza dotyczących osobowości. To właśnie

> gruźlica przyczyniła się do wyartykułowania po raz pierwszy idei choroby indywidualnej oraz koncepcji, że ludzie osiągają wyższą świadomość, stając twarzą w twarz ze śmiercią, a w obrazach literackich nagromadzonych wokół tej choroby można dopatrzeć się nowego wzoru indywidualizmu, który przyjął w wieku XX postać jeszcze bardziej artystyczną i nie mniej narcystyczną [Sontag 2016: 31–32].

Śmierć i Asklepios

W cytowanej wypowiedzi Amerykańska pisarka zwraca słusznie uwagę na przeniesienie znaczenia pojęć, jakie towarzyszy postrzeganiu choroby i jej funkcji. Z ułomności czysto fizycznej stała się synonimem indywidualizmu, traktowanego jako cecha osobowości twórczej. Beneficjentem takiego rozumienia terminów był Tadeusz Kantor (1915–90) – malarz, performer, pisarz, a nade wszystko reżyser teatralny, twórca owianego legendą teatru Cricot 2 i jego słynnych widowisk, takich jak między innymi *Umarła klasa* (1975) czy *Wielopole, Wielopole* (1980). Był człowiekiem trudnym, o cechach narcystycznych, którego twórczy rytuał składał się, między innymi, z podniesionego głosu czy spektakularnych awantur w trakcie prób. Ekspresja zachowania wobec innych ludzi definiowała w rozumieniu Kantora pojęcie artyzmu. Jednakże określenie, że „był człowiekiem chorym na sztukę", byłoby krzywdzące zarówno dla niego, jak i dla dzieła.

Mieczysław Porębski, historyk sztuki i wierny obserwator dokonań Kantora usprawiedliwiał jego zachowanie poprzez dokonanie pewnej paraboli. Badacz skupił się na epoce, w jakiej przyszło wzrastać twórcy krakowskiemu, czyli na latach 30. XX wieku. Na świecie był to szczególny okres w sztuce, po przejściu Wielkich Awangard, natomiast w Polsce artysta

> wchodził w życie jakby przed nimi, wśród wciąż żywych – zwłaszcza w naszej Europie Środka – ech, akademizmu, symbolizmu, postimpresjonizmu i wczesnego ekspresjonizmu, chleba powszedniego, którym poprzez dom rodzinny, obyczaje, szkołę, wystawy, życie teatralne karmione były młode roczniki między jedną a drugą wojną światową [Porębski 1997: 150].

Dokonane przez historyka porównanie wykazało różnice w rozwoju nowoczesności między naszym krajem a resztą Europy. Były one z pewnością przyczyną, dla której dojrzałą działalność Kantora będzie cechował silny imperatyw

do pokazania odrębnego, osobnego charakteru kreowanej sztuki, która byłaby i romantyczna, i młodopolska, i zarazem awangardowa. Uwaga Porębskiego wydaje się zasadna w niniejszym kontekście jeszcze z jednego względu. Dla Kantora naturalną konsekwencją rozwoju sztuki musiała być chęć zmierzenia się ze śmiercią, by ją oswoić i nadać sztuce cechę wzniosłości, świadczącą o wyższym stopniu zaangażowania artysty, rozumianego apriorycznie jako ktoś wyjątkowy, indywidualista, obdarzony szczególną, bo odmienną od zwykłej wrażliwością, zgodną z etosem XIX-wiecznym w rozumieniu Sontag.

W 1975 roku powstaje manifest *Teatru Śmierci*, chyba najbardziej znany na świecie tekst Kantora. Jednocześnie reżyser przygotowuje *Umarłą klasę* – spektakl został okrzyknięty światowym widowiskiem stulecia. Koncepcja artysty wyłożona w autorskiej wypowiedzi zawierała chęć, by stanąć na progu, rozumianym jako granica między życiem a śmiercią, ale też stała się okazją do polemiki ze wszystkimi ważnymi prądami w sztuce XX wieku. Manifest odwołuje się bowiem do koncepcji Edwarda Gordona Craiga, ale również Marcela Duchampa czy surrealistów francuskich [szerzej: Łarionow 2015]. Artysta ich poglądy pozornie uśmierca lub raczej usiłuje „odłożyć" na zakurzone półki muzeów sztuki współczesnej, by w końcowej części wywodu nazwanej *Rekapitulacją* dokonać ich uświęcenia w świetle własnych dokonań w sztuce.

Śmierć uwzględniona w tytule manifestu zyskała personifikację w widowiskach teatru Cricot 2. Po raz pierwszy pojawiła się w przedstawieniu *Umarłej klasy*, pod postacią androgenicznej Sprzątaczki, zagranej przez Stanisława Rychlickiego. Aktor był ubrany w lnianą suknię, na głowie nosił kapelusz damski, przypominający modę z lat 30. XX wieku. Twarz miał pobieloną, a rzęsy i brwi uwypuklone makijażem. Jego bohaterka rządziła w klasie pełnej staruszków, ze swoim dzieciństwem na plecach, czyli z lalkami doczepionymi do kostiumów. Miała być, wedle słów reżysera, demoniczna, odrażająca jak właścicielka burdelu, jednocześnie nosząc w sobie pierwiastek fascynacji i przyciągania.

Dziesięć lat później reżyser dokona w postaci znaczącej przemiany. W spektaklu-rewii *Niech sczezną artyści* (1985) Kantor wprowadził postać określoną jako Dziwka z kabaretu, która nazwana została także Aniołem Śmierci. Grała ją młoda, piękna kobieta (Teresa Wełmińska), która w skąpym, wyuzdanym stroju przechodziła przez scenę wraz z centralną dla widowiska postacią Wita Stwosza (Andrzej Wełmiński). I choć te dwa obrazy w pełni nie wyczerpują tematyki obecności śmierci w twórczości Kantora, to dobrze pokazują, że miała ona funkcję kreacyjną względem całego świata przedstawionego. Nie była związana z aktem umierania poprzedzonego chorobą, z deformacją ciała itp. Artysta nigdy też nie posłużył się klasycznym wizerunkiem ikonograficznym

śmierci, przedstawiającym ludzki szkielet z kosą[1].

Przedstawienie *Niech sczezną artyści* jest ważne w niniejszym kontekście z jeszcze jednego względu. Kantor powrócił w nim do młodzieńczej fascynacji lekturą *Wspólnego pokoju* Zbigniewa Uniłowskiego. Powieść z 1932 roku miała dla reżysera szczególny charakter, gdyż zawierała silne przeczucie śmierci, jakie towarzyszyło pisarzowi, który sześć lat po jej opublikowaniu zmarł nagle na zapalenie opon mózgowych. Artysta krakowski chciał osiągnąć w swojej pracy podobny stan, czyli chciał wpisać własny zgon w dzieło.

Do widowiska wprowadził zmultiplikowany autoportret sceniczny poprzez współistnienie czterech postaci: **Ja** – postać realna, główny sprawca wszystkiego; **Ja** – umierający, postać sceniczna; **Autor** postaci scenicznej – umierającego, opisującego w nim siebie samego i swoją własną śmierć; **Ja** – gdy miałem sześć lat, wiadomo kto. Było to pierwsze tak wyraźne wkroczenie Kantora do teatru nie tylko jako reżysera, autora widowiska, ale również jako jawnie występującej postaci scenicznej. Widoczny w tym geście autotematyzm stał się wyróżnikiem dla ostatniego etapu twórczości krakowskiego artysty[2].

Dla rozpoznania wszystkich bohaterów i ich funkcji w rewii reżyser wprowadził postać Asklepiosa, czyli lekarza. W spisie osób został on dokładnie dookreślony również poprzez zaznaczenie, że był narodowości greckiej. Kantor dobrze znał łacinę i doskonale orientował się w mitologii antycznej. Asklepios nie został wybrany przez reżysera tylko jako bóg sztuki lekarskiej. Mit zawiera jeszcze jeden istotny w niniejszym kontekście element. Syn Apollina i nimfy Koronis przekroczył swoje uprawienia, gdyż potrafił nie tylko wyleczyć z różnych chorób, ale również wskrzeszał zmarłych. Nie spotkało się to z uznaniem w oczach innych bogów, między innymi Pluton skarżył się na takie praktyki.

1 W *Niech sczezną artyści* pojawia się ikonograficzny wizerunek śmierci jednak użyty przez Kantora nieco przewrotnie. Na szkielecie konia jeździła postać Piłsudskiego. Anegdotą pozostało jego pozyskanie, gdyż zamówiony dotarł luzem w worku do siedziby Cricoteki, mieszczącej się wówczas przy ulicy Kanoniczej w Krakowie. Pracownicy teatru musieli go składać kostka po kosteczce, aby uzyskać właściwą naturalną formę, która stała się niezwykłym przedmiotem Kantorowskiej rekwizytorni. Wykreowanie obrazu mitycznego marszałka na szkielecie konia w połowie lat 80. XX wieku było aktem dużej artystycznej odwagi. Artysta odwoływał się do idei pogrzebania narodowych mitów, ale też wyraził pragnienie, aby ponownie wyjechał na scenę dziejów wielki wódz, czyli wyzwoliciel. Przy czym należy wyraźnie zaznaczyć, że Kantor nigdy nie uprawiał sztuki politycznie zaangażowanej, jednakże kilka razy w ciągu swojej ponad pięćdziesięcioletniej aktywności zawodowej wykonał wyraziste gesty, określające przy pomocy metafory jego poglądy.

2 W latach 80. XX wieku Kantor powracał do zarysowanych wcześniej idei, redefiniował własne gesty artystyczne, przygotował do wydania tom pism, które ukazały się już po jego śmierci pod tytułem *Metamorfozy. Teksty o latach 1938–1974*. W poetykę pamięci wpisały się też dwa widowiska: *Nigdy tu nie powrócę* (1988) i cricotage *Maszyna miłości i śmierci* (1987).

Zeus musiał ukarać Asklepiosa, którego poraził śmiertelnie piorunem.

Wydaje się, że dla Kantora niezwykle istotną była umiejętność antycznego lekarza przywracania do życia, dlatego tak bardzo chciał utożsamić bohatera własnej sztuki z greckim bogiem. Jego intencje jako artysty były zgodne z postrzeganiem ponowoczesnej śmierci przez Baumana, który słusznie zauważył, że choć medycyna potrafi już zapobiegać chorobom, leczyć je, to jednak nadal nie usunięto „przyczyny przyczyn", czyli samej śmiertelności. Twórca *Niech szczezną artyści* pragnął być nieśmiertelny, a jednocześnie był absolutnie świadomy swojej śmiertelności. Piętnaście lat jego pracy, które określają daty: z jednej strony – prapremiery *Umarłej klasy* (1975), z drugiej – własnej śmierci w 1990 roku, stały się dokładną egzemplifikacją słów filozofa: „nieubłagalna, nieodwracalna konieczność śmierci przydaje powabu nieśmiertelności i przekształca marzenie o życiu wiecznym w siłę ogromną, w pobudkę do twórczego zrywu" [Bauman 2000: 256]. Ferwor, w jakim tworzył Kantor w ciągu ostatnich lat, nie był obarczony tylko patosem. Niejednokrotnie sceny tragiczne w powstałych w tym okresie przedstawieniach były przełamywane sytuacjami komicznymi.

Sekwencje w spektaklu *Niech szczezną artyści* z udziałem postaci lekarza miały wedle zamiaru artysty dowcipny charakter, o dynamice rodem z komedii *dell'arte* i jednego z jej stałych bohaterów, czyli Dottore, inaczej zwanego też Balanzone. Zbieżności były widoczne w przygotowanym przez Kantora kostiumie Asklepiosa. Postać medyka w gatunku improwizowanego teatru włoskiego ubierano zawsze w czarny płaszcz i kapelusz. Szyję przykrywano białą kryzą, a twarz charakterystyczną półmaską z dużym nosem. Kantor przygotował jego historyczną parafrazę. W widowisku Cricot 2 lekarza zagrała kobieta, Mira Rychlicka, a jej atrybutem były recepty i chęć zmierzenia pulsu zmultiplikowanych postaci. Nosiła długi czarny płaszcz, białą męską koszulę, kamizelkę, melonik i okulary. Miała ocenić, który z Kantorów obecnych na scenie jest nadal żywy, a który już jest martwy lub zaraz będzie.

Ciekawostką w tym miejscu może być fakt, że w partyturze przedstawienia, opublikowanej dopiero w 2005 roku, lekarz nie ocenia stanu postaci w sposób samodzielny. Ostateczny werdykt w sprawie ich życia lub śmierci należał do rzeczywistego Kantora, który był obecny na scenie podczas widowiska. Jego funkcja sprawcza wynikała z koncepcji autorskiego teatru Cricot 2, w której reżyser był najważniejszym punktem odniesienia, głównym kreatorem. Ten demiurg musiał być obecny przy każdej kolejnej reprezentacji dzieła, by czuwać nad prawidłowym przebiegiem zdarzeń scenicznych.

> Gdy LEKARZ ASKLEPIOS wypisujący receptę pyta o nazwisko chorego,
>
> AUTOR wskazuje palcem na

UMIERAJĄCEGO,

a potem na MNIE.

Mówi: ten (UMIERAJĄCY) to jest ten (wskazuje na MNIE),

wychodząc z założenia, że lekarz, postać, bądź co bądź, sceniczna, musi znać

nazwisko GŁÓWNEGO SPRAWCY wszystkich postaci w sztuce, tzn. MNIE.

LEKARZ, którego sylwetka waha się

między powagą uczonego a klaunerią,

sprawdza podobieństwo, chyba niedowidzi,

krótkowidz, leci do mnie, bada puls,

leci do UMIERAJĄCEGO, bada,

AUTOR ubawiony wskazuje raz MNIE, raz UMIERAJĄCEGO,

LEKARZ lata oszołomiony,

AUTOR niezmordowanie ciągnie swoją grę z przeszłością:

wskazuje palcem MAŁEGO

ŻOŁNIERZYKA, a potem mnie, dając do zrozumienia widzom i LEKARZOWI, że

MAŁY ŻOŁNIERZYK jest MNĄ –

GDY MIAŁEM 6 LAT.

LEKARZ lata od jednego do drugiego, bada puls, stwierdza, jak zawsze, zgon lub:

niedługo umrze...

AUTOR coraz szybciej wyciąga, krzyżuje ręce jak drogowskazy.

W końcu lituje się nad ogłupiałym kompletnie LEKARZEM,
wskazuje na

UMIERAJĄCEGO, a potem na siebie

samego, mówi: ten, to jestem ja...

LEKARZ sprawdza automatycznie puls jednego i drugiego,

automatycznie wypowiada formułę zgonu, i ma jeszcze na tyle
zdrowego rozsądku,

by skojarzyć MNIE z AUTOREM [Kantor 2005: 22].

W realnym spektaklu Asklepios wypowiadał jedynie po grecku zdanie: *Tethneksei met oligashoras*, co znaczy: umrze po kilku godzinach. W didaskaliach Kantor wypowiedź lekarza komentował:

Śmierć przemówiła językiem klasycznym.

Nie ma wątpliwości, że żarty się skończyły [Kantor 2005: 33].

Tym samym Asklepios zostaje utożsamiony ze śmiercią. Jednak Kantor nie obdarza jej patosem tragedii. Dookreśla nastrój sceniczny, mówiąc:

Ale okazuje się, że nikt nie wyjdzie cało w tym teatrze – cyrku.

Wszyscy tracą w nim swoją oficjalną godność.

Powaga musi przebijać się przez śmiech

i cyrkowe grymasy [Kantor 2005:33].

Asklepios – śmierć stał się postacią progową, która oprócz ocenienia stanu funkcji życiowych zmultiplikowanych bohaterów, miała odmienić sens widowiska. Nastrój spektaklu ulegał zmianie: z zabawy komediowej w tragedię, balansując na skrajnych emocjach, przejściach od śmiechu do łez.

Kantora stosunek zarówno do lekarzy, jak i do śmierci nabrał innego charakteru, kiedy sam zaczął chorować. Stało się to w trakcie pracy nad ostatnim, niedokończonym spektaklem Cricot 2 – *Dziś są moje urodziny*. Artysta zmarł w Krakowie 8 grudnia 1990 roku, na dwa tygodnie przed planowaną premierą. Wcześniej, w lipcu 1989 roku reżyser przebywał w niemieckim uzdrowisku Bad Steben. Dokuczała mu bowiem kontuzja kolana i pojechał odbyć konieczną rehabilitację, w trakcie której zdiagnozowano zaawansowaną chorobę krążenia. Kantora leczył wówczas niemiecki kardiolog, dr Gerhard Klein, który również go poinformował o grożącym niebezpieczeństwie nagłego zgonu, ze względu na duże ryzyko zawału, szczególnie przy prowadzonym trybie życia. Marek Pieniążek, autor wnikliwej analizy ostatniego widowiska Cricot 2, stwierdził, że „Kantor był wyraźnie zaskoczony i niepogodzony z tak dramatyczną diagnozą. Z tego gwałtownego i bolesnego przeżycia powstał impuls do przełożenia owej sytuacji na zdarzenie sceniczne" [Pieniążek 2005: 205].

Początkowo postać lekarza miała w jakimś stopniu nawiązywać do Asklepiosa ze wspomnianej rewii. Miała go ponownie zagrać Mira Rychlicka. W trakcie prób lekarz zyskał inną tożsamość. Nadano mu nazwisko Doktora Kleina, tym samym odsyłając do realnej postaci. Niemiecki kardiolog wyraził zgodę na użyczenie swoich danych postaci scenicznej. Niezwykłym skojarzeniem dokonanym przez reżysera było zestawienie postaci medyka ze starotestamentowych Jehową. Rychlicka nosiła biały szpitalny kitel, na szyi miała monstrualny stetoskop, a na twarzy duże okulary, co było jedynym widocznym nawiązaniem do Asklepiosa. W widowisku ciekawy był moment przeobrażenia się lekarza w boga. Zanim Doktor Klein wyszedł na scenę, pojawili się pielęgniarze, którzy przynieśli „stos ciał okrytych chustami", tworząc ambalaż ludzki. Pojawienie się lekarza w zachowanej partyturze Kantor komentował:

> Przypuszczalnie przybywa,
>
> aby nieść pomoc
>
> tym ludzkim kreaturom –
>
> ambalażom.
>
> Przemyka się koło stosu ciał,
>
> kieruje się ku środkowi sceny.
>
> Z przeciwległej strony

wychodzi NOSIWODA

z Wielopola, bosy, obdarty,

z konewkami,

nawiedzony prorok

tańczy w takt skocznej i żałosnej,

typowo żydowskiej piosenki.

Pomimo swej powagi DOKTOR KLEIN ulega urokowi

NOSIWODY z Wielopola,

tańczy,

zapominając kompletnie

o swojej roli.

Już nie jest lekarzem

kliniki.

Mógłby być, a może jest

Jehową.

Wzmaga się szał tańca,

włączają się do niego

głuche i groźne dźwięki –

bicie serc.

To już nie szpital

z chorymi,

z pielęgniarzami,

z naczelnym, być może

lekarzem [Kantor 2005: 281].

Prawdziwy Doktor Klein z pewnością nie mógł przypuszczać, że stanie się egzemplifikacją choroby. Widoczne było to w fakcie wprowadzenia odgłosów bicia serca w tle toczących się wydarzeń scenicznych. Ciąg zdarzeń dramaturgicznych opisuje lęk przed ostatecznym werdyktem, jaki lekarz ma wygłosić wobec przyniesionego mu stosu okrytych ciał, czyli wielkiej metafory pojęcia choroby. W realnym widowisku Klein miał wygłaszać formuły medyczne, których tekst został zaczerpnięty z recept i wypisów należących do Kantora [por. Pieniążek 2005: 208–209].

Bauman wprowadził pojęcie „stanu wymagającego interwencji medycznej". Zakłada ono, jako rzecz oczywistą, konieczność wykonania badań, zażycia leków, otrzymanie recept i stosowanie się do zalecanej kuracji. „*Być chorym* oznacza teraz *zwrócić się o pomoc do lekarza*, a pomoc lekarza oznacza, że nasz stan jest stanem chorobowym.... Co jest pierwsze: jajko czy kura? I co tu jest jajkiem, a co kurą?" [Bauman 2011: 123]. Kantor też zadawał podobne pytania, gdy jego Klein porzucał zgromadzone chore ciała i zamieniał się w żydowskiego Nosiwodę. Sam ekshibicjonizm artysty miał spełnić funkcję „magicznej czarodziejskiej różdżki", która odczaruje jego rzeczywisty stan chorobowy. Sztuka miała uleczyć.

Gdy powrócimy do wizerunku Asklepiosa i jego funkcji wobec autora-demiurga, to od razu zauważymy przeniesienie pojęć, jakiego dokonał Kantor w ostatnim spektaklu. W *Niech szczezną artyści* umieścił bowiem siebie w pozycji boga, ostatecznego dyrygenta całej sytuacji. W *Dziś są moje urodziny* lekarz zamieniony zostaje w Jehowę, czyli postać, do której będą już należeć wszystkie decyzje. Dlatego Klein śmiało wchodzi na scenę wraz ze wszystkimi ważnymi atrybutami: białym fartuchem, stetoskopem i pielęgniarzami. Staje się dyrygentem całej sytuacji. Oczywiście niemieckiego lekarza, najpierw uwiedzionego przez żydowskiego Nosiwodę z Wielopola, a potem przeobrażonego w starotestamentowego Jehowę, można interpretować również jako kantorowską grę z pamięcią Holocaustu. W tym kontekście rozumienie obecności Kleina otwiera inny dyskurs, który nie będzie przedmiotem niniejszych rozważań.

Z pewnością badaczy zaskoczył osobny styl podejścia Kantora do choroby, gdyż przy dość dużym ekshibicjonizmie, widocznym w stylu uprawianej sztuki, zachował wobec własnej ułomności dystans, umieszczając niedomaganie w sferze metafory. Należy pamiętać, że jego dzieła, szczególnie od lat 70. XX wieku, skupione były na budowaniu kolejnych autotematycznych odniesień.

Figura śmierci była niezwykle istotnym elementem znaczeniowym sztuki Cricot 2, która mimo wszelkich zabiegów autora była *podszyta* młodopolskim fatalizmem. Natomiast przez większą cześć życia artysty odniesienie to stanowiło jedynie formę artystycznego wyrazu lęku przed zgonem jako naturalną konsekwencją życia.

Gdy dla Kantora jako człowieka śmierć stała się realną groźbą, wynikającą z fizycznego stanu ciała, cała siła lęku została zamknięta w postaci Doktora Kleina – synonimu choroby, boga i umierania. Artysta dokonał ukrycia własnej choroby za zastawką zbudowaną z iluzji sztuki, jakby się wstydził ułomności lub wręcz nie akceptował wszelkich możliwych konsekwencji. Wydaje się, że śmierć twórcy, chociaż wpisywana w dzieło wielokrotnie, zaznaczona w wielu wywiadach, nigdy tak naprawdę nie została przez autora zaakceptowana. Kantor postąpił zgodnie ze spostrzeżeniami Susan Sontag, która słusznie zauważyła, że choroby serca nie mały tak romantycznego rodowodu.

> Atak serca stanowi wydarzenie, ale nie obdarza chorego nową tożsamością, czyniąc go jednym z nich. Jeśli prowadzi do jakiejś zmiany osobowości, zazwyczaj będzie to zmiana na lepsze: pod wpływem lęku sercowiec zaczyna uprawiać gimnastykę i dbać o dietę, okazuje więcej rozwagi i prowadzi zdrowszy tryb życia. Często też uważa się, że zawał sprowadza łatwą śmierć, chociażby dlatego, że jest to śmierć natychmiastowa [Sontag 2016: 119].

Twórca krakowski, mimo że mówił o śmierci przez ostatnich dwadzieścia lat, odmieniał jej imię we wszystkich możliwych formach, a nawet wziął z nią imaginacyjny ślub w spektaklu *Nigdy tu nie powrócę* (1988), to jednak, wydaje się, pożądał innego jej realnego przebiegu. Możliwe, że Kantor chciał być przez śmierć naznaczony, aby umrzeć, oswajając lęk poprzez sztukę.

Choroba – organiczne zniszczenie, deformacja

Sontag równoważy gruźlicę i syfilis, które były istnym plagami w XIX wieku, jednakże o różnej etymologii: o ile pierwsza przydawała ciału szlachetności, o tyle druga wiązała się ze sferą życia płciowego i była znakiem rozwiązłości. W kulturze polskiej mamy problem ze Stanisławem Wyspiańskim (1869–1907), jego dziełem i chorobą weneryczną. Wydaje się, że dopiero literaturoznawcy pod koniec XX wieku zaczęli pisać o młodopolskim poecie, scenografie, reżyserze i malarzu, nazywając wprost schorzenie, na jakie cierpiał. Większość wcześniejszych prac analitycznych wspomina jedynie o ciężkiej chorobie, którą zdiagnozowano w połowie roku 1898. Marta Tomczyk-Maryon w biografii artysty, opublikowanej w 2009 roku, zwraca uwagę, że być może wiedział o swojej przypadłości od 1895 roku, jednakże ten fakt udało mu się ukryć przez parę pierwszych lat. Wszak artysta, uznany za czwartego wieszcza w panteonie narodowej kultury, nie mógł być chory na przypadłość kojarzoną z frywolnym stylem życia.

Amerykańska eseistka pisała: „Syfilis postrzegano nie tylko jako chorobę okrutną, lecz upokarzającą i wulgarną" [Sontag 2016: 60]. Z pewnością inaczej wyglądałaby postrzeganie choroby autora *Wesela* przez mu współczesnych, gdyby zapadł na równie groźne suchoty. Przykładem mogą tu być losy recepcji dzieła i osoby Fryderyka Chopina. Kraków, miasto rodzinne Wyspiańskiego, celebrowało jego stan, ale nie mówiąc, czego był konsekwencją, raczej skupiając się na naznaczeniu tragicznym osobowości artysty.

Twórca poddawał się różnym kuracjom. W 1901 roku przebywał na leczeniu w Rymanowie, dwa lata później w Wenecji. W latach 1904 i 1905 w miesiącach letnich dwukrotnie gościł w uzdrowisku Bad-Hall, gdzie znajdowały się źródła jodowo-bromowe. Rezultatem tego leczenia było poważne zatrucie organizmu, wymagające umieszczenia chorego w październiku 1905 roku w prywatnym zakładzie dla nerwowo chorych doktora Karola Żuławskiego w Krakowie. Był tam około miesiąca. Latem 1907 roku jego stan się gwałtownie polepszył, by jesienią ulec gwałtownemu pogorszeniu.

Artysta umarł w Krakowie w Domu Zdrowia doktora Jana Gwiazdomorskiego 28 listopada 1907 roku w wieku trzydziestu ośmiu lat. Ówczesne gazety szczegółowo rozpisywały się o ostatnich chwilach życia poety. Wydrukowano nawet zdjęcia Wyspiańskiego na łożu śmierci. Leżał już ubrany w garnitur na szpitalnym łóżku, ręce miał skrzyżowane, przy jego bokach położono chryzantemy. W prasie skontrastowano zdjęcie martwego dramaturga z ostatnimi fotografiami żywego artysty.

Pogrzeb zorganizowany został z niezwykłą starannością 2 grudnia 1907 roku. Ustalono szczegółowy porządek konduktu, który miał przejść z Kościoła Mariackiego do Krypty Zasłużonych w kościele na Skałce. Na mszę odprawioną w Prezbiterium Kościoła Najświętszej Marii Panny wydawano bilety wstępu

nawet członkom najbliższej rodziny. Wyspiańskiego żegnał cały Kraków, a plan pochodu liczył siedemdziesiąt trzy punkty. Przy czym rydwan pogrzebowy ze zwłokami zajmował daleką, sześćdziesiątą drugą pozycję. Przed trumną szli przedstawiciele: straży pożarnej, szkolnictwa, izb handlowych i rzemieślniczych, aptekarzy, drukarzy, lekarzy, adwokatów, dziennikarzy, artystów dramatycznych i duchowieństwa. Za trumną podążała rodzina, Akademia Sztuk Pięknych, posłowie na Sejm i do Rady Państwa, reprezentacje innych miast i Uniwersytetu Jagiellońskiego. Całość zamykała straż miejska i akcyza miejska.

Pogrzeb Wyspiańskiego w oczach badaczy „stał się jedną z ostatnich w czasach autonomii galicyjskiej spontanicznych manifestacji obywatelskich Polaków, tłumie przybyłych na tę uroczystość z trzech zaborów" [Romanowska 2007: 25]. Mieszczański Kraków pochował z honorami artystę chorego na wstydliwą chorobę, a pisma „Czas" i „Głos Narodu" wydrukowały wypowiedź księdza Jana Pawelskiego, który spowiadał Wyspiańskiego z zapewnieniem o pokucie twórcy i jego głębokiej religijności. W tych gestach nawet po ponad stu latach widać wiele ironii.

Sontag w swoim eseju zwraca uwagę na zmianę postrzegania syfilisu, jaka dokonała się wraz z rozwojem medycyny na początku XX wieku, kiedy jeszcze przed pojawieniem się antybiotyków można było częściowo zahamować przebieg choroby dzięki arsfenaminie, wynalezionej w 1909 roku przez niemieckiego mikrobiologa Paula Ehrlicha. Autorka *Choroby jako metafory* wspomina Emila Ciorana, który pisał, że zarażenie się chorobą weneryczną wiązało się z możliwością doznania nagłych przebłysków geniuszu, gdyż schorzenie znacząco wpływało na układ nerwowy. Jednakże konsekwencją mógł być obłęd w ostatnim stadium przebiegu klinicznego syfilisu. Dla rumuńskiego filozofa, po okresie wzmożonej pracy, perspektywa zapadnięcia się w psychozę była niezwykle nęcąca ze względu na domniemaną możliwość osiągnięcia sukcesów w czasie chorobowego pobudzenia kory mózgowej.

Ciekawostką może być fakt, że nikt do tej pory nie analizował dzieła Wyspiańskiego w kontekście przebiegu klinicznego choroby oraz jej wpływu na stan umysłu twórcy i powstałe w tym okresie prace artystyczne. On sam natomiast od razu wpisał ją w projektowany wizerunek śmierci o etymologii pełnej symbolicznych odniesień, pogłębionej przez secesyjny stylistyczny fatalizm.

Wesoły jestem świeży ---

– cóż to? na marach trup?

To ciało tylko leży.

Lecz duch jak ognia słup

(List do Adama Chmiela, datowany na 7–12 sierpnia 1905 roku z Bad Hall [za: Romanowska 2007: 32]).

Tymi słowami w 1905 roku odpowiadał Wyspiański przyjacielowi na zapytanie o stan zdrowia. W wierszu znajdujemy dozę ironii i dystansu autora do siebie. Należy pamiętać, że artysta, który w wieku dwudziestu paru lat dowiedział się, że choruje na syfilis, dojrzewał twórczo w cieniu śmierci. Konsekwencją przebiegu choroby u Wyspiańskiego była degradacja chrzęści. Jego ciało ulegało powolnemu rozkładowi, co spowodowało najpierw ograniczenia ruchowe, później zniszczenie rąk, a na koniec destrukcję szczęki i nosa, w wyniku czego pisarz nie mógł przełykać pokarmu.

Ewa Miodońska-Brookes, badaczka twórczości młodopolskiego poety, zwróciła szczególną uwagę na fascynację twórcy rozkładem. Literaturoznawczyni zauważa, że gdy porównamy dorobek zarówno plastyczny, jak i literacki Wyspiańskiego, z łatwością odnajdziemy w nim liczne ślady fascynacji procesami organicznego rozkładu. Szczególnym tego wyrazem był z pewnością między innymi projekt witrażu przedstawiającego Kazimierza Jagiellończyka, przeznaczonego dla Katedry na Wawelu z 1900 roku, na którym twarz króla została potraktowana jako czaszka z koroną. W kręgu znajomych poety było wielu biologów, lekarzy, gdyż interesował się metodologią nauk i wprowadzanymi nowymi technikami, między innymi mikroskopią czy kliszą rentgenowską. Bywał gościem także w Katedrach Chirurgii i Anatomii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ten obszar fascynacji Wyspiańskiego z pewnością wiązał się z postępami choroby, która w dostrzegalny sposób wpływała na ciało. Bez wątpienia empiria śmierci ma u twórcy młodopolskiego inny wymiar niż u artystów opowiadających o końcu bytu jako o naturalnej konsekwencji życia, do których z pewnością należał później między innymi Tadeusz Kantor. Wyspiański żył ze śmiercią w specyficznej symbiozie, chociaż nie do końca był z nią pogodzony. Obrazuje to przejmująca w swoim charakterze poetycka wypowiedź poety w jednym z listów do Stanisława Lacka z 26 kwietnia 1905 roku, gdzie pytał:

Czy (Panu) w oczy kiedy śmierć zajrzała? –

mnie ona w oczy patrzy co dzień,

z wszystkiego jej przegląda chwała;

w jej świecie chwilę tę przechodzień –

młodość, co gwiazdy zapalała –

gdy dziś te gwiazdy wkoło świecą,

zda się, że widzę, w przepaść lecą...

Któż ginąć ma jak zbrodzień?

Któż winien jest, że światło płonie?

Wszak ci ten winien, który w łonie

siew rzucił iskier i żar święty –

jak ma być człowiek klęty?

Czyli jest winien, czy jest zbrodzień –

że chwilę sądzi się przechodzień –

a żar gdy poczuł ten, co pali,

żąda pochodnią nieść go dalej – ?

Wtedy się jawi uśmiechniona

ta, której chwila to jedyna,

i chwałę swoją przypomina:

jam jest – ta upragniona – [Wyspiański 1957:76].

W cytowanym fragmencie zwraca uwagę personifikacja podmiotu lirycznego jako przechodnia, który jednocześnie staje się zbrodniarzem z powodu tego, że uległ żarowi, rozumianemu jako miłosne uniesienie. W zapytaniu: „jak ma być człowiek klęty?" jest wiele goryczy, przenoszącej poczucie winy za spowodowanie zachorowania na dawcę, czyli osobę rozsiewającą zakażenie. Śmierć – „ta upragniona" – występuje w funkcji oblubienicy, na którą poeta czeka jak na ostateczne rozwiązanie. Całą wypowiedź można potraktować jako rozrachunek z chorobą i jej konsekwencją.

Wizję własnej osoby na cmentarzu odnajdziemy w utworze *Requiem* (1901), w którym poeta umieszcza siebie w pozycji nie do końca określonego bytu, będącego integralną częścią cmentarza, jednocześnie nie nazywając owego stanu poprzez rzeczowniki „trup" czy „umarły". Miodońska-Brookes, w przeprowadzonej analizie utworu zwraca uwagę na wykreowane obrazy pełne metafory kału, wysuszonej materii istnienia, ciał wyschniętych, ale i dzieł sztuki, zamieszkujących przestrzeń cmentarza. Podmiot liryczny, który został ukazany na tle nekropolii, jest dla badaczki

> kimś istniejącym na różnych poziomach rzeczywistości jednocześnie: w grobie, w ziemi, pośrodku ludzi, wśród żywych, w bezkształcie materii i poza-kształcie czystego ducha. Podmiot ten mówi z głębi snu i pamięci życia, tworzy wizję trwania granicznego. Zapisane w *Requiem* doświadczenie uderza ponadto swym indywidualnym, osobistym tonem, a zarazem prawdziwością i wyrazistością przeżycia, intensywnością czy wręcz sensualnością doznań metamorficznych, u których podłoża leży pulsacja gubienia i odbudowania podmiotowej tożsamości [Miodońska-Brookes 2007: 14].

Wyspiański dokonał ponadto niezwykłego zespolenia siebie jako osoby umarłej z procesami gnilnymi, przydając materii organicznej świadomość.

Ostatnią wypowiedzią artysty był niemy krzyk, widoczny w autoportrecie naszkicowanym w 1907 roku. Przedstawił na nim zniekształconą postępami choroby twarz. Postać na rysunku patrzy wprost na widza, jakby mówiła: „Oto ja, tak wygląda zniszczenie, degradacja, destrukcja". Należy zaznaczyć, że Wyspiański wcześniej był autorem kilkunastu autoportretów zarówno namalowanych farbami olejnymi, pastelami, jak i pozostającymi tylko w formie szkicu. Dla Wyspiańskiego portrety były elementem autokreacji, a nawet manifestacji poglądów moralnych czy estetycznych. Wymienić można między innymi: *Portret własny* (1892–93), *Autoportret* z 1894 roku, *Autoportret* z 1902 roku czy *Autoportret z żoną* (1904). Każdy z nich odnosił się do innego etapu w życiu twórcy, jego stylizacja powiązana była z preferowanymi tendencjami w sztuce: fascynacją postimpresjonizmem czy symbolizmem lub pokazaniem afirmacji żony w połączeniu z deklaracją przynależności do kultury chłopskiej.

Żaden wcześniejszy obraz artysty nie przedstawiał niedomagań ciała, chociaż od dłuższego czasu miał problemy z poruszaniem się, a nawet bywał noszony na krześle. Natomiast rysunek z 1907 roku po raz pierwszy niczego nie ukrywa, manifestuje śmierć i rozkład. To twarz osoby chorej, której stan nie pozwala nawet uczesać włosów, rozwichrzonych w nieładzie. Twarz pokrywa

kilkudniowy zarost, wąsy zakrywają zniekształcenie szczęki, wyraźną kreską zaznaczony jest opadnięty oczodół. Sądzę, że nagłe ujawnienie własnej destrukcji, połączone z wyraźnym wzorkiem skierowanym w stronę widza, Wyspiański narysował dla następnych pokoleń. Być może w ten sposób chciał przekazać prawdę o prywatnej tragedii, o cierpieniu, którego doświadczył. Przez szereg lat o ostatnim autoportrecie milczano, nie analizowano go i nie pokazywano na wystawach poświęconym twórcy.

Choroba czyli kobiecość, która zawiodła

Odmiennie niż Wyspiański, a później Kantor, do doświadczenia choroby podeszła Alina Szapocznikow (1926–73), rzeźbiarka, która ukryła w dziele własne niedomaganie, uzewnętrzniając jedynie pewne fragmenty dotyczące zmian cielesnych, przy czym nie przedstawiła cierpienia czy bólu towarzyszącego chorobie. Jej prace są też wolne od obrazów grozy dolegliwości i nigdy nie były też naznaczone śmiercią. Artystka zdaje się zaprzeczać tezom Susan Sontag, która pisała, że „metafora raka jest szczególnie wulgarna. Skłania nieuchronnie do uproszczenia tego, co złożone, zachęca do obłudy, a nawet fatalizmu" [Sontag 2016: 84]. Z pewnością inne postrzeganie boleści własnego ciała wynikało z czasów historycznych, jakich mimowolnie autorka *Nowotworów Uosobionych* stała się częścią.

Szapocznikow pochodziła z asymilowanej, inteligenckiej rodziny żydowskiej. W czasie okupacji przeżyła getto w Pabianicach, a potem w Łodzi. W 1944 roku najprawdopodobniej została przetransportowana do Auschwitz, gdzie spędziła tydzień. Następnie więźniów przewieziono do Bergen-Belsen, by ostatecznie umieścić ich w niemieckim miasteczku Duderstadt, gdzie znajdował się podobóz Buchenwaldu, który nie miał charakteru koncentracyjnego i był przeznaczony dla kobiet pracujących w fabryce amunicji Polte. Stamtąd 29 kwietnia 1945 roku wszystkich ewakuowano do Terezina na terenie Czech, nad którym 3 maja 1945 roku przejął kontrolę Czerwony Krzyż. Obóz oficjalnie został wyzwolony przez Armię Czerwoną 8 maja 1945 roku.

Efektem przeżyć wojennych Szapocznikow była gruźlica jajników. Artystka w 1949 roku poddała się operacji usunięcia zakażonych organów. Pomimo zabiegu nastąpił szybki nawrót choroby. Rzeźbiarka należała do grupy pierwszych pacjentów, której podano eksperymentalnie streptomecynę jesienią 1949 roku w szpitalu w Champagnole we Francji. Wtedy w listach, jakie artystka pisała do partnera, Ryszarda Stanisławskiego[3], dokonała pierwszy raz porów-

3 Ryszard Stanisławski (1921–2000) – historyk sztuki, kurator. W latach 1966–90 dyrektor

nania doświadczenia obozowego do przeżyć szpitalnych. W październiku 1949 roku napisała:

> Nie wiedziałam nigdy, że umrzeć jest tak trudno. W obozie ludzie padali jak muchy. Nie mieli czasu umierać długo. Kobieta z drugiej strony sali męczyła się całą noc, aby skonać. Właściwie to już nie była ona, bo straszne odgłosy i wycia były już nieludzkie i w ciemności budziły wszystkie (zdawało się, zapomniane) i najstraszniejsze koszmary obozów i poniewierki nieludzkiej, wojennej. A naokoło inne obce kobiety (jak nieludzko obce), obojętne (!), mówiły o niej z zupełną obojętnością, zupełnie normalnie. Kasłały, skarżyły się na kolki, rzygały i narzekały, że nie mogę przez to spać. I z ciemności pełnej koszmarów dochodziły urywane słowa żywych ludzi, ale nie było ani jednej ludzkiej duszy. A w obozie przecież były ludzkie dusze, które pozwoliły przetrwać i wierzyć [Szapocznikow, Stanisławski 2012: 119–120].

Parabola stanu chorobowego i przeżyć wojennych powróci silnie pod koniec życia Szapocznikow, gdy będzie zatapiać, w poliestrze w cyklu *Tumorów*, zdjęcia martwych ciał fotografowanych w obozach zagłady po wyzwoleniu. Rzeźby powstały w latach 1969–71 i miały formy koliste o nieregularnym obrysie.

Artystka nigdy publicznie w udzielanych wywiadach czy innych wypowiedziach autorskich nie wspominała koszmaru okresu okupacji. Nikomu nie opowiedziała swojej historii. Jedynie w jej pracach dostrzegamy fragmentaryzację okropności wojennych, które stają się porozrzucanymi skrawkami klisz pamięci. Do nich należała z pewnością rzeźba *Ekshumowany* z 1955 roku, pokazująca korpus ludzki bez rąk i częściowo bez nóg, o twarzy pozbawionej jakichkolwiek rysów, mającej usta otwarte jakby do krzyku. Zwraca uwagę szczególnie organiczny charakter rzeźby, gdyż tak ujęte zdeformowane ciało ma w sobie coś z tkanki pokazanej w momencie rozkładu materii.

Dla Szapocznikow przebyta gruźlica jajników miała dwie konsekwencje. Po pierwsze, będąc dwudziestoczteroletnią kobietą, dowiedziała się, że nigdy nie będzie mogła urodzić dziecka. Po drugie, efektem późniejszym był nowotwór piersi. Szapocznikow wydawała się lekceważyć diagnozy, choć ciało ją zawiodło, zdradziło, bo chorowało, to jednak jej twórczość stała się afirmacją piękna kobiecych kształtów. Przy czym nie obarczała prac traumami szpitalnymi, chociaż pokazywała w nich brakujące części swojego ciała, jak stało się

Muzeum Sztuki w Łodzi.

w pracy *Desery*, wykonanej po amputacji piersi, w której w szklanych salaterkach umieszcza odlewy z poliestru piersi kobiecych. Ten zabieg prowadzi odbiorcę raczej w stronę artystycznego dowcipu czy kpiny z własnych ułomności niż w kierunku traum chorobowych.

Szapocznikow pokonała również przeszkodę niemożności urodzenia dziecka. W 1952 roku wzięła ślub ze Stanisławskim, by parę miesięcy potem adoptować syna Piotra. Poznał on prawdę o swoim pochodzeniu ponad dwadzieścia lat później, po śmierci matki. Gdy w 1968 roku artystka zaczęła u siebie podejrzewać raka, powstał obiekt *Krużlowa* (*Macierzyństwo*), w którym w poliestrze barwnym zatopiła zdjęcie twarzy z gotyckiej rzeźby przedstawiającej Matkę Boską z Dzieciątkiem[4] i zespoliła ją z odlewami piersi. W tym asamblażu widoczna była intencja powiązania macierzyństwa i choroby, chęć może bardziej artystce chodziło o uświęcenia dwóch sfer.

Większość rzeźb Szapocznikow cechuje umiejętność przekształcenia znaczeń z seksualnych odniesień w artefakty estetyczne. Do takich prac z pewnością należy *Noga* z 1967 roku. Praca została wykonana z brązu, jest odlewem nogi artystki. Jej wyjątkowość dotyczy miejsc, jakie wypolerowano. Świecą się stopy, szczególnie pięty, oraz obszar, którym udo powinno stykać się z biodrem. Cała forma spoczywa na bryle czarnego granitu. Piękno ciała kobiecego zamieniło się w elegancką biżuterię zdobiącą przestrzenie galerii sztuki.

Podobnie stało się w *Portrecie wielokrotnym* (1967). Szapocznikow odlała zarys własnych ust, szczeki, obrys ramion w poliestrze o różnych kolorach – i ułożyła je w piramidzie na cokole z marmuru. Ta multiplikacja to niezwykła gra z ideą popiersia jako ważnego nurtu rzeźby portretowej. Oczywiście praca ponownie nie była wolna od zachwytu nad kształtami własnego ciała.

Inaczej już było z *Wielkimi brzuchami* z 1968 roku, które artystka wykonała w marmurze kararyjskim „bianco statuario" z Mont Altissimo we Włoszech. Dwa monumentalne brzuchy ustawiła jeden na drugim. W tej monstrualnej kompozycji obiekty stały się wprost samodzielnymi bohaterami o kształtach antropomorficznych. Nie były zgrabne, młode ani jędrne; niemą obecnością świadczyły o sile dojrzałej kobiecości i witalności.

Szapocznikow zaczęła chorować na raka piersi w 1969 roku. Przeszła wówczas pierwszą operację. Potem nastąpił krótki czas remisji – choroba powróciła w 1972 roku. Artystka poddała się wówczas drugiej operacji, która jednak nie przyniosła pożądanych rezultatów. Umarła 2 marca 1973 roku w Praz-Coutant we Francji. Marek Beylin, autor biografii artystki, analizując ostatnie

4 Szapocznikow pokazała wizerunek twarzy Madonny z Krużlowej, lub inaczej nazwanej Madonny Krużlowskiej, rzeźby gotyckiej, obecnie znajdującej się w zbiorach Muzeum Narodowego w Krakowie.

lata jej twórczości, zwraca uwagę na specyficzne podejście do choroby.

> Przez cały ten czas Alina stoi na zewnątrz własnego umierania, dokumentuje degradację ciała, postępy choroby. Opowiada tę historię z dystansem i humorem, i ekstatycznie, i dramatycznie, i radośnie. To jej taniec ze śmiercią. Niemal dwadzieścia lat wcześniej mówiła, że rzeźby należy ustawić w przestrzeni publicznej, by dało się wokół nich tańczyć [Beylin 2015: 241].

Istotnie, powstałe w tym czasie serie rzeźbiarskie: *Nowotwory* czy wspomniane już wyżej *Nowotwory Uosobione* były obiektami, których rzeczywisty walor można ocenić, oglądając je w dużej przestrzeni. W większości składają się z nie do końca foremnych kul, większych i mniejszych, wykonanych z poliestru. Materiał jest istotny w analizie dzieł, gdyż w nim artystka zatopiła fotografie swoje i swojego ojca, zmarłego przed wybuchem II wojny światowej na gruźlicę, oraz wspomniane zdjęcia wojenne. Rozpuszczony plastik wszystko spowija niczym błona nałożona na wspomnienie, zatem każda kula była dla twórczyni kokonem, w którym ukryła obraz. Rzeźby zyskały niezwykle organiczną formę. Zachowały się zdjęcia Szapocznikow, wykonane w pracowni w Malakoff koło Paryża, które przedstawiają artystkę leżącą na trawie i otoczoną *Nowotworami*. Opiera się o nie, przytula do nich i czule obejmuje. Być może w tych gestach była chęć zaprzyjaźnienia się z wrogiem, którego mamy w sobie i nie możemy pokonać.

To jedyny moment, w którym analiza dzieł Szapocznikow spotyka się z teoriami Sontag. Amerykańska eseistka zwróciła bowiem uwagę, że rakowi towarzyszą metafory militarne. „Tak długo, jak długo leczenie onkologiczne będzie przesiąknięte militarystycznymi hiperbolami, rak pozostanie metaforą szczególnie niepraktyczną dla miłośników pokoju" [Sontag, 2016: 85]. I choć należy przypuszczać, że polska rzeźbiarka nie była miłośniczką wojny, to jednak wykonała rzeźbę przestrzenną pod tytułem *Innwazja Nowotworów*. Zachowane zdjęcie z ekspozycji, jaka miała miejsce w parku w miejscowości Pieštany na terenie w dawnej Czechosłowacji, w 1968 roku, przedstawia *Wielkie Brzuchy* otoczone kulami nowotworów o nieregularnych kształtach: małych i dużych.

Współgranie dwóch rzeźb dokładnie oddaje intencję Sontag. Rak atakuje nas nie z zewnątrz, tylko z wewnątrz naszego ciała. Nie potrafimy go przewidzieć, nie możemy pokonać. Jest wynikiem przeżyć, jakich doświadczyliśmy w całym życiu, a jakie powodują zniszczenie organizmu poprzez wprowadzenie obcego – raka. Szapocznikow, zatapiając w kulach swoich tumorów z poliestru zdjęcia związane z tak dla niej ważnymi przeżyciami jak wojna czy doświadczenie choroby ojca, braku realnego macierzyństwa i swoich miłości, wiąże stan zdrowia z pełnym spektrum własnych, jednostkowych przeżyć.

Choroba, czyli piękno ciała po chemioterapii

W 1988 roku Sontag, podsumowując spostrzeżenia dotyczące kwestii nowotworu, wyraziła nadzieję, że niebawem podejście do tej choroby ulegnie zmianie, przyczyniając się do konstrukcji nowych odniesień.

> Można przypuszczać, że związana z rakiem terminologia zmieni się w nadchodzących latach. (...) W miarę jak język medyczny będzie odchodził od agresywnej terminologii wojskowej i sięgał po pojęcia związane z naturalnym systemem obrony organizmu (...), rak ulegnie stopniowo demitologizacji. Wówczas być może będziemy mogli porównywać coś do raka bez wywoływania fatalistycznych skojarzeń i podniecania do walki ze śmiertelnym, podstępnym wrogiem wszelkimi możliwymi środkami. Wówczas być może metaforyczne wykorzystanie raka stanie się moralnie dopuszczalne, tak jak nie jest dopuszczalne dzisiaj
> [Sontag 2016: 85–86].

Od eseju minęło wiele lat, a rak nadal jest chorobą tylko częściowo opanowaną, mimo dość szybkiego wprowadzania wciąż nowych technik medycznych. Nowotwory są groźne, a ich leczenie dla pacjentów nadal pozostało niepewne.

Obok wszelkich paramilitarnych odniesień Katarzyna Kozyra (1963), rzeźbiarka, pokazała nowy sposób patrzenia na chorobę. Artystka należy do pokolenia twórców, którzy w latach 90. XX wieku współtworzyli nurt określony później jako „sztuka krytyczna". Sensację wywołała jej rzeźba dyplomowa *Piramida zwierząt*, zrealizowana w pracowni profesora Grzegorza Kowalskiego w Akademii Sztuk Pięknych w Warszawie w 1993 roku. Skandal był wynikiem użytego przez Kozyrę materiału, w treści praca nawiązywała do bajki braci Grimm *Trzej muzykanci z Bremy*. Autorka wybrała zwierzęta, które poddała ubojowi i kazała wypchać. Na końskim grzbiecie ustawiła psa, później kota, a na końcu koguta. W trakcie przygotowywania pracy Kozyra dowiedziała się, że jest chora na ziarnicę złośliwą. Jest to nowotwór węzłów chłonnych. Poddano ją chemioterapii, a później naświetlaniom. Ostatnią kroplówkę dostała w dniu, w którym zabijano dla niej konia.

Rzeźba wystawiona na dorocznej ekspozycji prac dyplomowych studentów Akademii spotkała się z ostrą krytyką. Sprawcami zamieszania medialnego byli realizatorzy programu TVP *Animals*. Nagrali siedmiominutową rozmowę z Kozyrą, w trakcie której reżyser kazał jej kroić mięso. Zabieg ten przeniósł znaczenie pracy z analizy wymowy dzieła w stronę ubitych zwierząt. Wywołało to falę oskarżeń kierowanych pod adresem: artystki, Kowalskiego, a nawet władz ASP. Publiczną dyskusję wokół *Piramidy* zakończył reportaż Ireny

Morawskiej zamieszczony na łamach „Gazety Wyborczej" [Morawska 1993: 14–15], w którym ujawniła chorobę artystki, opisała proces powstawania rzeźby i intencję twórczą.

Karol Sienkiewicz, historyk sztuki, omawiając ówczesne zamieszanie wokół Kozyry, zwraca uwagę na fakt, że ona nigdy nie chciała upubliczniać swojej choroby, szczególnie w kontekście pracy, której zamysł powstał, zanim otrzymała pełną diagnozę onkologiczną. Krytyk wyciąga wniosek, że w sytuacji, w jakiej postawiono artystkę, czuła się „jak bohaterka eseju Susan Sontag *Choroba jako metafora*. Uprzedmiotowiona. I to uprzedmiotowiona podwójnie – jako osoba (przez chorobę) i jako artystka (której działania choroba ma usprawiedliwiać)" [Sienkiewicz 2014: 167].

Sama Kozyra zaprzecza tezie krytyka, gdyż udzieliła wywiadu Arturowi Żmijewskiemu, koledze z ASP, w którym dokładnie opowiedziała o chorobie i jej przebiegu. Było to w lipcu 1993 roku, zatem w czasie największej burzy medialnej wokół *Piramidy* i przed opublikowaniem tekstu Morawskiej. Pojawiające się na szyi obrzęki Kozyra określiła jako „moje kochane guzki, które wcale nie chcą zniknąć" [Kozyra 2006a: 168]. Lekarza prowadzącego nazywała czule „doktorkiem". Przyznała również, że dla niej choroba była dobrym życiowym etapem.

> Pokazała mi, że mogę być tutaj, mogę dokazywać i że wy naprawdę przejmujecie się i skaczecie wokół mnie. Bo kto by jeździł ze mną po te konie. Sama nie byłam w stanie, sztywna na *chemii*. Z jednej strony pakowali mi chemię wywołującą wymioty, a na nią następną, żebym nie wymiotowała. Czułam się jak pajacyk. Były dni, gdy leżałam w łóżku i nie mogłam sobie nawet wyobrazić, że mogę wstać. Swoją chorobę wykorzystałam totalnie
> [Kozyra 2006a: 168].

Kozyra w wypowiedziach mimowolnie dokonuje ekshibicjonizmu własnego przeżycia, opisując również proces, jakiemu uległo jej ciało. Niczego nie chce ukrywać, wszystko określa dokładnie. Zwraca również uwagę na degradację jej stanu fizycznego, która początkowo nie był widoczna dla postronnych, gdyż ograniczała się tylko do silnego wewnętrznego bólu w momencie przyjmowania trujących organizm kroplówek. Rozmowę ze Żmijewskim artystka zakończyła stwierdzeniem o swoim wykorzystaniu, zużyciu choroby: „Nie jest mi już potrzebna" [Kozyra 2006a: 169].

Przekonanie okazało się błędne. Po krótkim okresie remisji nowotwór powrócił. Kozyra chorowała kolejne trzy lata. W 1996 otworzyła indywidualną wystawę w Centrum Sztuki Współczesnej na Zamku Ujazdowskim w Warszawie,

pokazując tryptyk fotograficzny pod tytułem *Olimpia*. Użyty przez artystkę sztafaż nawiązywał do obrazu Eduarda Maneta o tym samym tytule z 1863 roku, przedstawiającego kobietę, kurtyzanę, leżącą na łóżku w pozycji pół-opartej o poduszki. Była naga, ale nie dosłownie, gdyż nosiła eleganckie buduarowe pantofelki z puszkiem, miała na szyi wstążkę, we włosach wykwintny kwiat i na prawym przedramieniu drogą bransoletę. W pobliżu jej nóg stał kot, a ciemna służąca nachylała się, pokazując pani bukiet kwiatów.

Kozyra wystylizowała siebie na XIX-wieczną Olimpię, dokonując celowo drobnych przesunięć znaczeniowych w kompozycji. Jej ciało jest równie nagie jak bohaterki obrazu Maneta, tylko artystka jest łysa i jej kwiat opiera się o małżowinę uszną i nie podkreśla pukli włosów, świadczących o pięknie, młodości i witalności modelki francuskiego malarza. Kozyra leży na łóżku, które choć całe obleczone niebieskim satynowym materiałem, przypomina szpitalne materace. Na stopach ma czerwone buciki na obcasie, przy nich stoi kot. Sienkiewicz podkreśla, że był to ten sam, który wcześniej stał na psie w słynnej *Piramidzie*. Nad leżącymi na obu przedstawieniach pochylają się mulatki z kwiatami, wpatrzone w postać kobiety.

Różnica w kompozycji dotyczy tła. U Maneta malowana scena ustawiona jest na tle wnętrza mieszkalnego, dostrzegamy wykwintną tapetę na ścianie, widzimy kotary służące przysłonieniu intymnych sytuacji. Kompozycja ma w sobie coś z chęci zaspokojenia oka kochanka, ciekawego, jaką minę ma dziewczyna po jego wyjściu z buduaru. U Kozyry tło jest czarne, pozbawione jakichkolwiek elementów, jakby przedstawione postacie były usytuowane na scenie teatralnej, wyabstrahowanej z realności. Obie Olimpie nie zwracają uwagi ani na towarzyszące im służące, ani na kwiaty, ani na kota. Patrzą wprost na widza, mając w spojrzeniu dużo bezwstydności. Francuzi w połowie XIX wieku nie byli przygotowani do odbierania sztuki tak jednoznacznie określającej pozycję społeczną modelki. Kozyra, odwołując się do pracy Moneta, chciała polskiej publiczności pod koniec XX wieku pokazać ciało osoby skażonej chorobą, po przebytej kuracji onkologicznej.

Druga część tryptyku już pokazywała nagą Kozyrę na łóżku szpitalnym, leżącą pod kroplówką. Natomiast zdjęcie trzecie przedstawiało zniszczoną chorobą starszą kobietę, siedzącą również w pełnym negliżu na łóżku w pomieszczeniu mieszkalnym. Widać obwisły biust modelki i tylko czarna aksamitka na szyi stanowi element wspólny dla wszystkich postaci.

Kozyra w kolejnym wywiadzie, jakiego udzieliła Żmijewskiemu, komentowała swój udział w sesji.

> Pozwoliłam sfotografować się nago pod kroplówką, by udowodnić, że chore ciało jest równie godne i normalne jak zdrowe. Gdy ładnie

> wyglądasz, nie myślisz, jak funkcjonujesz. Patrząc na chore ciało, czuje się jego śmiertelność. Wszyscy zdrowi są OK, bo nie ma w nich wywalonej na wierzch biologiczności. I chodzą sobie idealni [Kozyra 2006b: 171].

W momencie ekspozycji *Olimpii* w Warszawie Kozyra była już wyleczona. Jej praca zwróciła medialną uwagę na ludzi, których jako pacjentów onkologicznych poddawano wyniszczającemu leczeniu. Z pewnością artystka dokonała znaczącej zmiany w podejściu do raka i jego konsekwencji. *Olimpia* pokazywała godność ciała chorego, a bezpośrednie wypowiedzi autorki o stanie zdrowia oraz opisy zmian fizycznych, zachodzących w ciele i psychice osoby doświadczanej przez nowotwór, przyczyniły się do zbudowania nowego społecznego postrzegania pacjentów onkologicznych. Kozyra do tej pory jest osobą zdrową. Pokazuje, że chorobę można pokonać, co – jak sądzę – jest jednym z ważnych sukcesów sztuki w walce z rakiem.

Ciekawostką dla niniejszych rozważań może być fakt, że Kozyra spotkała się z Sontag w czasie pobytu w Nowym Jorku w 2003 roku. W liście do Grzegorza Kowalskiego relacjonowała: „jest bardzo fajna (jakbym znała babsztyla od jakiegoś czasu). Opierdoliła mnie, że gadam tylko o sobie. (...) Jak mnie wypychała za drzwi (po dwóch i pół godzinach), mówiła, że nie mam być *shy*, jeśli o nią chodzi. Biorę sobie to porządnie do serca!" [Kozyra 2006c: 187].

Zaprezentowani powyżej artyści nie wyczerpują bogatego tematu obecności choroby w sztuce. Wszelkiego typu niedomagania ciała ludzkiego i ich leczenie były zawsze dość wdzięcznym tematem, dostrzegalnym zarówno w ikonografii malarstwa europejskiego [por. Jagla 2004], jak i w przedstawieniach teatralnych.

Szczególnym przykładem pozostanie z pewnością dramat *Chory z urojenia* Moliera (1673). Po pierwsze dotyczy hipochondrii czyli choroby o podłożu psychosomatycznym, która stała się podmiotem komedii. Autor obśmiał przy pomocy żartu, kpiny zaburzenia na tle psychicznym. Po drugie Molier w przedstawieniu zagrał Argana, tytułowego bohatera. Aktor-autor podczas czwartego spektaklu upadł na fotel obity czarną skórą, by umrzeć kilka dni później. Legendarny mebel, będący najważniejszym francuskim rekwizytem teatralnym, można obejrzeć w foyer Comédie Française w Paryżu.

W kontekście prowadzonych w artykule rozważań nasuwa się pytanie: o czym napisałby dramat słynny Francuz, gdyby wiedział, że umrze? Czy tak samo chciałby się śmiać z ułomności i upośledzeń zarówno fizycznych, jak i mentalnych? Być może komediopisarz udzieliłby twierdzącej odpowiedzi. Nieuleczalne choroby i śmierć można zbagatelizować poprzez śmiech; to, wydaje się, najprostsze lekarstwo, jakie do tej pory wynalazła sztuka.

Analizując stosunek omówionych wyżej twórców do ułomności własnego ciała, dostrzegamy jedną nową prawidłowość. Otóż artyści wyrośli w czasach aktywnego paradygmatu romantycznego, jak by powiedziała Maria Janion, byli skłonni do mówienia o własnych zdrowotnych przypadłościach poprzez metafory. W tej grupie umieściłabym Stanisława Wyspiańskiego, Tadeusza Kantora i Alinę Szapocznikow. Ich prace wyróżnia chęć uczynienia dzieła tajemniczym, zatem pozostawienia pewnych kwestii w domyśle, w niedopowiedzeniu. Sztuka w ich rozumieniu nie mogła operować dosłownością, raczej miała służyć do gry z inteligencją odbiorcy, aby stojąc przed obrazem, rzeźbą czy czytając wiersz lub idąc do teatru, przez chwilę zastanowił się czy zamyślił.

W czasach współczesnych, a raczej ponowoczesnych, jak chce Bauman, choroba stała się atutem, hasłem godnym zamieszczenia na sztandarze sztuki. Kozyra ujawnia wszystko, nie pozostawia widza z żadnym niedomówieniem. Można powiedzieć, ponownie trawestując zdanie filozofa, zawarte w tytule w niniejszego artykułu, że dawnej, gdy na scenę wkraczał lekarz, oznaczało to śmierć artysty. Natomiast dziś choroba i słabość stały się wyznacznikami stymulującymi rozwój dzieła, a nawet dającymi twórcy możliwość konstruowania prac wzbogaconych o nowe konteksty.

Alina Szapocznikow w swojej pracowni w Malakoff pod Paryżem w otoczeniu rzeźby Envahissement de Tumeures (Inwazja nowotworów), 1970, fot. Piotr Stanisławski. Z Archiwum Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie

Katarzyna Kozyra, Olimpia, 1996, instalacja fotograficzna (3 fotografie barwne i jednokanałowe wideo), wł. Barbara Kabala-Bonarska i Andrzej Bonarski, Warszawa, depozyt w Muzeum Narodowym w Krakowie, dzięki uprzejmości Fundacji Katarzyny Kozyry

Streszczenie

Zawarta w tytule artykułu trawestacja z fragmentu wypowiedzi Zygmunta Baumana posłużyła autorce do zawężenia dość bogatego obszaru badawczego do wybranych zagadnień ze sztuki polskiej XX wieku. Tekst omawia artystów chorych, którzy traktowali pracę twórczą jako formę ekshibicjonizmu. W większości wypadków dotyczył on ciała, które było postrzegane różnorodnie, jako obszar: widocznej degeneracji (Stanisław Wyspiański); kobiecości, która zawiodła (Alina Szapocznikow) lub unikatowego piękna uzyskanego dzięki chemioterapii (Katarzyna Kozyra). Osobnym zagadnieniem, pojawiającym się w tle rozważań, jest śmierć, jako nieodłączna towarzyszka choroby. W sposób szczególny była obecna w twórczości Tadeusza Kantora, dla którego stała się hasłem propagandowym estetyki ostatnich piętnastu lat aktywności zawodowej. Początkowo była jedynie odniesieniem czysto fantasmagorycznym, natomiast gdy artysta zachorował, wprowadził na scenę lekarza, jako osobę władną ocenić stan zdrowia i nieuchronną bliskość kresu życia, co stanowi ciekawe odniesienie do wykorzystanych w tytule słów filozofa.

Słowa klucze: sztuka XX wieku, sztuka polska XX wieku, Tadeusz Kantor, Stanisław Wyspiański, Alina Szapocznikow, Katarzyna Kozyra

When the doctor enters the scene... or sick artists

Contained in the title of a travesty of a fragment of speech Zygmunt Bauman, the author served to narrow the rich area of research for selected issues from the Polish art of the twentieth century. The text discusses the artists patients who treated the work as a form of exhibitionism. In most cases it related to the body, which was seen variously as an area: apparent degeneration (Stanislaw Wyspianski); femininity, which failed (Alina Szapocznikow) or the unique beauty achieved through chemotherapy (Katarzyna Kozyra). Another issue, which appeared in the background considerations is death, as an inseparable companion of the disease. Particular its presence in art was the work of Tadeusz Kantor, for which has become the slogan of propaganda aesthetics of the last fifteen years of professional activity. Initially it was only a reference purely

phantasmagorical, but when the artist became ill, brought to the stage the doctor, as a separate position to assess the state of health and the inevitable proximity of the en

w, Katarzyna Kozyra. d of life, which is an interesting reference to the words from the title of the philosopher.

Key words: Art of the twentieth century, Polish art of the twentieth century, Tadeusz Kantor, Stanisław Wyspiański, Alina Szapocznikow

Bibliografia:

Bauman Zygmunt
2000: *Ponowoczesność jako źródło cierpień*. Warszawa: Sic!
2011: *44 listy ze świata płynnej rzeczywistości*. Przeł. Kunz T. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Beylin Marek
2015: *Ferwor. Życie Aliny Szapocznikow*. Kraków–Warszawa: Karakter / Muzeum Sztuki Nowoczesnej w Warszawie

Jagla Jowita
2004: *Boska medycyna i niebiescy uzdrowiciele wobec kalectwa i chorób człowieka*. Warszawa: Neriton.

Kantor Tadeusz
2005: *Pisma, Dalej już nic... Teksty z lat 1985–1990*. Wrocław–Kraków: Ossolineum / Cricoteka.

Kozyra Katarzyna
2006a: *Z wiaderkami świńskim truchtem. Z Katarzyną Kozyrą rozmawia Artur Żmijewski. Warszawa 10 lipca 1993*. [W:] Artur Żmijewski, *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*. „Seria Krytyki Politycznej". Bytom–Kraków: Bytomskie Centrum Kultury / Korporacja Ha!art, s. 161–169.
2006b: *Chodzą sobie idealni. Z Katarzyną Kozyrą rozmawia Artur Żmijewski, Warszawa 6 października 1996 rok*. [W:] Artur Żmjewski, *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*. „Seria Krytyki Politycznej". Bytom–Kraków: Bytomskie Centrum Kultury / Korporacja Ha!art, s. 170–174.
2006c: *Korespondencja mejlowa między Katarzyną Kozyrą a Grzegorzem Kowalskim. Wybór z lat 2001–2005*. [W:] Artur Żmjewski, *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*. „Seria Krytyki Politycznej". Bytom–Kraków: Bytomskie Centrum Kultury / Korporacja Ha!art, s. 186–192.

Łarionow Dominika
2015: *„Wystarczy tylko otworzyć drzwi..." Przedmioty w twórczości Tadeusza Kantora*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Miodońska-Brookes Ewa
2007: *Stanisława Wyspiańskiego ćwiczenia ze śmierci*. [W:] *„Sami złożycie stos..." Pogrzeb Stanisława Wyspiańskiego*. Kraków: Muzeum Narodowe w Krakowie, s. 9–24.

Morawska Irena
1993: *„Piramida”*. „Gazeta Wyborcza”, 4–5 września, s. 14–15.

Pieniążek Marek
2005: *Akt twórczy jako mimesis. „Dziś są moje urodziny” – ostatni spektakl Tadeusza Kantora*. Kraków: Universitas.

Porębski Mieczysław
1997: *Deska. Tadeusz Kantor. Świadectwa. Rozmowy. Komentarze*. Warszawa: Murator.

Romanowska Marta
2007: *Pogrzeb Stanisława Wyspiańskiego*. [W:] *„Sami złożycie stos…” Pogrzeb Stanisława Wyspiańskiego*, Kraków: Muzeum Narodowe w Krakowie, s. 25–88.

Sienkiewicz Karol
2014: *Zatańczą ci, co drżeli. Polska sztuka krytyczna*. Kraków–Warszawa: Karakter / Muzeum Sztuki Nowoczesnej.

Sontag Susan
2016: *Choroba jako metafora*. [W:] *Choroba jako metafora. Aids i jego metafory*. Przeł. Anders J. Kraków: Karakter.

Szapocznikow Alina i Stanisławski Ryszard
2012: *Krają mi się piękne sprawy… Listy 1948–1971*. Kraków–Warszawa: Karakter / Muzeum Sztuki Nowoczesnej.

Tomczyk-Maryon Marta
2009: *Wyspiański*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Wyspiański Stanisław
1957: *Listy do Stanisława Lacka*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Żmijewski Artur
2006: *Drżące ciała. Rozmowy z artystami*. „Seria Krytyki Politycznej”. Bytom–Kraków: Bytomskie Centrum Kultury / Korporacja Ha!art.

Jowita Jagla
Muzeum Mikołaja Kopernika we Fromborku

Szpital św. Ducha we Fromborku w kontekście historycznym, muzealnym i kulturotwórczym

Pierwsza pisemna wzmianka o szpitalu św. Ducha pochodzi z testamentu proboszcza kapituły fromborskiej Arnolda von Datteln (z 4 lipca 1456 roku), w którym przedstawia się on jako założyciel szpitala i kaplicy (chodzi raczej o przebudowę pierwotnego, XIV-wiecznego drewnianego szpitala, ufundowanego przez kapitułę katedralną). XV-wieczny szpital był już prostokątną, wydłużoną bryłą z kaplicą od strony wschodniej, w budynku mieściły się trzy izby (dwie dla ubogich i jedna dla chorych), dodatkowo istniała także kuchnia, jadalnia i małe pomieszczenie mieszkalne.

Kiedy funkcję biskupa pełnił wuj Mikołaja Kopernika, Łukasz Watzenrode, przekazał on w 1507 roku szpital antonitom, którzy przybyli do Fromborka z Tempzin, jednak zakonnicy nie okazali się najlepszymi opiekunami tego miejsca i już w 1519 roku oddali go kapitule. Dzisiejsza budowla odzwierciedla stan, który nadano bryle w 1686 roku, z legatu kanonika Wawrzyńca Ludwika Demutha. Wtedy też (wykorzystując gotyckie mury) stworzono trójnawową bryłę, z nawą środkową o trzech przęsłach i dwóch nawach bocznych, w których wydzielono po sześć cel dla pensjonariuszy. W ten sposób powstał wysoce interesujący budynek sporych rozmiarów, posiadający skromną, oszczędną fasadę w stylu baroku wazowskiego z lat 30. XVII wieku [Rzempołuch 1997: 32].

W kolejnych stuleciach przeobrażeniom ulegała także średniowieczna kaplica. Od strony południowej dobudowano do niej pomieszczenie, w którym umieszczono ołtarz św. Anny, zaś w 1709 roku kustosz kapituły, Jan Kunigk, wzniósł od wschodu nową zakrystię. Tym samym dotychczasową przemianowano na kaplicę św. Józefa. Szpital wypełniały wybitne dzieła sztuki, niestety większość z nich zaginęła, jak na przykład XV-wieczny tryptyk *Ukrzyżowania* ze szkoły czeskiej, przywieziony być może przez antonitów, czy XV-wieczna figura św. Antoniego [Semków 2011: 27 i 32]. Do niewielu ocalałych późniejszych obiektów należy XVII-wieczny obraz Matki Boskiej Apokaliptycznej, przechowywany obecnie w Wyższym Seminarium Duchownym „Hosianum" w Olsztynie. Cennym dziełem sztuki pochodzącym z pierwotnego wystroju szpitala jest XV-wieczny fresk mieszczący się w apsydzie kaplicy, przedstawiający Sąd Ostateczny. Jego autorem jest prawdopodobnie iluminator i pisarz miejski, Krzysztof Blumenroth [Piaskowski i Poklewski 1972].

Fromborski szpital św. Ducha nie był wyjątkowym obiektem tego typu na terenie Warmii. W pobliskim Braniewie przed 1530 rokiem działały dwa szpitale: św. Jerzego i św. Ducha, zniszczone wskutek wojny z Zakonem Krzyżackim w latach 1519–21. W ich miejsce zbudowano szpital św. Andrzeja, składający się z czterech pomieszczeń, przeznaczony dla osiemnastu osób (szpital posiadał osobną salę trzyosobową dla zakaźnie chorych). Szpital nie posiadał kaplicy, dlatego chorzy korzystali z kościoła parafialnego, zaś szpitalem zarządzał archiprezbiter i magistrat (nieco później, w 1573 roku, powstał w Braniewie przytułek dla ośmiu biednych wdów, a w 1591 roku szpital św. Łazarza, przeznaczony dla ośmiu biedaków [Kopiczko 2014: 179–180].

W innych miastach warmińskich również nie brakowało podobnych placówek. Wystarczy wymienić szpitale w Ornecie, Dobrym Mieście, Reszlu, Lidzbarku Warmińskim czy Olsztynie, jak podaje Andrzej Kopiczko, w większości miejscowości funkcjonowały dwa szpitale, pod dwoma wezwaniami: szpital św. Ducha i szpital św. Jerzego, pełniący funkcję leprozorium. We Fromborku również istniało leprozorium św. Jerzego założone w XIV stuleciu, jednak w wieku XVI uległo ono zniszczeniu [Kopiczko 1998]. Wszystkie te obiekty wpisywały się w szeroką ideę chrześcijańskiego miłosierdzia, wcielaną w życie między innymi za pomocą fundacji szpitalnych.

Instytucjonalne chrześcijańskie formy pomocy chorym i ubogim zaczęły powstawać po soborze w Nicei w 325 roku. Początkowo nowo tworzone placówki dobroczynne dzieliły się na *xenodochia* – gospody i schroniska dla pielgrzymów oraz przytułki i szpitale (*hospitium*, *hospitale*), oferujące opiekę duchową i cielesną [Szot 2009: 225]. Najwcześniejsze średniowieczne szpitale zakładali i prowadzili benedyktyni, cystersi, później między innymi zakon św. Jana Jerozolimskiego (zakon maltański), antonici, duchacy i Krzyżowcy z Czerwoną Gwiazdą [Komarynska-Polak 2011: 33–34; Jerzak 2007; Surdacki 2015; Domańska 2011; Sossala 1966; Kucharski 2002].

W szpitalach średniowiecznych przebywali ludzie dotknięci różnymi schorzeniami. Badania archeologiczne wykazały, że pensjonariusze fromborskiego szpitala św. Ducha cierpieli na wiele schorzeń zębów, choroby kręgosłupa i zmiany krzywiczne [Kruppé 1998: 196–197]. Z perspektywy religijnej choroba miała głębszy sens – pojmowano ją jako stygmat grzechu, ale powodując cierpienie, mobilizowała do pokuty i nawrócenia [Kolwitz, Dąbrowski 2014: 104; Jagla 2004: 62–67]. Trzeba przy tym pamiętać, że choroba pensjonariuszy szpitalnych była w pewnym sensie jedynie „czynnikiem dodatkowym", a nie głównym powodem ich obecności w tychże placówkach, bowiem do wieku XVI szpitale były nade wszystko przytułkami i domami opieki [Kolwitz i Dąbrowski 2014: 105; Korpalska 2002: 291; Słoń 2000b: 5–26].

Oczywiście nie można nie wspomnieć o muzykoterapii praktykowanej przez duchaków czy wykonywanych przez antonitów amputacjach (które wymuszała

rojnica – choroba, na jaką cierpieli w większości ich podopieczni) [Jagla 2004: 317–322; Jagla 2011a: 8–10], jednak podane przykłady to jedynie wyjątki w powszechnie praktykowanym szpitalnictwie. Zapewnianie tego typu opieki medycznej było – jak zauważa z naciskiem Marek Słoń – leczeniem najuboższych „w ramach realizacji dzieła miłosierdzia" [Słoń 2000: 102]. Miłosierdzie, którym „obdarowywano" ubogich, pojmowano jednocześnie jako czyn „spełniany wobec samego Chrystusa" [Szot 2009: 221].

Ówczesne szpitale stanowiły więc miejsca zamieszkania, ale też społecznego odosobnienia ludzi ubogich, żebraków, nędzarzy, samotnych ciężarnych kobiet czy porzuconych dzieci, sama zaś społeczność szpitalna funkcjonowała w pewnym rygorze ustalonych zasad i regulaminów, opierających się głównie na różnych formach modlitwy, zdobywaniu jałmużny i dbaniu o budynek szpitalny [Skrobacki 1977]. Owi „wykluczeni", społecznie odrzuceni, ludzie marginesu przebywali w szpitalach przede wszystkim, by „uleczyć własną duszę", by modlić się za „szpitalnych" dobroczyńców i donatorów oraz by po prostu mieć dach nad głową w przypadku bezdomności czy ułomnej starości [Marcinkowski, Bajek, Galewska 2011: 295; Eysymontt 2008: 8].

Fromborski szpital św. Ducha bardzo ucierpiał w wyniku działań II wojny światowej. W latach 1948–58 wykonano w nim wiele prac zabezpieczających, od 1974 roku prowadzono badania historyczno-archeologiczne, zaś w latach 1977–90 podjęto działania konserwatorsko-remontowe, dzięki którym od 1992 roku mógł powstać tu Dział Historii Medycyny, zaś na terenie przyległym od strony południowej zrekonstruowano ogród ziołowy [Semków 2014; Rytelewska-Bobel 2009].

Taka a nie inna struktura historyczna i artystyczna zabytkowego szpitala pozwoliła „skomponować" bardzo dogodne miejsce muzealne poświęcone szeroko pojętej historii medycyny i farmacji. Nawa północna stanowi obecnie przestrzeń, w której prezentowane są obiekty „relacjonujące" rozwój wiedzy medycznej (starodruki, modele i plansze anatomiczne, zabytki związane z historią okulistyki, położnictwa i anatomii), z kolei w nawie południowej zgromadzono bogatą kolekcję naczyń aptecznych (majolikowych, porcelanowych, drewnianych i szklanych), zielniki i starodruki o tematyce botanicznej oraz instrumentarium aptekarskie. Dodatkowo, w wydzielonej osobnej przestrzeni stworzono „dawną" kuchnię, w nawie północnej eksponowane jest XVI-wieczne łóżko (zakupione w 2014 roku dzięki dofinansowaniu z Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego), natomiast w średniowiecznej kaplicy mieści się ekspozycja nowożytnej i ludowej rzeźby warmińskiej.

Kolekcja muzealiów medycznych i aptekarskich jest nieustannie powiększana, choć trzeba przyznać, że w ostatnim czasie dominantą stało się pozyskiwanie zabytkowych majolikowych naczyń aptecznych (głównie włoskich) w typie *albarello* i *orciuolo*. Dodatkowym atutem tego typu muzealiów jest ich

duża atrakcyjność artystyczna i estetyczna, co ułatwia stworzenie interesującej i niebanalnej ekspozycji. Dla wystaw czasowych i do celów konferencyjnych przeznaczono nawę środkową.

Przestrzeń szpitala św. Ducha nie należy do przestrzeni oczywistych. Jest wielowymiarowa, obciążona „w sensie" pozytywnym wieloznaczeniowością i niejednoznacznością, przez co stanowi doskonałe podłoże „scenograficzne", dogodne dla ekspozycji zjawisk związanych ze sztuką dawną, jak i współczesną. W przypadku tej ostatniej doskonale sprawdzają się czasowe wystawy rzeźbiarskie, niejako wnikające za pomocą „cielesności" prezentowanych obiektów w obszar nawy głównej (*Droga sztuki – sztuka drogi*, wystawa rzeźb Stanisława Horno-Popławskiego, 2003; *Rzeźba ceramiczna*, wystawa rzeźb Anny Strzelczyk, 2005; *Rzeźba*, ekspozycja prac rzeźbiarskich Waldemara Cichonia, 2008).

Sztuka dawna wywołuje zdecydowanie inne skojarzenia / wrażenia / emocje, zdaje się współgrać z zastaną architekturą, wnętrzem obciążonym konkretnym stylem, konkretną historią, konkretną „dekoracją", bywa jednak, że może zbyt mocno wtapia się ona w kontekst historyczny, nie wzbudzając w widzu wrażenia kontrastu / pewnej niezgody na dwoistość przestrzeni i przedmiotu (*Daniel Chodowiecki*, wystawa grafik Daniela Chodowieckiego z kolekcji Jacoba Kabruna, 2004).

Powstaje zatem pytanie i swoiste rozdarcie, który wariant jest lepszy? Próba trwania przy historyczności, poczucie harmonii miejsca i ekspozycji? Czy też – w przypadku wystaw czasowych – agresywna jednak „gra" z miejscem i widzem, czyli organizowanie ekspozycji posługujących się sztuką nowoczesną – współczesną? Nieco odmienny charakter miała wystawa *Porcelanowy skarb* (2006–08), prezentująca odnalezioną przypadkiem w 2002 roku, w parku pałacowym w Pielach, rodową zastawę stołową (serwis porcelanowy i szkło), ukrytą w 1945 roku przez dziedziczkę Adę von Brandt.

Od 2014 roku zaczęto w szpitalu św. Ducha prezentować wystawy tematyczne, w dużej mierze podejmujące problem kondycji fizycznej i duchowej człowieka. Pierwszą z nich stanowiła wystawa planszowa wypożyczona z Biblioteki Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, eksponująca ideę dzieła *De humani corporis fabrica* (wydanego w 1543 roku) autorstwa najsłynniejszego anatoma i chirurga, Andreasa Vesaliusa (1514–64). Oprócz rewolucyjnej treści, traktat ten zawierał całkowicie nowy typ przedstawień sekcjonowanego ciała. Grafiki autorstwa Stephana van Calcar (niekiedy jako dodatkowych twórców rycin wymienia się również samego Tycjana, Franceskę Marcoliniego, Johanna Britta i Giuseppe'a Portę) ukazywały ożywionego trupa funkcjonującego w innym wymiarze, kopii świata rzeczywistego. Ciała anatomiczne spacerują w pejzażu i wykonują symboliczne gesty i pozy, druga grupa ujęć ukazuje ciało w formie antycznych rzeźbiarskich torsów z odsłoniętymi wnętrznościami.

Tego typu zabieg ikonograficzny służył świadomej estetyzacji „okrutnych" jednak ilustracji i ułatwiał dialog między odbiorcą dzieła a jego autorem.

Muzeum Mikołaja Kopernika uzupełniło toruńską wystawę trzema starodrukami: dwoma wydaniami Vesaliusa z 1555 roku, znajdującymi się obecnie w Bibliotece Wyższego Seminarium Duchownego „Hosianum" w Olsztynie [Grzybowski i in. 2016: 239–240], oraz pochodzącym ze zbiorów fromborskiego muzeum XVIII-wiecznym wydaniem traktatu Vesaliusa (*Anatomische Erklarung der Original Figuren Andreas Vesal...*, Ingolstadt 1783) z tekstem korygującym autorstwa anatoma Jakoba Winslowa i objaśnieniami w języku niemieckim dokonanymi przez Heinricha Levelinga (1742–98), niemieckiego lekarza, profesora Anatomii i Chirurgii w Ingolstadt.

W 2015 roku zaprezentowano ekspozycję *Dębowa kamizelka / skrzynka / drewniana jesionka. Trumna jako ostatnie mieszkanie zmarłego, znak odejścia i przejścia w zaświaty*, stanowiącą dopełnienie wcześniejszej wystawy *Mors ianua vitae – chrześcijańskie obyczaje pogrzebowe* (prezentowanej w pałacu biskupim na Wzgórzu Katedralnym). Jej celem było przypomnienie bogactwa gestów funeralnych i przywołanie „utraconej" pamięci o ceremoniałach pogrzebowych. Wystawę tworzyły zabytkowe trumny (cynowe i drewniane-egzekwialne), mary żałobne i katafalki skontrastowane ze współczesnym projektem angielskiego artysty i designera Williama Warrena, który skonstruował *Shelves for Live* (regał meblowy, który po śmierci właściciela i odpowiednim złożeniu może stanowić trumnę).

Dodatkowo zaprezentowano odzież grobową, protestanckie kartusze i blachy trumienne, chorągwie procesyjne, pogrzebowe ornaty i kapy oraz starodruki pochodzące ze Zbiorów Biblioteki Wyższego Seminarium Duchownego „Hosianum" w Olsztynie, podejmujące tematykę wanitatywną. Wystawa wzbudzała w zwiedzających wysoce skrajne emocje – najczęściej rezygnowali z jej oglądania ludzie starzy; w przypadku turystów obcojęzycznych bywało, że rezygnowali z niej zorganizowani turyści niemieccy (często w podeszłym wieku), w przeciwieństwie do turystów z Rosji i innych krajów. W większości jednak ekspozycja cieszyła się dużą popularnością (zwiedzający dzielili się z pracownikami muzeum wspomnieniami dotyczącymi rytuałów żałobnych).

Obecnie w szpitalu św. Ducha prezentowana jest wystawa pod tytułem *Profesjonalne zabawy z ciałem*, próbująca wprowadzić współczesnego odbiorcę / turystę / zwiedzającego w świat dawnej chirurgii. W założeniu ekspozycja ma ukazać wielowymiarowość profesji chirurga, ukazaną z dzisiejszej – jakże odmiennej – perspektywy. O rozwijającej się wiedzy chirurgów, ich wkładzie w rozwój medycyny i poszukiwaniach naukowych świadczą zaprezentowane na wystawie starodruki ze zbiorów Muzeum Mikołaja Kopernika we Fromborku. Na potrzeby ekspozycji stworzono także zainscenizowaną Kunstkammer, przypominającą o jakże godnym uwagi procederze, jakim były „gabinety

osobliwości", których posiadaczami byli często słynni chirurdzy, pretendujący do miana „uczonych".

Wyobrażenie dawnych zabiegów, operacji i ingerencji chirurgicznych kreują na ekspozycji porażające w formie i pobudzające wyobraźnię trepany, klucze dentystyczne, piły chirurgiczne, szpryce do lewatywy, strzykawki, noże czy puszczadła do krwi. Chirurdzy pracowali w określonej przestrzeni i w konkretnym ubiorze zawodowym, stąd wśród eksponatów obecność kopii średniowiecznej szafy chirurgicznej z wieku XV, porażający prostotą choć pełen wymowy stół prosektoryjny z regionu gdańskiego (najprawdopodobniej z lat 1945/47) i kopia XVII-wiecznego stroju lekarza dżumowego.

Jednak opowieść o dawnej chirurgii nie jest tylko narracją dotyczącą samych chirurgów. Główny punkt odniesienia stanowi nade wszystko ludzkie ciało – podmiot i przedmiot chirurgicznych eksploracji, ich kierunek i cel… O ile więc narzędzia chirurgiczne i traktaty medyczne tworzą opowieść o ciele „jako takim", ciele abstrakcyjnym, ciele ogólnym, o tyle odmienny obraz owego ciała stwarzają eksponaty osteologiczne wypożyczone z Zakładu Antropologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Wśród nich znajdują się między innymi czaszki ze śladami trepanacji, czaszka kobiety chorującej na syfilis oraz kości kończyn dotknięte różnorodnymi urazami, zwyrodnieniami i złamaniami. W tym przypadku mamy do czynienia z obrazem ciała osobistego, jednostkowego; eksponaty te stanowią intymny dziennik doznań konkretnego człowieka, historyczny rejestr ludzkich, jakże dramatycznych losów splecionych z losem chirurgów.

Dopełnieniem obrazu ciała jednostkowego, ciała intymnego stają się zaprezentowane na wystawie protezy – ciało fantomowe, ciało sztuczne udające ciało naturalne; artefakty biorące udział w ponurym procesie prowadzącym od autentycznej utraty kończyny (fizycznego i symbolicznego rozpadu ciała) do pozornego przywrócenia kończyny (fizycznego i symbolicznego scalenia ciała). Ekspozycja ta prezentuje niemalże w całości najbardziej cenne zabytki Działu Historii Medycyny Muzeum Mikołaja Kopernika, ale należy też do wystaw, które wpasowują się we wspomniany wcześniej kontekst historyczny miejsca. Wystawa cieszy się dużym zainteresowaniem, z uwagi na fakt, że tematyka nie należy do powszechnie znanej. Prezentowane obiekty nie tylko przez kontekst naukowy, ale też ze względu na wyszukaną formę bardzo działają na wyobraźnię i, paradoksalnie, prowokują dodatkową refleksję nad medycyną współczesną.

Wydaje się, że szpital św. Ducha stanowi pewien kontrapunkt dla pozostałej tkanki zabytkowej miasta, która kojarzy się przede wszystkim z Mikołajem Kopernikiem, katedrą i wzgórzem katedralnym. Wzgórze i katedra dominują wielkością, monumentalizmem, stanowiąc swoiste centrum odniesienia dla pozostałych obiektów architektonicznych, takich jak zespół kanonii, wieża

wodna, kościół św. Mikołaja czy właśnie szpital św. Ducha. Jednak sam szpital wraz z ogrodem broni się (przed dominantą wzgórza i „ciężarem" jego tkanki historycznej oraz liczbą dzieł sztuki) własną oryginalnością, kontekstem miejsca nadal odosobnionego, nieco hermetycznego tematycznie, ale przez to bardzo zaskakującego turystę.

Co ważne, Dział Historii Medycyny Muzeum Mikołaja Kopernika, porównywany często z innymi polskimi Muzeami Historii Medycyny, bardzo zyskuje wobec faktu, że jest jedynym rodzimym obiektem związanym z historią medycyny i farmacji, zlokalizowanym w dawnym szpitalu, a więc w naturalnie przynależnym mu kontekście odniesienia. Dodatkowo, wraz z ogrodem, stanowi dobrą jakościowo platformę dla działań edukacyjnych.

Realizowane są w formie lekcji muzealnych, organizowanych dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych, a dotyczących historii medycyny w kontekście osoby profesji Mikołaja Kopernika. Z kolei w ogrodzie, w sezonie letnim organizowane są plenery malarskie dla dzieci z kolonii Caritas, kończone każdorazowo uroczystym wernisażem i rozdaniem nagród dla najlepszych artystów. Od 2014 roku, podczas Nocy Muzeów odbywają się tu wykłady poświęcone ikonografii anatomicznej, rytuałom chroniącym przed śmiercią i chorobami czy obrazowaniu diabła w sztuce średniowiecznej.

Tak zabytkowy, unikalny obiekt wymaga z pewnością dalszej strategii rozwoju, pozyskania funduszy unijnych dla stworzenia nowej, profesjonalnej ekspozycji (zwłaszcza w zakresie prezentacji dużej kolekcji naczyń aptekarskich). Szanse rozwoju szpitala św. Ducha nie polegają jedynie na kolejnych realizowanych wystawach, mogą także dotyczyć jego otoczenia. W styczniu 2016 roku miasto Frombork zyskało status obszaru ochrony uzdrowiskowej, tym samym po wybudowaniu obiektów leczniczych Frombork stanie się uzdrowiskiem. Fakt ten (oczywiście wymagający jeszcze wielu lat przygotowań) może dodatkowo wzbogacić funkcję przyszpitalnego ogrodu, który po stosownych przeobrażeniach jest w stanie pomagać kuracjuszom hortiterapią, polegającą na bezpośrednim kontakcie człowieka z naturą, powodującą osłabienie lęków i polepszenie usposobienia ludzi chorych [Dzida, Nurzyńska-Wierdak, Smyk, Nowak, Konopińska 2013].

Jak wspomniano wcześniej, w szpitalnej kaplicy św. Anny stworzono ekspozycję nowożytnej i ludowej rzeźby warmińskiej. Przy czym jest to wyłącznie rzeźba sakralna (uzupełnia ją ekspozycja amuletu anty-zarazowego – krzyża św. Ulricha) i prywatnego obrazu z terenu Pomorza, przedstawiającego *Głowę św. Jana Chrzciciela na misie* (w nawiązaniu do leczniczego anty-epileptycznego patronatu świętego). Kaplica, jak i sam szpital (pełniący w pewnym okresie funkcję kościoła), stanowią przestrzeń sakralną, tym samym wpisują się w proces rozpoczęty w porewolucyjnej Francji (od 1795 roku), polegający na przekształcaniu obiektów sakralnych na cele muzealne-świeckie [Rusnak 2015].

To zjawisko coraz częściej spotykane, ale też wymagające delikatności i odpowiedniej koncepcji wystawienniczej, która (zwłaszcza w tak katolickim kraju jak Polska) nie powinna „burzyć" harmonii miejsca. Zresztą prezentowane ostatnio w szpitalu św. Ducha wystawy czasowe niewątpliwie odnoszą się w sposób mniej lub bardziej oczywisty do religii, do chrześcijańskiej koncepcji ludzkiego ciała / zdrowia, choroby i śmierci.

Niemniej warto zastanowić się, jak brzmiałaby w tym miejscu „teatralna" wystawa plastynatów z kolekcji Gunthera von Hagens czy Roya Glovera. Ekspozycje te, nieustannie krytykowane, w większości nierozumiane bo nieodnoszone do historii dawnej chirurgii i anatomii, a przez to „spłycane" w swojej warstwie symbolicznej, są w powszechnym odbiorze zaliczane w poczet wystaw skandalizujących, wypaczonych społecznie, nekrofilskich i uwłaczających współczesnemu człowiekowi. A przecież to ekspozycje bardzo silnie nawiązujące nie tylko do tradycji nie poniżania, ale wręcz uświęcania ciała, korespondujące z tradycją postrzegania lekarza anatoma jako boskiego następcy, który dokonując sekcji, pozwala sekcjonowanemu ciału odpokutować grzechy i winy [Jagla 2011b].

Być może tego typu proponowany projekt wystawienniczy dla szpitala św. Ducha, dobrze opisany w odniesieniu do faktów, zdarzeń z historii medycyny i ikonografii anatomicznej, mógłby stanowić niewątpliwy przełom w perspektywie rozwoju fromborskiej placówki.

Streszczenie

Fromborski szpital św. Ducha powstał w wieku XV, jako podłużna budowla z kaplicą od strony wschodniej, w której zachował się XV-wieczny fresk przedstawiający Sąd Ostateczny. Szpital przebudowano znacznie w wieku XVII i w tej niemalże niezmienionej formie funkcjonuje do dzisiaj (dzięki restauracji, której poddano go w drugiej połowie XX wieku). Od 1992 roku szpital pełni funkcję Działu Historii Medycyny Muzeum Mikołaja Kopernika we Fromborku. W dwóch nawach bocznych prezentowane są ekspozycje przedstawiające zarys historii medycyny i historii farmacji (naczynia apteczne, grafiki medyczne, modele anatomiczne, instrumenty chirurgiczne, kopie krzeseł porodowych, starodruki medyczne itp.). W zachowanej kaplicy prezentowana jest nowożytna i ludowa rzeźba z Warmii, zaś nawę środkową przeznaczono dla ekspozycji wystaw czasowych – w przeszłości sztuki współczesnej, ostatnio zaś prezentowane są wystawy tematyczne ukazujące kondycję fizyczną i duchową człowieka. W szpitalu odbywają się także wykłady, lekcje edukacyjne, a w przyszpitalnym ogrodzie plenery malarskie dla dzieci. Miejsce to posiada ogromny potencjał rozwoju i przy odpowiedniej reklamie ma szansę stać się bardzo popularnym obiektem zabytkowym, zwłaszcza wobec faktu, że jest to jedyny w Polsce dawny obiekt szpitalny, w którym prezentowane są eksponaty związane z rozwojem medycyny i farmacji.

Słowa kluczowe: sztuka, historia medycyny, historia farmacji, muzeum, zabytek

The Hospital of the Holy Spirit in Frombork in the historical, museum and culture-producing context

The Hospital of the Holy Spirit in Frombork was erected in the fifteenth century as an oblong building with a chapel on its east side in which one can find a well preserved fifteenth-century fresco depicting the Last Judgement. In the seventeenth century the hospital had gone through a substantial rebuilding process and it exists today in its almost unchanged form (thanks to the restoration it undergone in the second half of the twentieth century). Since 1992 the hospital serves as a Department of the History of Medicine Museum of Nicolaus Copernicus in Frombork. The two aisles of the chapel are arranged as exposition areas with displays presenting the outline of the history of medicine and the history of pharmacy (pharmaceutical vessels, medical graphics, anatomical models, surgical instruments, copies of birthing chairs, antique medical books, etc.) The central nave is devoted to temporary exhibitions – in the past to contemporary art exhibition- recently to the exhibition presenting the physical and spiritual condition of man. The modern and folk sculpture of Warmia is also presented in the preserved chapel. The hospital hosts lectures and educational classes. Open air painting activities for children are organized in the garden next to the hospital.

This place has great potential for development. If appropriately advertised it can become a very popular monument especially that it is the only former hospital building in Poland where the exhibited objects show the development of medicine and pharmacy.

Key words: art, history of medicine, history of pharmacy, museum, monument

Bibliografia

Domańska Joanna
2011: *Dobroczynność względem sierot na ziemiach polskich do 1928 roku.* „Biuletyn Historii Wychowania", nr 27, s. 19–31.

Dzida Katarzyna, Nurzyńska-Wierdak Renata, Smyk Paulina, Nowak Lidia, Konopińska Joanna
2013: *Możliwości zastosowania wybranych gatunków roślin zielarskich przy obiekcie uzdrowiskowym.* „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska", t. XXIII, nr 3, s. 20–31.

Eysymontt Rafał
2008: *Średniowieczny szpital pw. św. Macieja we Wrocławiu.* „Quart", nr 4, s. 4–26.

Grzybowski Andrzej, Bieganowski Lech, Wróblewski Adam, Pięta Aleksandra, Pugaczewska Marta
2016: *Autorzy dzieł medycznych z XVI wieku.* [W:] *Reverendissimo in Christo Domino Archiepiscopo Josepho Górzyński. S. Th. Dri, Dei gratia Metropolitae Varniensi, inaugurationis Pontificatus ergo.* Olsztyn: Wydawnictwo Biblioteki Wyższego Seminarium Duchownego Metropolii Warmińskiej Hosianum, s. 234–240.

Jagla Jowita
2004: *Boska Medycyna i Niebiescy Uzdrowiciele wobec kalectwa i chorób człowieka.* Warszawa: Neriton.
2011a: *Tajemnica skóry (cz. I). Święte uleczanie wobec chorób zakaźnych, dermatologicznych i wenerycznych. (Sylwetki patronów, ikonografia i obecność w kulturze).* [W:] red. Podgórska-Klawe Z., *Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną*, t. 17, z. 1. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, s. 7–23.
2011b: *„Ciała z prawem do szacunku". Obrona drogi Gunthera von Hagensa do sławy.* [W:] red. Geron M., Malinowski J., *Szpetne w sztukach pięknych. Brzydota, deformacja i ekspresja w sztuce nowożytnej.* Kraków: Libron, s. 323–333.

Jerzak Norbert
2007: *Początki działalności szpitalniczej Krzyżaków z Czerwoną Gwiazdą na Śląsku.* „Perspectiva. Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne", nr 2, s. 49–56.

Kolwitz Marcin, Dąbrowski Szymon
2014: *Postawy wobec niepełnosprawności fizycznej w okresie średniowiecza.*

„Annales Academiae Medicae Stetinensis. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie", nr 1, s. 103–108.

Komarynska-Polak Helena
2011: *Psychicznie chorzy w krakowskim szpitalu bonifratrów w XVII i XVIII wieku.* „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie", nr 1, s. 33–46.

Kopiczko Andrzej
1998: *Szpitalnictwo na Warmii w XVI–XVIII wieku.* „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej", t. LXVI, s. 97–107.
2014: *Braniewo w okresie powstania Zgromadzenia Sióstr św. Katarzyny Aleksandryjskiej.* „Studia Ełckie", nr 2, s. 163–182.

Korpalska Walentyna
2002: *Chorzy wobec choroby, terapii i personelu medycznego w czasach renesansu i baroku na przykładzie Bydgoszczy.* „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny", nr 2/3, s. 289–309.

Kruppé Jerzy
1998: *Szpital kapitulny świętego Ducha we Fromborku.* „Studia i Materiały z Historii Kultury Materialnej", t. LXVI, s. 185–201.

Kucharski Gerard
2002: *Struktura i organizacja szpitala Ducha Świętego w Rzymie do końca XV w.* „Saeculum Christianum: pismo historyczno-społeczne", nr 9/1, s. 37–55.

Marcinkowski Jerzy T., Bajek Anna, Galewska Irena
2011: *Historia szpitalnictwa w Kaliszu.* „HYGEIA Public Health", nr 2, s. 293–297.

Piaskowski Tadeusz, Poklewski Józef
1972: *Malowidło „Sąd Ostateczny" w kaplicy św. Anny we Fromborku.* „Komentarze Fromborskie", z. 4., s. 45–55.

Rusnak Marta
2015: *Adaptacja budynków sakralnych na cele muzealne w Polsce. Historia i skala zjawiska.* „Architectus", nr 3, s. 75–88.

Rytelewska-Bobel Bożena
2009: *Ogród zielny przy Zespole Poszpitalnym św. Ducha we Fromborku jako nawiązanie do funkcji obiektu.* [W:] red. Gnatowska D., *Rośliny lecznicze w kulturze, nauce i sztuce.* Ciechanowiec: Muzeum Rolnictwa im. ks. Krzysztofa Kluka, s. 59–63.

Rzempołuch Andrzej
1997: *Architektura warmińska w XVII w.* „Rocznik Olsztyński", t. XVII, s. 13–42.

Semków Jagoda
2011: *Fromborskie muzealia do 1945 roku.* „Cenne, bezcenne, utracone", nr 1, s. 26–32.
2014: *Historia budowy i przekształceń zespołu szpitalnego św. Ducha*; http://frombork.art.pl/pl/wp-content/uploads/sites/2/2014/01/historia_budowy1_szpital.pdf [dostęp 2016. 12. 10].

Skrobacki Andrzej
1977: *Najstarszy na Warmii polski regulamin szpitalny.* „Komunikaty Mazursko-Warmińskie", nr 3–4, s. 447–454.

Słoń Marek
2000a: *Szpital w Polsce średniowiecznej – o zakresie problematyki raz jeszcze.* „Przegląd Historyczny", nr 1, s. 101–106.
2000b: *Szpitale średniowiecznego Wrocławia.* Warszawa: Neriton.

Sossala Jan
1966: *Przyczynki do historii Krzyżowców z Czerwoną Gwiazdą.* „Nasza Przeszłość", t. XXIII, s. 199–237.

Surdacki Marian
2015: *Szpitalnictwo zakonne w średniowiecznej Polsce.* „Roczniki Humanistyczne", t. LXIII, z. 2, s. 49–98.

Szot Leon
2009: *Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego.* „Studia Warmińskie", t. XLVI, s. 221–236.

Spis Ilustracji

Il. 1. Fasada Szpitala św. Ducha.
(fot. Paweł Chorostian, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 2. Szpital św. Ducha od strony ogrodu i parku.
(fot. Paweł Chorostian, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 3. Wystawa rzeźb Stanisława Horo-Popławskiego, widok na nawę główną z wysokości empory.
(fot. Jagoda Semków, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 4. Wystawa rzeźb Stanisława Horo-Popławskiego (zbliżenie).
(fot. Jagoda Semków, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 5. Wystawa rzeźb Waldemara Cichonia.
(fot. Jagoda Semków, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 6.Wystawa prac Anny Strzelczyk
(fot. Jagoda Semków, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 7. Wystawa „Andreas Vesalius".
(fot. Jagoda Semków, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 8. Insenizowany katafalk sarmacki - fragment wystawy „Dębowa kamizelka/ skrzynka/ drewniana jesionka. Trumna jako ostatnie mieszkanie zmarłego, znak odejścia i przejścia w zaświaty".
(fot. (fot. Ewa i Lech Okońscy, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 9. Wystawa „Profesjonalne zabawy z ciałem".
(fot. Paweł Chorostian, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 10. Wystawa „Profesjonalne zabawy z ciałem" - widok z kaplicy św. Anny. (fot. Paweł Chorostian, Muzeum Mikołaja Kopernika)

Il. 11. Fragment kaplicy św. Anny.
(fot. Paweł Chorostian, Muzeum Mikołaja Kopernika)

OBLICZA CHOROBY W CZASACH
PŁYNNEJ NOWOCZESNOŚCI

Wykluczenie, tabu, stygmatyzacja_

Ewa Nowina-Sroczyńska
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Podhalańskie przestrzenie terapeutyczne: *Górka*. Z cyklu: intermedia podhalańskie

Wprowadzenie

O *Górce* po raz pierwszy usłyszałam dwie dekady temu w Zakopanem. W restauracji siostry i szwagra mojej przyjaciółki, dokładnie w restauracyjnej kuchni zobaczyłam ikonę Matki Boskiej Nieustającej Pomocy. Właścicielka wyznała bez najmniejszego skrępowania: jej mąż *jest na Górce*, to znaczy – złożył przyrzeczenie, że przez pół roku nie będzie pił alkoholu. Obrazek Marii w centrum kuchennych smaków i zapachów to znak tego ślubowania, ale także komunikat dla innych, by uznawali przysięgę, nie namawiając go na alkoholowe biesiadowania. *Górka* to powszechnie przyjęta na Podhalu nazwa Kościoła Ojców Jezuitów, którzy są strażnikami obrazu Matki Boskiej Nieustającej Pomocy, uznanego przez wiernych za wizerunek cudowny. Po wieloletniej budowie kościół został wyświęcony w 1908 roku. Położony jest na południowym stoku Gubałówki, według projektu jezuity, brata Stanisława Dydka. Świątynia o niejednorodnym wystroju łączy elementy stylu zakopiańskiego z tzw. „sposobem zakopiańskim" architekta Edgara Kovatsa, którego uczniem był właśnie brat Stanisław Dydek.

Mnie interesowało przede wszystkim Duszpasterstwo Trzeźwości istniejące przy jezuickim sanktuarium.

Historia ślubowań wstrzemięźliwości sięga 1971 roku, kiedy to – jak głosi powszechnie znana opowieść – młoda Góralka niedługo po ślubie przyprowadziła do kościoła swojego męża ostro nadużywającego alkoholu. Góral w obecności księdza dał słowo swojej żonie, że przez miesiąc powstrzyma się od picia jakichkolwiek napojów „wyskokowych". Po miesiącu mężczyzna jeszcze raz odwiedził sanktuarium i poprosił, by mógł w obecności kapłana ślubować Bogu. Podobno jezuita miał wątpliwości, bowiem uznał, że złamanie przysięgi obciąży grzechem i jego. „Jak dotrzymałem przysięgi juhasowi, to tym bardziej dotrzymam przysięgę złożoną bacy" [Stanisław 2016]. Wkrótce powstała Złota Księga Trzeźwości, dziś licząca 14 tomów zapisanych

nazwiskami osób, które przysięgały wstrzemięźliwość od alkoholu, ale także od papierosów, narkotyków, a nawet hazardu. W pierwszym roku śluby trzeźwości w kościele *na Górce* złożyło kilka osób, w kolejnych latach znacząco przybywało chcących złożyć ślubowanie. Do 2009 roku przysięgę złożyło 4 tysiące osób.

Wsłuchajmy się w głos jezuity:

> Od strony zewnętrznej rzecz jest bardzo prosta. Petent (uprzedzony, że nas także obowiązuje tajemnica danych osobowych), jeżeli chce, odpowiada na pytania o imię i nazwisko, datę urodzenia, adres, okres ślubowania, stan cywilny, dzieci i zawód. Oczywiście może odmówić jakichkolwiek odpowiedzi i złożyć ślubowania anonimowo, ale i wtedy zostanie wpisany jako anonim. Przy pierwszym ślubowaniu przeprowadzamy też rozmowę o stanie petenta, czyli sprawdzamy, czy jest on już od czegoś uzależniony, i jeżeli jest, to koniecznie zachęcamy go do podjęcia leczenia w odpowiednich ośrodkach terapeutycznych. (...) Przysięgę składa się na określony czas. Niektórzy, wymawiając słowa przysięgi, ślubują na miesiąc, inni na całe życie [www.gorka.jeziuci.pl].

Każdy ślubujący podpisuje się w Księdze, następnie przechodzi do kaplicy ślubowań i przed obrazem Marii, klęcząc odczytuje notę ślubowania, cały czas rękę trzymając na Biblii.

> Złamanie tego ślubowania jest grzechem i petent powinien się do tego grzechu przyznać na najbliższej spowiedzi. (...) Po ślubowaniu petent otrzymuje obrazek Matki Bożej Nieustającej Pomocy z odpowiednim wpisem i zapewnieniem, że w każdą pierwszą niedzielę miesiąca odprawiamy o godzinie dziesiątej Mszę świętą w intencji ślubujących [www.gorka.jezuici.pl].

Powszechnie na Podhalu przyjętym jest, że ten, kto złożył śluby abstynencji, nie może być nakłaniany, bo *jest na Górce*.

Na stronie internetowej sanktuarium ojcowie jezuici zaznaczają, że w czasie wstępnej rozmowy w ślubującym musi tkwić:

> głęboka wiara w istnienie Opatrzności Boga osobowego i pełne zaufanie w Bożą wszechmoc i dobroć. Wynika z tego, że człowiek niewierzący, bardzo słabo wierzący, albo wierzący w istnienie jakiejś nieosobowej Siły pozaziemskiej, może do nas co prawda

przyjść, może też u nas takie przyrzeczenie, musi on jednak wiedzieć, że w zwyczajnych warunkach pozbawione ono będzie wewnętrznego oparcia [www.gorka.jezuici.pl].

Ojcowie zapewniają, że przyrzeczenie może złożyć nie tylko katolik, ale każdy człowiek wierzący w istnienie Boga osobowego, zwłaszcza chrześcijanin. I jeszcze zastrzeżenie: katolicy i prawosławni, którzy chcieliby złożyć śluby, powinni mieć przekonanie o wielkich łaskach, których pośrednikiem jest Maria, powinno ich cechować nabożeństwo do Najświętszej Marii Panny.

02.09.2016 Fragment mojego dziennika:

Po raz pierwszy w kościele *na Górce*. Dojazd niedogodny, bo należy pilnować zjazdu z nowej estakady prowadzącej do Kościeliska. Jezuickie sanktuarium, trudne do odgadnięcia, zalesione wzgórze skutecznie ochrania pielgrzymkową przestrzeń. Wreszcie znajduję parking pełen prywatnych samochodów, przy nim tablicę identyfikująca święte miejsce. Na *Górkę* prowadzą stosowne z ukształtowaniem terenu schody, jest ich niezliczona ilość, im wyżej, tym bardziej ginie gwar pobliskiego, podgubałowskiego targu. Schody falują aż do maleńkiego podestu w oddali, nieco w dole siklawa. Plac przed kościołem i domem rekolekcyjnym pusty, jasny, przypominający place przed świątyniami umbryjskimi. Kościół chichy i chłodny. W domu rekolekcyjnym, w korytarzu dzwonki; jeden z nich opatrzony napisem „ślubowania". Tu spotykam zdenerwowanego mężczyznę (50-60-latka?). I to on zaczyna rozmowę. W Zakopanem jest na urlopie, o *Górce* słyszał wiele razy, wie, że od niedawna można ślubować powstrzymanie się od hazardu, a z tym ma kłopot. W tym roku przegrał tyle pieniędzy, że musiał oddać taksówkę, podstawowy warsztat pracy.
Dziś zrezygnował, ale ma nadzieję, że przyjdzie jutro.
Życzę mu powodzenia.

Historia alkoholu i alkoholizmu jednocześnie – jak chcą tego autorzy *Podwójnego agenta*: Pierre Fouguet i Martine de Borde – ujawnia jego ambiwalentny charakter:

Przybyły z głębi dziejów tajemnicy napój bogów, a potem źródło uciech profanów – alkohol – bywał czczony, ubóstwiany, opiewany, uwielbiany, obsypywany pochlebstwami, adorowany i gloryfikowany, ale jednocześnie przeklinany, zakazywany,

> poniewierany, oskarżany o wszelkie zło i skazywany na wygnanie jako przedmiot obrzydzenia i pogardy (...). Symbol kwi Boga i jadu Szatana, subtelny kłamca i rozkoszny oszust wyzwala i zniewala, wzbogaca i zubaża, bywa miodem i żółcią zarazem, sprawcą radości, cierpienia, geniuszu i szaleństwa
> [Fouquet, de Borde 1990: 5].

Pisząc o powstrzymywaniu się od alkoholu i drodze, jaką podejmują niektórzy Podhalanie udający się *na Górkę*, będę również zatrzymywała się nad symbolicznymi aspektami alkoholu; wiele już o tym napisano, że halucynogenne właściwości są podstawowym źródłem nadawania znaczeń, że należał do najważniejszych środków mediacyjnych, ułatwiających przejście ze świata ludzi do świata bogów, a upojenie alkoholowe antropolodzy dawno już interpretowali jako jedną z metonimii podróży w Zaświaty. Był składnikiem ofiar, symbolicznym połączeniem przeciwstawnych żywiołów – ognia i wody, wreszcie, że stawał się niezbywalnym elementem obrzędów przejścia i uczestniczył – jak każdy mediator – w lecznictwie.

Antropolodzy preferujący badanie znaczeń symbolicznych podkreślali, że alkohol **zapewniał radykalną zmianę sposobu doświadczania świata** [Kowalski 2007: 15-20].

Znak Bożej Krwi, a właściwie substancji z nią tożsamej, używany w liturgii w symbolicznej ilości, dziś powoli przestaje być przepustką do świata *sacrum*; coraz rzadziej łączy się z Absolutem (może tylko w nazwie wódki). Desakralizacja alkoholu, który jeżeli łączy, to raczej z innymi, rzadko bywa dziś prawdziwym zaproszeniem do bliskości [Trybuś, Piątek 2004: 84]. Nie znaczy to, że moje podejście do rzeczywistości całkowicie pozbawi opisywane zjawisko sakralnej aury.

Socjolodzy, przedstawiciele medycyny społecznej, psycholodzy i pedagodzy dostarczyli nam szeregu analiz i ostrzeżeń pełnych ponurych egzemplifikacji [Święcicki 1968; Kępiński 1972; Górski, Moczarski 1972; Lewandowski 1995; Gorczyca, Grzywa 2004]. Historycy kultury i antropolodzy posiłkujący się historią opisali obyczaje biesiadne Polaków, także i te z niedalekiej przeszłości [Kitowicz 2003; Bystroń 1994; Piątkowski 2000, Dampz 2005], a moda kulturowa na kulinaria zwiększyła jeszcze ilość dokonań w tym względzie.

Gazda, jako góral z krwi i kości, był wprost opętańczo pobożny. W tygodniu łoił, ile wlezie, czy raczej ile się w gardło wleje, grzeszył ciężko, a nawet śmiertelnie, ale w niedzielę, na czas oczyszczenia, zakładał swój strój ludowy i z rodzinką w wypranych koszulach pomykał pod górę do kościoła, spowiadać się Bogu wszechmogącemu, braciom i siostrom ze swojej winy, swojej winy, swojej bardzo wielkiej winy. (...) kuchnia gazdostwa była centralnym punktem na trasach tubylczych ochlapusów, zwornikiem wszystkich ścieżek przydeptywanych bezwiednym slalomem przez armie niedopitków. W wiecznie niedotlenionej kuchni powietrze stało promilami; gazdowie nie musieli rozwieszać nawet lepów na muchy , bo wszelki owad, któremu przytrafiło się nieszczęśliwie zabłądzić do chałupy, opadał ciężkim lotem ku podłodze , gdzie dożywał swych chwil, bzycząc żałośnie na przygniecionych skrzydłach; pokolenia domowych pająków, genetycznie już uodpornionych na wódczane opary , nie rozpinały więc sieci, jeno czekały w kątach na sute kąski, które same im spadały z nieba. (...) Ojciec mój pod koniec drugiego tygodnia wakacji zaczął się z cicha modlić, żeby Polacy jednak jakoś honorowo odpadli, bo jeśli dociągną do półfinału, on wyciągnie nogi; nie nadążał za góralami, a nie wypadało mu się wymawiać od kolejnych libacji. Matka ubolewała, rozkładała ręce, chciała wracać do domu, ojciec twardo obstawał przy tym, że jeśli górale zwietrzą w nim słabość, dozgonnie straci u nich szacunek.

W. Kuczok, *Spiski*

Podhalanie i alkohol

Pisząc *Sylwy podhalańskie* jestem niejako zobowiązana do podjęcia problemu alkoholu i alkoholizmu. Napisać, że Górale tatrzańscy lubią „łyknąć" [Kuraś, Smoleński 2013: 164-165], to nic nie napisać. Młoda mieszkanka Podhala mówi:

> Myślę, że Górale przez to, że są gościnnym narodem, mają dość okazji, by się napić. Nawet jeśli nie ma osób przyjezdnych, to sami sobie okazję znajdą. Każde większe święta, imprezy okolicznościowe, wesele, pogrzeb czy świniobicie, albo jak krowa się ocieli. Każda okazja jest dobra. Wydaje mi się, że Górale są pozytywnym narodem (...) Każda okazja jest dobra, wystarczy, że wejdzie sąsiad do sąsiada, albo robota w polu, albo wykopki [Anna 2016].

> Od dziecka widziałam, że chłopy piją. Matka nie raz zwracała na to uwagę, zrzędziła; ciągle była wódka, bo piwo to tylko dla ugaszenia pragnienia. Co to za chłop co nie pije? Z umiarem, ale trzeba, dla towarzystwa, dla lepszej rozmowy. No i dla znajomości z ceprami to już koniecznie. Jako gospodarze [Aniela 2016].

A o to głosy męskich przedstawicieli Podhala:

> Taki człek, co z nikim się nie spotyka, to człek wykoślawiony. (...) Taki, co z nikim nie siedzie, z nikim nie pogada, z nikim nic nie wypije, to to dziwok wedug mnie
> [AIEiAK 13974M64].

Podhalanki wielokrotnie przyznawały:

> Chłopy to lubią mieć ze sobą spotkania, ale przy butelce (...), albo oni mecz oglądają i piwo piją, albo w barze na piwie, albo w domu na piwie siedzą. Piją piwo i narzekają [AIEiAK 13984K20].

Życie towarzyskie pod Tatrami bez alkoholu jest dziś rzadkością, alkohol to towarzyska konieczność:

> Górale piją, piją. Zawsze pili i nadal pijemy (...).Troszkę by cię lekceważyli niektórzy – ten to ani nie wypije, ani nic; odrzucony

> zostaniesz trochę. Zależy, jak się zachowasz, odmawiając, ale uważam, że by pokazać, że się tych kolegów lubi czy koleżanki, to powinno się napić [AIEiAK 13956M37].

> Jest u nas trochę abstynentów, ale z nimi ciężko się dogadać [AIEiAK 13987M35].

Wielu przepytywanych mężczyzn zaznaczało, że „każdy alkohol jest męski", ale najbardziej wódka. Dla kobiet pozostawiono „lżejsze" alkohole – „na stół adwokat albo wiśniówkę trzydzieści pięć procent postawić należy" [AIEiAK 13955M28].

Współcześnie przyzwolenie na wczesną inicjację alkoholową nie jest incydentalne:

> Rodzice wolą, żeby dziecko piło przy nich, niż by się musiało gdzieś chować i w tajemnicy pić, bo każdy wie, że dzieci próbują z ciekawości. Ja myślę, że rodzice to przyjmują jako mniejsze zło. Masz, napij się z nami, trochę spróbuj. To lesze niż chowanie się lub rygorystyczny zakaz [Aldona 2016].

Początki próbowania to już w wieku nastoletnim przy rodzicach. Siedemnaście lat, osiemnaście jak zaczynają imprezować [Aldona 2016].

> Nas rodzice tak wychowali, że jak mam spróbować, to spróbuj w domu. Pierwsza to chyba babcia dała mi spróbować szampana. Ojciec dawał mi piwa na apetyt, bo strasznie słabo rosłam i byłam chudym dzieckiem, a piwo wzmaga apetyt. (...) I ja przed osiemnastą wiedziałam, jak smakuje piwo, jak smakuje wino, ale nigdy się przed osiemnastką nie nadużywano alkoholu, ale to było dla mnie normalne spróbować palcem do adwokata. Na osiemnastkę to tak było, że dziewczyna pijąca to niełądnie. Babcia mówiła, że jest siedem najbrzydszych rzeczy na świecie, siedem albo cztery. Świnia chuda, kapelusz dziurawy, chłopak potargany i baba pijana [Anna 2016].

Od wielu lat słyszę, że Podhalanie traktują piwo jako napój chłodzący:

> Tak, tak, piwo w ogóle nie jest brane pod uwagę, że to jest coś złego. Każdemu się piwo należy po pracy czy w ciągu pracy, na przykład na budowie często im się piwo przynosi i zawsze to jest normalne, że jedno piwo nie zaszkodzi [Aldona 2016].

Przedstawiciele starszego pokolenia, ale także ludzie młodzi obu płci mówili, że przyzwolenie na alkohol większe jest dla mężczyzn, choć i kobiety, Podhalanki coraz częściej mają problemy alkoholowe:

> Kobiety piją więcej niż dawniej, chyba chcą dorównać chłopom, albo wtedy, gdy mają w domu alkoholika, ale jest to od razu widoczne, że baba pije [Stanisław 2016].

> Baba pijana to był skandal, chłopom się zawsze wybaczało bardziej. Może to było tak, że miejsce kobiety zawsze było w domu przy dzieciach. Chłop to był ten, który zarabiał i utrzymywał całą rodzinę. Kobiety do pracy raczej tutaj nie szły. On przynosił te pieniądze, a ona nie miała nic do gadania. On zarabia, on płaci, on sobie pije za swoje. Poza tym, on miał więcej okazji do wypicia, bo po pracy szedł do sąsiada, a ona uwiązana przy tych dzieciach [Anna 2016].

Nader często słyszałam męskie głosy usprawiedliwiające picie alkoholu – „dbam o rodzinę, bo to mój obowiązek, zarabiam i piję za swoje".

Męski alkohol („Jak bym zobaczyła dwóch panów, którzy piją wino, to bym pomyślała, że geje" [Anna 2016]) – wódka jest przyczyną depresji, a nawet samobójstw, których liczba jest na Podhalu od kilku lat najwyższa w kraju. Nadużywanie alkoholu przywołuje *Górkę*. Najczęściej do ślubowania dochodzi dzięki interwencji kobiet: teściowej, żony, matki. Spotkałam niewielu mężczyzn, którzy sami zdecydowali o powstrzymaniu się od alkoholu i podjęli drogę *na Górkę*.

„W mieście macie psychologów, a u nas jest Jezus" [AIEiAK 13977K30] – Jedna z młodych dziewcząt opowiadała:

> Dużo jest we wsi takich chłopaków, którzy już mieli swoje dno. Złamali jakąś granicę, przeszli jakąś barierę, popili, popili i wybierają się *na Górkę*. (...) Jeżeli mężczyzna pokaże karteczkę (...) i powie – „byłem *na Górce*, zaślubowałem" – na weselu czy w jakimś towarzystwie nikt go nie namawia. Nikt go nie nuka. Bo tak to jest. „Nie napijesz się, no z sąsiadem musisz się napić.

> Na moim weselu się nie napijesz? Hańba, wstyd". Ale jeśli ktoś przedstawi karteczkę, to nie ma nukania [AIEiAK 13949K35].

Oto głos jednego z tych, którzy samodzielnie podjęli decyzję o ślubowaniu:

> Pierwszy raz to tak z ciekawości, jak to jest *iść na Górkę*. Byłem na takim mocnym kacu, na takim fest kacu. Pamiętam, że pracowaliśmy w lesie i mówię – dzisiaj ostatnie piwo piję. No i tak w roboczych ubraniach poszedłem *na Górkę*. Dwadzieścia złotych miałem w kieszonce. Myślałem, że jak pójdę, to wytrzymię i nie będę pił, bo taki miałem okres, że tak dość dobrze mi się piło ten alkohol i to mnie zaniepokoiło trochę, że codziennie jest człowiek na rauszu. (...) Na rowerze miałem parę wypadków, o tu łuk brwiowy rozbity dwa razy. A druga sprawa to postanowiłem, że wytrzymię półroku i wytrzymałem. Tak się czułem po tej *Górce* jak po spowiedzi, bo jak się idzie do spowiedzi, to się człowiek boi, takie spięcie, a potem człowiek lżejszy jest [Michał 2016].

Nasza rozmowa odbyła się we wrześniu; wówczas mój interlokutor odbywał okres rocznego powstrzymywania się od alkoholu.

> Czuję się lepiej, bo jednak ten kac to masakra. Rano trzeba wstać, w gębie jak w trampku i piwa się chce; piłem piwo – jedno drugie, trzecie, to mi się jeść chciało i przytyłem dwanaście kilo. Teraz zeszczuplałem i bardzo dobrze się czuję [Michał 2016].

Tak oto opisał swoją ostatnią wizytę u Ojców Jezuitów:

> Można od ósmej do dwudziestej. Zajedzie się, bo tam jest parking. Jest taka kaplica z boku kościoła, wchodzi się na plebanię, tam są numery do tych ojców. Przychodzi ksiądz, szczęść Boże, szczęść Boże, proszę księdza, chciałem zaślubować. No to proszę bardzo. Idzie się do biura, imię i nazwisko, on zapisuje, na ile dni, tyle i tyle. I kobiety też chodzą. I potem jest sprawa taka, że idzie się do kaplicy, tam jest Matka Boska, mówi się regułkę, klęcząc. Prawą rękę kładzie się na Piśmie Świętym i prosi o wytrwanie. Nie będę pił alkoholu, całuje się krzyż i do widzenia. Dostaje się obrazek. Tam jest zapisane od – do. Z tyłu tego obrazka. (...) Najgorsze są trzy pierwsze dni. Bo normalnie człowiek nigdy nie jest trzeźwy,

> nigdy nie ma tego zero-zero. A potem to tak odetnie się mentalnie. W księży się nie wierzy, ale z Pana Boga jaj nie będę sobie robił [Michał 2016].

Nie wszyscy moi rozmówcy dotarli *na Górkę*: uciekali swoim bliskim z samochodów, wycofywali się pod jakimkolwiek pretekstem w ostatnim momencie, a powody generalnie podawano dwa: wstyd przed rodziną, znajomymi i księżmi oraz strach przed złamaniem przyrzeczenia. Zdarzyło mi się nawet usłyszeć – myślę, że z wrodzonej temu mężczyźnie przekorności – „Górka to sekta, nigdzie nie pójdę". Złamanie przysięgi przed obrazem Matki Boskiej Nieustającej Pomocy pociąga bowiem reakcję sił nadprzyrodzonych:

> Osobiście byłem na Górce, pierwszy raz w 2004 roku. To było sześć miesięcy, z czego wytrzymałem pięć. (...) Wyrzuty niesamowite. To dzisiaj mogę powiedzieć z pełną świadomością, bo albo się idzie na Górkę dla rodziny, albo idzie się przed samym sobą. Był Strach, czy ja wytrzymam. Bo u człowiek wierzącego to jest tak, jak się ślubuje przed Panem Bogiem małżeństwo. (...) Jeśli nie wytrzymam, to co będzie dalej? To od razu nie przychodzi, ale z czasem. (...) Potem się okazuje, że jest masa niepowodzeń, chociaż w tych niepowodzeniach i tak była ręka boska, bo po pierwszym wejściu na Górkę Pan Bóg dał mi szansę. To niepowodzenie tłumaczyłem różnie, ale za drugim razem jak byłem na Górce, to dzisiaj wiem, że był problem z alkoholem, bo wytrzymałem trzy dni. (...) Po drugim zerwaniu już były same niepowodzenia. (...) Mój umysł był chory i zainfekowany gorzałką [2016].

> To wyznanie Górala, który dziś wie, że jego „uzależnienie jest silniejsze niż wiara" [2016]. Ktoś złamał nogę, komuś nie szło w interesach, komuś zachorowała matka. „Ja tam w przesądy nie wierzę – mówi młody mieszkaniec Podhala – ale znam taki przypadek, że facet złamał nogę i to tak, że skręcili mu śrubą" [Michał 2016].

> Myślę, że jest tam może przeznaczenie, coś tam w górze nami kieruje. Bóg jest i nie możesz tego złamać. To już lepiej iść na Górkę na krócej. (...) Dziś jest bez dyspens, a były kiedyś. Na przykład na wesele... Dajesz księdzu tam w swojej parafii datek i to załatwia sprawę. Teraz jest napisane – z bez dyspensy – tłustym drukiem [Michał 2016].

Rzeczywiście na rewersie ikony Matki Boskiej Nieustającej Pomocy widnieje wyraźny stempel. To reakcja ojców jezuitów na podejmowane praktyki kupowania dyspensy (jednodniowej lub kilkudniowej) od księży z własnych parafii. Ślubowania od powstrzymywania się od alkoholu, narkotyków, hazardu i papierosów są całkowite, pozbawione jakichkolwiek przerw, a wiedza o tym jest już powszechna i z trudem, ale akceptowana. Socjolodzy, pedagodzy i antropolodzy zajmujący się problemami alkoholizmu w zasadzie zgodnie twierdzą, że działanie, które przypisuje się alkoholowi, można podzielić na kilka grup: po pierwsze, może być środkiem wspomagającym funkcje fizjologiczne organizmu (zmęczenie, reakcja na ból), po drugie – psychologiczne (powoduje odprężenie, pomaga zwalczyć stany smutku), wreszcie, potrzecie – społeczne (ułatwia kontakty, wszelką integrację, jest elementem praktyk religijnych) [Światła-Trybek 2011: 138].

Z tymi konstatacjami współbrzmią głosy moich podhalańskich rozmówców:

> Co jest przyczyną, że ludzie piją? Dla każdego to jest coś innego. Dla jednego może być samotność i wtedy napije się, zaśnie i nie czuje tego. Inni mogą się lepiej otworzyć przed ludźmi. Jest skryty i wstydliwy, a po piciu nabiera odwagi. Bardzo często są to ludzie wrażliwi, coś w nim w środku siedzi i nie może sobie z tym poradzić i wtedy pije. (...) Albo rozpacza po stracie jakiegoś dziecka i sięga po alkohol. Zdarza się, że ktoś pije nie wiadomo skąd i ktoś w rodzinie musi nim wstrząsnąć, czasami się ocknie i przestaje, a czasami nie [Anna 2016].

> Kobiety za bardzo przymykają oko, a więc wszystko może być z przyzwolenia. Chłopy też tak czują, że baby ulegają, a co baba będzie mu rządzić. Robią awantury, jak są pijani, ale jak wytrzeźwieją, to wszystko przechodzi [Małgorzata 2016].

> Niektórzy piją, bo są kawalerami, albo żony im poumierały, albo coś tam nie wyszło. To samotność chyba jest, to jedna z przyczyn. Nie ma kto cię opierdzielić jak żona: „Co ty robisz z siebie dziada?". Brak obowiązków, samotność [Michał 2016].

> To jest nieradzenie sobie z emocjami, to problem psychiczny. Myślę, że duża wrażliwość ludzi. (...) Ludzie uciekają od problemów, nie mogą się podzielić z kimś, to piją i udaje się na chwilę zapomnieć [Aldona 2016].

Wielokrotnie pisano o skłonności do nadużywania alkoholu jako jednej z cech charakterystycznych Polaków [Święcicki 1968; Lewandowski 1995; Kępiński 1972]. Inni uznają te opinie za tendencyjne, pozbawione głębszych analiz, nieoddających w pełni kulturowych, społecznych i ekonomicznych uwarunkowań [Świtatła-Trybek 2011: 141]. Socjolodzy przekonują nas, ze współczesne miasta są jedynie miejscami do mieszkania nie zaspokajają innych , ważnych potrzeb. Zaobserwowano coraz wcześniejszy wiek inicjacji alkoholowej, wzrastanie alkoholizmu kobiet, a głównych powodów poszukuje się w sferze ekonomicznej (bezrobocie) i społecznej (proksemika – przestrzeń zabudowy miasta) [Gorczyca, Grzywa 2004: 343]. Tymczasem Podhalanie zdecydowanie i zgodnie twierdzą, że mieszkańcy dużych aglomeracji miejskich nie są tak narażeni na alkoholizm jak mieszkańcy wsi. Ogólny pogląd streszcza się w tej oto wypowiedzi:

Idzie Jaś po pod las na ciupadze zbyrcy
A zanim dziywcyna popłakowajęcy.
Kieby ja wiedziała ka mój chłopiec pije
Tobyk mu zaniosła w cebrzyk pomyje.
W cebrzyku pomyje z wiaderkiem otręby
Żeby se wycieroł po gorzałce zęby.

(ludowe)

> W mieście trzeba rano iść do roboty, tam każdy pracownik czy nawet szef wyczuje, że się jest na kacu. Nie można też uspokoić głód alkoholu piwem. Bo jak? Na wsi w czasie niemal każdej pracy jesteś u siebie, wszędzie blisko. To piwo uspokaja i może uzależniać [Stanisław 2016].

Jedną z najbardziej niezwykłych rozmów odbyłam z 23-letnią dziewczyną, która jest świadoma choroby alkoholowej ojca:

> U nas w domu było zawsze pełno gości. (...) Tata nigdy nie odmówił wieczorem, a każdy musiał się z gazdą napić, każdy turysta, który przyjeżdżał to uważał, że trzeba z flaszką. Z tatą świetnie się rozmawiało, zawsze przy flaszce, zawsze przy jakimś alkoholu. Ja pamiętam, jak ja byłam małą dziewczynką, miałam może trzy lata, to ja zawsze uwielbiałam usypiać u taty na rękach. Tata siedział z gośćmi, impreza była, pili, a ja złapałam się jego karku i tak usypiałam. To było moje ulubione zasypianie i mnie wynosił wtedy na górę, jak już usnęłam [Aldona 2016].

Dziś ojciec jest alkoholikiem, odmawia leczenia, twierdzi, że z alkoholem nie ma problemu. Głos córki:

> Parę lat temu zauważyłam, że sam zaczął mi podbierać alkohol. (...) Miałam szesnaście czy siedemnaście lat i pierwszy raz byłam druhną. (...) Dostałam pierwszą flaszkę wódki weselnej, schowałam ją do kartonu. To było ważne – pierwsza flaszka. Pół roku po weselu zobaczyłam, że jest w połowie wypita. Wiedziałam, że ojciec ma problem, bo pije sam (...) Nie może przestać, jest w amoku, niepotrzebne mu towarzystwo, tylko pije w toalecie, w pokoju, nie przy wszystkich. Wydaje mi się, że to choroba [Aldona 2016].

Zdaniem mojej rozmówczyni, winę ponoszą także kobiety, dając przyzwolenie, bo domem kieruje mężczyzna:

> Bo mąż przynosi pieniądze i utrzymuje rodzinę. (...) W domu zawsze rządził mężczyzna, w góralskich rodzinach to była taka przewaga. Zawsze co tata powie, a jak pytaliśmy o coś mamę, to – idźże do taty. (...) Wydaje się, że kobiety w dużej mierze nie mają nic do powiedzenia [Aldona 2016].

Matka mojej rozmówczyni to demon niekonsekwencji:

> Ja jej mówię – nie słuchaj, że jej przykry, bo to nie jest tata, to wódka w nim. (...) Matka przeżywa piekło jednego dnia, drogiego dnia mnie prosi, żebym jechała mu do sklepu po piwo [Aldona 2016].

Tylko raz, przed ślubem syna namówiono ojca na *górkowe* ślubowanie, zawieziono, podjął tygodniowe wyzwanie:

> My wszyscy mieliśmy wtedy nadzieję, że może pójdzie na więcej, że będzie trzeźwy, że przemyśli, bo dla nas było bardzo ważne, żeby on wytrzeźwiał, żeby coś do niego doszło, żeby zrozumiał. Cały tydzień się trzymał, trząsł się, strasznie nerwowy był, ale dał radę i my byliśmy przeszczęśliwi. Potem przyjechali jedni znajomi, drudzy znajomi, jeden czteropak mu przywieźli, drugi czteropak, to się piwa uzbierało, już tam czekało na niego po tej Górce [Aldona 2016].

Córka zwraca uwagę na niekonsekwencję w ojcowym myśleniu, uważa on, że nie ma problemu z alkoholem, a jednocześnie jest pewien, że ślubowania by

nie dotrzymał. „On Pana Boga poważnie traktuje, i myślę, że to jest argument rezygnacji z Górki." Jest najmłodszą córką z siedmiorga dzieci podhalańskiego gazdy; jej rodzeństwo uważa czyn, który opiszę, za przejaw determinacji płynącej z miłości. Opowieść przytaczam z niewielkimi skrótami:

> Na Górkę to było tak, że wzięłam go znienacka (...) Ja się liczyłam, ale miałam nadzieje, że może by się udało, ale gdzieś tam w głębi duszy byłam przekonana, że raczej nie przejdzie, bo ojciec jest zbyt uparty, żeby iść, no ale stwierdziłam, że no co mi szkodzi; jak jedziemy razem, to może jakoś się uda. Poszliśmy do banku, wyszliśmy z banku i ja nie jechałam w stronę domu tylko skręciłam w stronę Górki. Tata już się zaczął denerwować na rondzie, gdzie jadę, a to już było nie pierwszy raz, bo brat też go próbował parę razy, to mówił, że z jadącego samochodu by mu wyskoczył – taki był. Józek go chciał zawieźć na Górkę i mówił, że no nie dało się, bo by wyleciał. I musieli zawrócić. No i ja pojechałam i on się już zdenerwował, a mówię, że jedziemy, mówię do kościoła, a on – gdzie, po co, i mówię, że ja idę na Górkę, a wy to jak chcecie. A on mówi – zawróć, jedziemy do domu, a ja mówię – tata, ale ja chcę iść; no i pojechaliśmy tam pod kościół. Ja sobie weszłam, ja mówię, że ja idę, jak chcecie, to idziecie ze mną czy nie, nie on nigdzie nie idzie, on siedzi w aucie, no to dobra, zostawiłam mu samochód, wzięłam tylko portfel. Nawet nie wiem, co tam wzięłam ze sobą, chyba dokumenty tylko no i poszłam. Poszłam przerażona, bo byłam tam pierwszy raz; nie wiedziałam, jak to wygląda. Tam siedział jakiś facet za okienkiem i on mi mówi, że trzeba zadzwonić na dzwonku. Spojrzał na mnie, jak bym miała problem, a ja mówię, że chciałabym złożyć ślubowanie, no to proszę zadzwonić i dzwonię, dzwonię. Mówię, że ciężko mi, nie wiem, zadzwoniłam jeszcze raz i ksiądz mi otworzył. Nie pamiętam, czy ksiądz mi otworzył czy weszłam tam i czekałam jeszcze chwilę na księdza i potem przyszedł ksiądz. O nic nie pytał, zaprosił do kaplicy, no i pyta się, w czym może pomóc, a ja mówię, że chciałabym złożyć ślubowanie. W sumie nie mówię, że ja nie mam problemu z alkoholem, ale chciałabym to zrobić w intencji ojca, czy można by było, tak mówię, że jestem tutaj z tatą, ale tata niestety nie dał się namówić i chcę sama iść złożyć taką, żeby go jakoś zmotywować do tego, albo dać mu do myślenia. On mówi, że tak, że możemy w czyjejś intencji, w jakimś innym celu, nie tylko ze swoim problemem i wtedy wpisał mnie do księgi, podpisałam się.

Namawiał mnie ksiądz, żebym, bo pytał się na ile, ja mówię no to może na rok, bo liczyłam się z tym, że jeszcze dużo imprez przede mną, bo to był ostatni rok studiów. (...) On mi mówi, że można na miesiąc, jak to jest pierwsza moja Górka. (...) Ksiądz mnie długo namawiał, żebym jednak przemyślała, bo nie ma zwolnień, nie ma dyspens, a ja mówię, że wiem, że ja zdaję sobie z tego sprawę i wtedy zadecydowałam, że na rok i wpisał mnie do tej księgi i podeszliśmy tam pod obraz Matki Boskiej Nieustającej Pomocy, no i położyłam rękę na Biblii i złożyłam przysięgę, że przez okres jednego roku nie będę piła alkoholu. (...) Nie pamiętam tego, czy była jakaś modlitwa. Byłam taka zestresowana, nie pamiętam, ale chyba jakąś modlitwę odprawialiśmy; nie wiem czy nie „Pod twoja obronę". (...) Wyszłam i pokazałam ojcu kartkę, tata się zdenerwował, co ja wymyśliłam czy zgłupiałam. Ja mu pokazuję, że poszłam na rok, że zrobiłam to dla niego. Tata się strasznie zdenerwował, opieprzył mnie, bo wyjeżdżaliśmy i zahaczyłam o coś samochodem i jak by się stało nie wiadomo co, ale był zdenerwowany, ale ja nic, dla mnie to było śmieszne, ja byłam dumna z tego, co zrobiłam i ja w sumie widziałam, jak on się denerwuje, no ale nic nie mówiłam, nic absolutnie nie mówiłam do niego, w żaden sposób nie dokuczałam mu, rozmawiałam z nim normalnie tak, jak gdyby nigdy nic. No jechaliśmy potem do domu i w drodze do domu gadaliśmy o takich rożnych rzeczach. W ogóle nie wchodziliśmy na temat Górki; już widziałam, że się zbliżam do sklepu, to tata tak nerwowe jakieś ruchy zaczyna, ja nie mogłam wytrzymać, bo już wiedziałam, że chciał piwo, prawda, że chciał do sklepu jechać no i już patrzyłam w druga stronę, tak się strasznie miotał no i poprosił mnie – stańże – i stanęłam, a on poszedł sobie kupić piwo wtedy i zadowolony. (...) Dała mi takie poczucie, że robię coś dobrego, a z drugiej strony to był rodzaj usprawiedliwienia się, no bo co możemy zrobić, jeżeli osoba jest uzależniona. Już próby są wszystkiego. I człowiek próbuje wziąć na litość, kłótnie, awantury, szantaż, no wszystko... Ciężko alkoholika jest nakłonić. No i tak stwierdziłam, żeby sama się nie obwiniać... Mi to pomogło duchowo, że co mogłam, to zrobiłam. Ja się mogę wyrzec dla ojca, ale już nic więcej nie zrobię, bo jeżeli on sam tego nie zrozumie, to w żaden sposób nie jestem w stanie mu pomóc. Ja mu pokazałam, że ja mogę zrezygnować z czegoś dla niego, że mogę mu pomóc, ale to już jest jego sprawa. Z jednej strony, to było dla mnie takie, że to mi pomogło w tej chorobie ojca. A dwa, że też zmieniłam stosunek do niego. Nie robiłam z nim awantur, nie kłóciłam się z nim. Jak był

> pijany, to starałam się jakoś tak przetrwać. (...) Tak, zrozumiałam przez Górkę, te modlitwy... Ja wierzę w to, że Pan Bóg jakoś działa w taki sposób, że pomaga mi też to przetrwać, że ja też się nie denerwuję tym wszystkim. Mi to pomogło jakoś zrozumieć, że ja jak bym miała problem i ktoś by na mnie całe życie naskakiwał, to sama bym miała powód, żeby napić się jeszcze więcej.

To prawda, że zawsze musi być jakiś powód: „święto religijne czy narodowe, zdany lub oblany egzamin, imieniny, przybycie gościa, przyjazd w nowe miejsce lub jego opuszczenie, koniec tygodnia albo po prostu stan nudy" [Dampz 2005: 46].

Podhalanie dodają: stan gospodarki, niezadowalające działania władz lokalnych i ogólnopaństwowych. To, że alkohol ma właściwości odurzające, wie niemalże każdy, ale że może być powodem różnorodnych dysfunkcji – to już nie jest tak oczywiste:

> Czy jest ten alkoholizm, to nie wiem, coś mi się wydaje, że to na wyrost medialnie podkręcają. Choroba jest może jak nie mogę przestać. Ale mężczyzna powinien przestać, jak widzi, że coś z jego organizmem robi się złego [Stanisław 2016].

Podjęcie leczenia – a więc uznanie, że alkohol stał się poważnym problemem, nie tylko zawsze jest trudne, ale na Podhalu w zasadzie nie do końca akceptowane. Świadczą o tym zarówno wypowiedzi, opinie, jak i społeczna rzeczywistość: niezwykle mała liczba grup terapeutycznych.

> Mnie się wydaje, że wystarcza *Górka*, leczenie to już ostateczność, jak na przykład to zaszycie się pod łopatką. Mnie się wydaje, ale dobrze jest - jak jest taka grupa wsparcia, bo sobie gadają, ten ma taki problem, ten taki. Jest taki krąg ludzi, że mają jeden problem. Ale mnie się wydaje, że to, że mogą przestać, to chyba tylko wiara. Jak się człowiek tak zaprze w sobie, że ta wiara musi być, to dasz radę. (...) Na *Górce* jestem sam na sam z Bogiem przed tym obrazem [Michał 2016].

Górka może nie wystarczyć. Dwukrotnie spotkałam się z mężczyzną, który był w trakcie leczenia, nie pił od 150 dni, a o sobie mówił: „Ja Andrzej alkoholik". Wysłuchałam jego opowieści, i także tę przytaczam z niewielkimi skrótami:

Jak się idzie na Górkę, to różnie to potem wygląda. Ja jestem człowiekiem spokojnym, to dało się ze mną wytrzymać, a jak ktoś idzie dla kogoś, to toczy non stop wewnętrzną walkę. To rodzi taką agresję, że nie da się do człowieka podejść. I według mnie lepiej, żeby na Górkę nie szedł, bo on sobie robi krzywdę psychiczną, powinien się leczyć. To tylko pomaga dlatego, że jest jeszcze głęboka wiara w Górali, ale za następne pokolenia to bym nie ręczył. (...) Próbowałem iść na Górkę dwa razy, ale moje uzależnienie było silniejsze niż wiara. (...) Ja nie mam proble1mu z alkoholem, mam problem z uczuciami. Tata pił. Alkohol jest częścią życia każdego Górala. Teraz to się zmienia, bo nikt nie przyjmie do roboty człowieka, który pije, bo trudno mu zaufać. Ja od ojca, który pił, miłości nie dostałem, a on nie dostał jej od rodziców. (...) W moim życiu miałem czasy, kiedy po prostu piłem miesiąc, po miesiącu piłem pół roku i myślałem, że wszystko jest w porządku, że po prostu żyję, nikomu nic nie robię, przynoszę pieniądze do domu, jest wszystko okey. Brak wiedzy o tej chorobie spowodował, że choroba powraca z podwojoną siłą. Jak piłem tydzień, to potem dwa tygodnie. Z początku zapijałem jeden dzień, a na drugi nie mogłem patrzeć na wódkę. Były wymioty tak intensywne, że tragedia. Ale z biegiem czasu, jak to się mówi ćwiczenie czyni mistrza, doprowadziłem do takiego stanu, że mogłem pić miesiąc. Pracowałem w warsztacie. Raz przyjechał do warsztatu kuzyn z kolegą swoim, a ten mówi – fajnie, bo jeszcze w życiu nie widziałem cię pijanego, a kuzyn – bo tyś go nie widział trzeźwego. Ja funkcjonowałem w miarę normalnie, ale dzisiaj mogę powiedzieć, że to nie było normalne. Po prostu mało wiedzy na temat tej choroby powoduje, że my akceptujemy sytuację. Pije się, bo inni piją, a później było tak, że w lipcu... Czy to był atak padaczki? Nie wiem, to były potworne dwie godziny. Nie straciłem przytomności, ale przeżyłem w siepaniu organizmu. (...) Wtedy po tym ataku myślałem, że już do końca życia nie będę pił. Wezwano lekarza. Byłem naszpikowany. Zmieniłem uzależnienie alkoholowe na leki, czyli na relanium i hydroksyzynę. Piłem, ale co drugi, trzeci dzień. Po świętach choroba się nasiliła. Dzisiaj mogę powiedzieć z ręką na sercu, że nic by nie pomogło. Żadna *Górka*. (...) Ja, żeby wstać musiałem wypić dwusetkę. Musiałem mieć dwie słomki. Tymi dwiema słomkami doprowadzałem alkohol do ust. Wypiłem, żeby funkcjonować. Drugą dwusetkę wypiłem po to, żeby iść do roboty, trzecią w warsztacie po to żeby iść spać. (...) Rzucałem picie 10 lat. Co rano. Odebrałem raz od mamy telefon, moja mama

ostatnio dość dużo przeżyła. Ona myślała, że gada z bratem Staszkiem; mówiła o mnie, że miałem padaczkę i że ona tego nie przeżyje, jak drugi człowiek teraz umrze w rodzinie. Postanowiłem pojechać na detoks do Nowego Targu. (...) Najgorzej było się zgodzić. W czwartek wypiłem bardzo dużo alkoholu, bo myślałem – na drugi dzień nie będę pił. Rano byłem już po drinku, bo uplanowałem sobie, że wypiję bo jak zajadę na detoks, to mnie nie przyjmą. Trzeba być w miarę trzeźwym. Dla mnie straszną sprawą było jechać. Jak mnie, Jędrka zamkną. Ludzie nie wiedzą, że tam jest normalnie, pod kontrolą lekarza. Cały czas mama i żona były na telefonie, bo ja walczyłem non stop. (...) Wzięli mnie na oddział. Tam musiałem dbać o siebie i o kolegę. (...) Wystraszony myślą co będzie, chciałem do sklepu. Dzisiaj wiem, że doszedłem do dna. (...) Dla mnie dnem było, że kradłem dziecku pieniądze. Przy stole na detoksie patrzę, a jest tam taki dziadek stary, próbował zjeść rybę i mu się tak trzęsły ręce, że nie mógł tej rybki chycić. Patrzę – jeden, drugi, że nie jestem sam. Zaczyna puszczać. Patrzyłem na tych ludzi z czerwonymi oczami, bo alkoholikowi wydaje się, że normalnie wygląda. Ja nie wiedziałem, że miałem oczy jak wilk, ważyłem 115 kilogramów, a nie jadłem w ogóle. (...) Podpisuje się papier, że nie wolno wyjść, chyba że pod opieką jakiejś osoby. Trafiłem na grupę, gdzie było fajnie, bo wódka jest przecież częścią życia. Teraz wiem, że jakby Górale podmienili swoje życie na pasję, to jeszcze by jakoś było, odkąd pamiętam, to robota, robota, robota. Pomalutku ten alkohol jest takim paliwem. (...) Skończył się detoks, ja wyszedłem, stanąłem na środku rynku w Nowym Targu. I co dalej? Co ja mam robić? Wyczyścili. Dali jakieś proszki, żeby ci odstawienne obniżyć. (...) Detoks – wyleczą organizm, ale nic poza tym. Sześć tygodni jestem pod kopułą, a potem z codziennym światem będę musiał się spotkać, spłacić długi, wrócić do rodziny. [Andrzej 2016].

Gdzieś w moich wnętrznościach, pomiędzy przeponą, sercem a płucami, pomiędzy układem oddechowym a krwionośnym, pomiędzy płucami a kręgosłupem była negatywna czakra, anatomiczna luka, śródmięśniowa, a może międzykostna dziura o wrzecionowatym kształcie i półlitrowej objętości. Byłem jak ciężka, kalwaryjska szafa z sekretną pustą półką, brałem srebrny jak nakrętka klucz, otwierałem w samym sobie ciemne drzwiczki i umieszczałem pod moim drewnianym sercem pół litra gorzkiej żołądkowej, i serce moje zaczynało pompować krew, i płuca moje napełniały się powietrzem, przychodził brzask, znak zatoki świętego spokoju odpływały ciemne mgły, byłem lekki jak obłok i szczęśliwy jak ozdrowieniec.

J.Pilch, *Pod mocnym aniołem*

Dalsze leczenie było pomysłem matki. Szpital w Andrychowie. Tam pracował z psychologami, psychiatrami, przechodził kilku miesięczną terapię.

Mój terapeuta powiedział, że jestem mistrzem w piciu, bo pijąc od 14 lat, osiągnąłem w tym fachu wszystko. Delirium nie miałem, padaczkę alkoholową tak, żona by mnie zostawiła, nie myślałem, że syn się za mnie wstydzi, z dziećmi zero kontaktu. Dopiero niedawno zaprowadziłem pierwszy raz syna do szkoły. (...) Najważniejsze w terapii to było wrócić do wspomnień. Do dzieciństwa: czy było fajnie czy nie. Nie było. Rodzice zawsze się upracowali. Zawsze miałem do nich pretensje. Ale taki był system życia. Ale musiałem pisać piciorys. I cały czas się nie udawało. On mi pomógł, zrozumiałem jak się pogrążyłem i o co ludzi oskarżałem. (...) Bałem się powrotu, a to jest dobry znak. (...) wiedziałem, ze nie wszyscy będą ze mną rozmawiać i tak jest nadal. (...) Nie mam kumpli. (...) Kiedyś nie znałem chłopów trzeźwych, a tu się okazuje, że takich jest dużo. (...) Po terapii przyjechał po mnie brat, który dopiero od 6 maja jest moim bratem. Zawsze uważałem, że dostał dużo więcej niż należało. A dostałem tyle od życia, że aż nadto , mam dom, żonę, dzieci. Musiałem iść do Andrychowa, bo ostatnio przyznam się rano połykam kieliszek i mi go wracało, a ja o połykałem do tego stopnia aż się przyjęło. (...) Nawet mam takie przebłyski pamięci, że bluźniłem, wystawiałem Boga na jakieś tam świadectwo, żeby m coś udowodnił. I całe życie myślałem, że brat jest moim wrogiem, a on był i jest przyjacielem. Ja dzwoniłem i powiedziałem, że najlepiej by było, żebym szedł na nogach do domu, bo po moim piciu, tym dążeniu do śmieci, to tak jakbym urodził się drugi raz. Poprosiłem brata, żeby jechał pomalutku, żeby widać było, że się zaczyna pojawiać szczyt domu. Usiadłem w domu i patrzę, że mam fajną kuchnię, lodówkę, które nie chwaląc się byle kto nie ma. (...) Jak żem wyszedł, to nie wiedziałem co dalej. Musiałem się dostosować do wskazówek jakie dostałem. To było w czwartek o dziewiątej, a o siedemnastej byłem już na mitingu wśród swoich. Bo klub alkoholików to jest grupa społeczeństwa. (...) Dawid powiedział mi „cześć tata", a Michałek już za 10 minut zaczął wymiotować, bo się denerwował, ze nie wrzeszczę.(...) Zaszedłem do mamy. Dziś mogę powiedzieć tak: pierwszą sprawą u alkoholika jest zadośćuczynienie i przeproszenie.(...) To zajechałem do mamy i siadam przy tej mamie i patrzę na babkę co ma 70 roków i widzę w niej uśmiech. I wtedy się rozpłakałem i płakałem z 15 minut

> i przepraszałem. (...) Ona nie spała nocami i modliła się od rana do wieczora dziesiątki różańca. Nie można trzeźwieć i mieć do kogoś żal, nie mogę mieć za złe, że mnie źle traktowali. (...) Na mitingi chodzę co niedziela. (...) Ci ludzie są mi potrzebni, jak ten dziadek co nie ma zębów, co ma 80 roków i opowiada, że baba nie chciała z nim siedzieć, to ja tak patrzę i sobie myślę – Boże Święty, ja cię nie proszę, żeby mi się udało do końca życia, ale żebym ja Andrzej alkoholik mógł odzyskać swoją rodzinę. Już ponad 140 dni nie piję i nic się nie zmieniło, oni się nadal boją. (...) Bóg mi dał drugą szansę, ale nie za darmo. To idę tam, bo mogę powiedzieć, że byłem egoistą, gwałcicielem swojej żony, zmuszałem ją do seksu. W mieście to bardzo mocna grupa w Nowym Targu to prościej powiedzieć, że jestem osobą uzależnioną, bo tu teraz to mnie uważają za *dukniętego*. (...) A ja teraz wiem, że moja żona może mieć zły dzień, nie dobijaj się do niej, nie zadawaj głupich pytań, uśmiechaj się. Dzisiaj powiedziała mi, że wiedziała, że się chciałem już wiele razy napić drinka, to właśnie dlatego poszła na *Górkę*. No i próbujemy tak żyć i jest niesamowicie ciężko [Andrzej 2016].

Andrzej zdaje sobie sprawę, że może „zawieść wszystkich i samego siebie" – jak mówi, ale wówczas wie, że pójdzie na detoks i rozpocznie „podróż" od początku.

Kiedy dowiedziałam się o podjętej próbie leczenia, a mojego rozmówcę znałam wcześniej, to usłyszałam również, że „wyprano mu mózg". Te podobne określenia – „zmieniono człowieka", „zabrano mu jaja", „zlasowano mu mózg" – padały przy okazji każdej rozmowy o znanym mechaniku samochodowym. Tego lata wielokrotnie słyszałam, że do podjętego leczenia (o nim wiedzieli niemalże wszyscy) odnoszono się bez szacunku, wielokrotnie wątpiąc, czy można żyć bez alkoholu. I choć Andrzej dawniej był bohaterem wielu lokalnych, skarnawalizowanych opowieści – to teraz go unikano.

Jeszcze jedna – ważna w moim przekonaniu – obserwacja: to, co w obszarze aglomeracji miejskich wydaje się normą – odtruwanie – tu na Podhalu (zaznaczam, że są to wstępne ustalenia) odrzucane jest jako nieskuteczne,

02.09.2016 Dziennik czasu badań

Dziś, kolejny raz rozmawiając o alkoholu, przypomniałam sobie znaczący epizod sprzed kilku lat. Byliśmy na festynie w Poroninie. Kilku Podhalan, młode dziewczyny – grupa z jednej wsi. Zauważono kolegę, który przeszedł z nowo poślubioną żoną. Przy nas się nie zatrzymali. Ktoś krzyknął, by napił się piwa. Grzecznie odmówił. Wówczas aż dwóch młodzieńców niemalże chóralnie: „Już po chłopie!"

a nawet szkodliwe. W ostatnim roku kilkakrotnie słyszałam o podjętych, zawsze z inicjatywy kobiet, próbach przerwania ciągów alkoholowych. Działania lekarskie oceniano zdecydowanie negatywnie. Pacjent nie tylko był niespokojny, ale „uchodziło z niego życie, kroplówki zabierały mu siły, miewał drgawki i wystraszone oczy. Cały dzień następny musiał przespać" [Stanisław 2016]. Nieadekwatność oceny anestezjologicznego działania do jego skutków – zdaniem moich rozmówców – dyskwalifikowała w pełni lekarską interwencję.

11.09.2016 Dziennik badań

Zastanawiałam się nad toposem wódczanym w literaturze. To motyw totalny, ambiwalentnie traktowany, namiętny, szatański. Wymieniam: F. Dostojewski, J. Tynianow, H. Fallada, R. Lowell, J. Steinbeck, E. Hemingway, niezwykły M. Lowry, Ch. Bukowski, S. Bellow, J. Joyce, W. Jerofiejew, Cz. Miłosz, niezrównany ksiądz Kitowicz, Jerzy Pilch, wreszcie by nie zapomnieć o Wojaczku i Stachurze. Wszyscy oni byli przekonani, że alkohol – bez względu na skutki – prowadzi do radykalnej zmiany sposobu doświadczania świata.

Alkohol w podhalańskim orbis interior. Zamiast epilogu

Jeden z niewielu – Andrzej Skupień Florek, poeta, publicysta i społecznik – pisał już w końcu lat 60-tych:

> My Polacy, jako stępiony wojnom naród, tys pojechalime w ciężkom droge zycia, bez hamulców, wesoło, po pijanemu. (...) Ludzie stracili miłość społecną, porobili sie sobkowaci – stracili wartość swojego zdrowio i ludzkiego zycio – pijom i zabijajom sie jeze strat wiele. Ftos wie, cy my nie gorzej robime jako ślakta w dawnyk casak, ze Sasów [Skupień: 275].

Pełen ewangelicznego zapału, uznawał alkohol za najgorszą z plag, z której rodzą się inne społeczne choroby. Odrodzenie narodu widział w wychowaniu rodzinnym, szczególną rolę przypisując matkom. Te miałyby już we wczesnym dzieciństwie zabraniać picia alkoholu. Wtedy – zdaniem Skupnia Florka – narodzi się nowe, lepsze pokolenie.

I choć wielu mieszkańców Skalnego Podhala wie, kim był, i zna choćby maleńki fragment jego twórczości, to ten apel pozostaje nieznany, przemilczany, nieczytany.

O chorobie alkoholowej wypowiadało się wielu wybitnych badaczy, publicystów, artystów. Problemy, które zostały włączone w krąg moich zainteresowań, wynikają z profesji i dotyczą jedynie determinantów kulturowych, „pracy kultury". Nie jest moim zadaniem apelować o emocjonalną kontrolę, a właśnie jej

brak uznają medycy za głównego wroga. Nie moim zadaniem moralizowanie, a tak czyniono, gdy powiązano choroby z pojęciem cnoty, tak jakby choroba miała być znakiem nieprawości [Sontag 2016: 134-135]. Kultura konstruuje mity, stereotypy, figury myślenia, fantazmaty, a my jesteśmy niewolnikami tych wyobrażeń niekiedy mocno zakorzenionych w kulturze lokalnej i zbiorowej wyobraźni Zachodu. S. Sontag niezwykle trafnie zanalizowała sposoby stygmatyzacji choroby, jakich dokonuje społeczeństwo. Pisała:

Dziwna sprawa z tą wódką, jest to piekielnie ostry napitek, tajemniczy wywar z ziółek, który ma jakiś osobliwy związek z gwiazdami.

Herman Broch

> Nie sposób myśleć bez metafor. Nie oznacza to jednak, że nie istnieją pewne metafory, których powinniśmy unikać lub które powinniśmy odesłać na zasłużony odpoczynek. Równie oczywiste jest, że wszelkie myślenie jest interpretacją. Co nie oznacza, że niekiedy należy być „przeciw" interpretacji [Sontag 2016: 87-88].

Konkluzja **pierwsza**: w sposobie myślenia mieszkańców Skalnego spożywanie dużych ilości alkoholu należy do tradycji; wydaje się, że tak bardzo związane z chorobą pojęcie plagi, która przychodzi z zewnętrz, i niezwykle częste powiązywanie choroby z cudzoziemskością, nie ma w Tatrach zastosowania. Wręcz przeciwnie, zgodnie z istotą wernakularyzmu, tak typowego dla grup o silnej autoświadomości regionalnej – nadużywanie alkoholu należy do „świata własnego". Metafora plagi, jak już wspomniałam, to ewangeliczny zapał polskich i lokalnych przedstawicieli medycyny społecznej i publicystów. Jeżeli już Górale mówią o alkoholizmie, to przywoływana jest raczej kulturowa koncepcja choroby jako ekspresji »ja« , wywołuje ją charakter, „ponieważ nie znalazł innego środka wyrazu" [Sontag 2016: 47]. Bez wątpienia alkoholizm – jak każda choroba, a to jest związane z ludową jej koncepcją – oznacza naruszenie „normalnego" ładu funkcjonowania organizmu człowieka i społeczności [Kowalski 2007: 54]. Wiemy, że współcześnie istnieje nawet skłonność do objaśniania chorób w kategoriach psychologicznych. Sontag wyjaśnia to wysublimowaną formą spirytyzmu: świeckim, ostentacyjnie naukowym potwierdzeniom wyższości „ducha nad materią". Fizyczna choroba uznana za psychiczną, staje się

Prawdziwym mężczyzną jest ten, kto pragnie powtórzenia.

Søren Kierkegaard

w pewnym sensie mniej rzeczywista, a za to gwoli rekompensaty bardziej intrygująca [Sontag 2016: 57]. Moi rozmówcy, w zasadzie każdy interpretował nadużywanie trunków, sięgając do kulturowego repertuaru wyobrażeń, fantazmatów choroby – nadwrażliwość, samotność, rozpacz. Kolejnym fantazmatem (Sontag mówi: metafora) jest relacja między chorobą a autotranscendencją, tak istotną dla metaforyzacji gruźlicy, AIDS, a nawet raka. W przypadku alkoholizmu – o tym świadczą podhalańskie zeznania – chorzy najbardziej boją się cierpienia, które degraduje i postrzegane jest jako odczłowieczające. W moim przekonaniu, stygmatyzacja alkoholików wynika ze sposobu leczenia – izolacji. A ta w historii kultury i historii chorób ewokowała wiele zbiorowych wyobrażeń, metafor, fantazmatów. Także i dziś leczenie w zakładzie zamkniętym powoduje poczucie wstydu i odrazę do choroby. Izolowany chory – powie antropolog – znajduje się w klasycznym, liminalnym stanie, egzystuje „w" i „poza" kulturą. W światopoglądzie magicznym, ludowym *imago mundi*[1], w którym wszystko powinno być oczywiste i zmierzać do ontologicznego ładu, chory był i jest groźny dla otoczenia. Siła myślenia magiczno-sensualistycznego polega i na tym, że przywołuje obraz choroby tajemniczej, „przesyconej zmyśleniem i nieodzownym fatalizmem" [Sontag 2016: 86]. W strefie izolacji zawsze dochodziło do rozpadu osoby i budowania nowej – to paradygmat procesów inicjacyjnych. W jednostkowym odbiorze choroby alkoholowej, uznania jej i przystąpienia do leczenia – najistotniejszy jest etap separacji, porzucenia dotychczasowego życia; to jest nam – antropologom – znane dzięki lekturom i własnym doświadczeniom badawczym. Mało natomiast pisaliśmy o etapie trzecim rytuałów przejścia, czyli przybyciu w nowej postaci; dzięki inicjacji uzyskujemy bowiem inną wewnętrzną ontologię. Strach leczonego do powrotu z „izolacyjnej podróży" jest słuszny w przypadku męskiej społeczności Podhala – ta nowa „wewnętrzność" może nie być społecznie akceptowana.

Niejednokrotnie jesteśmy niewolnikami wyobrażeń o sobie, własnej grupie, rodzinie. I to jest **drugi** istotny problem, który chciałabym poddać antropologicznemu namysłowi. Pisze Andrzej Stasiuk:

> Górale, czując koniunkturę, stworzyli jedyną w sowim rodzaju maskę. (...) Zrobili to wprawdzie według zewnętrznego projektu, niemniej wykorzystali sporo elementów rodzimego pochodzenia. (...) Nie ma w naszym kraju grupy, która byłaby tak doskonałym pomieszaniem bytu realnego z projektem mitologicznym i etycznym [Stasiuk 2013: 108].

1 Wiele elementów dawnego sensualno-magicznego światopoglądu odnajdujemy we współczesnym myśleniu Podhalan.

Wszyscy wiemy, że Góral – mężczyzna – jest nie tylko istotą realną, ale także inteligenckim konstruktem i artystyczną realizacją. Mit Górala, mimo komercjalizacji kultury i jej dzisiejszej hybrydyczności, został przez samych Górali „wkomponowany" w czasy płynnej nowoczesności. Jądrem tego mitu jest męskość panująca nie tylko nad życiem rodzinnym, lokalną społecznością, ale także – jak nas przekonują reklamy – nad żywiołami, kosmosem w ogólności. Wiemy, że przekonanie o wartości własnej grupy jest jednym z czynników warunkujących jej istnienie. Przedstawiciele młodego pokolenia Podhalan w ankiecie przeprowadzonej przez wytrawną badaczkę regionu widzieli siebie jako grupę wyróżniającą się spośród innych specyfiką kulturową, uformowaną przez: strój, rytuały, język, folklor muzyczny, architekturę, a także cechy osobowości – pracowitość, zaradność, odwagę, przywiązanie do Kościoła, góralską mądrość i fantazję [Trebunia-Staszel 2010: 69]. Nobilitujący wizerunek będący autorstwem zewnętrznym istnieje nadal jako integralna część góralskiego autoportretu. Piękny, silny, zatrzymujący rozłożystymi rękami galopujący tabun koni, Janosik, strażnik gór i rodziny to zespół wartości (bo wzory kultury zawsze powiązane są z aksjologią) pożądanych i dzisiaj. Katarzyna Kurowska, pisząc o wzorach męskości na Podhalu[2], o ideach określających to, co uchodzi za ważne, wartościowe i pożądane, cytuje A. Giddensa: „Idee czyli wartości dają ludziom poczucie sensu i są dla nich drogowskazem w interakcjach ze światem społecznym" [Giddens 2004: 45-46]. Wartości te znajdują odzwierciedlenie we wzorach kulturowych (przez Giddensa zwanych normami) [Kurowska 2016: 201]. Taką wartością naczelną dla Górala jest rodzina o paradygmacie patriarchalnym. Męskość jako cecha społeczna i kulturowa nie godzi się na słabość. Podhalanie, z którymi przez wiele lat rozmawiałam, są niewolnikami mitycznego autoportretu. Wyznają zasadę, którą tak zbanalizował Ernest Hemingway poprzez częste jej powtarzanie: „podporządkowanie życia zasadom bezpieczeństwa i rozwagi jest niemęskie" [Sontag 2016: 153]. Mit zbójnika, herosa gór, wolnego (bo *śleboda* to jedna z najważniejszych wartości) – pobrzmiewa (zgoda, że przede wszystkim wśród męskiej młodzieży, bo bunt się po ślubie nieco ustatecznia) w opowieściach o heroicznym biesiadowaniu. Ileż to razu usłyszałam: kto, w jaki sposób, gdzie – zawsze z niekłamanym zachwytem – przekraczał granice wszelkiego rodzaju. Ile wypił, ile może, jak silny, nieuważający na zakazy, których łamanie przynależy herosom… Dziś bohater nie ograbia bogatych, by dać biednym. Nie wędruje po ziele nieśmiertelności, by przynieść je swoim pobratymcom. Dziś opowiada się o sile fizycznej młodego Górala, który, podprowadziwszy kumpla do domu, po wielkiej będąc biesiadzie, nie mając siły iść dalej, zawinął się w dywan rozłożony przed domem na

2 O pracy tej wspominałam już wcześniej w przypisie.

śniegu i tak przetrwał pod drzwiami, które rano otworzywszy, gaździna uznała, że w powoli rozwijającym się przed nią dywanie podłożono jej celowo trupa. I chociaż dokonuje się powolna dekonstrukcja modeli i wzorów męskości, to rekompozycja nie poszła tak daleko, by Górale przestali być niewolnikami własnych wyobrażeń o sobie i własnej grupie.

S. Sontag pisała, że nieraz należy nie przywiązywać się zbytnio do raz nadanych znaczeń, należy uspokajać wyobraźnię, a nie ją rozbudzać. Pozbawić rzecz znaczeń, jakie przypisuje im zbiorowa wyobraźnia, dokonać ich rekonstrukcji; tę strategię nazywała celem praktycznym, bo metafory i mity mogą zabijać.

Problem **ostatni**. Od lat badacze Tatr i Podhala Pisza o niezwykłym przywiązaniu wszystkich mieszkańców do rzymskokatolickiej wiary. „Wy macie terapeutów, my mamy Jezusa." Sanktuarium *na Górce* to miejsce mediacji między Bogiem a człowiekiem. W miejscu świętym, gdzie dokonać może się mediacja, zawsze składano ofiary:

> W gruncie rzeczy samą istotę gestu ofiarnego, bez względu na konkretną intencję i okoliczności, jest potrzeba komunikacji, porozumienia człowieka z tym, co znajduje się po drugiej stronie granicy jego świata. Najprościej, rzecz jasna, dokonać tego w miejscu, które nacechowane jest świętością, w miejscu hierofanii [Kowalski 1994: 60].

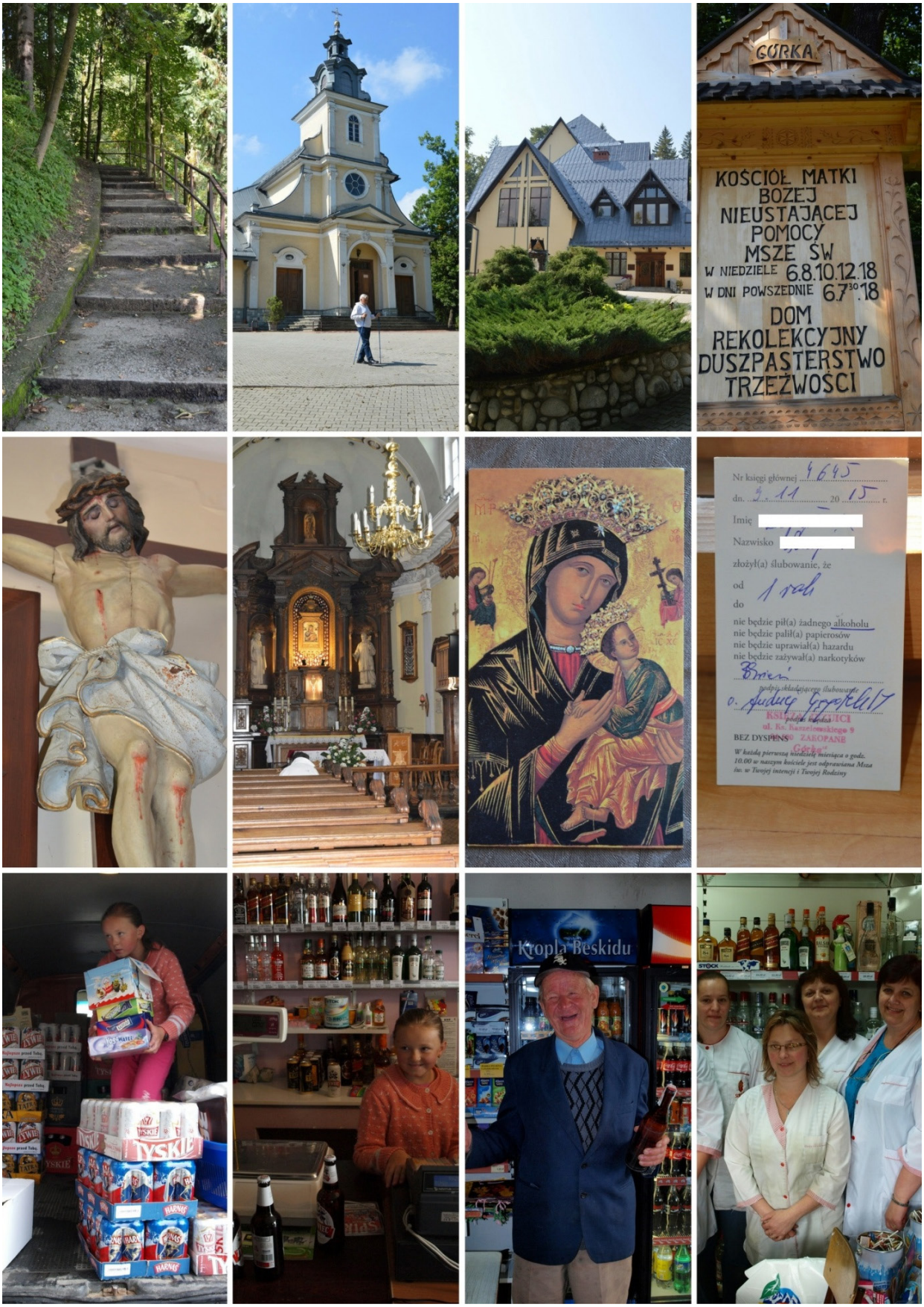
Dlatego należy rozumieć istotę miejsca: Kościoła, wizerunku, gestów i słów przysięgi. Jedna z młodych Podhalanek, uznając słuszność powołania *Górki*, powątpiewa: „wiara nie może być teatrem, przecież Bogu przysięgę mogę złożyć na balkonie" [Anna 2016]. Ofiara też zakłada „przejście" i zmianę; już Arystoteles mawiał, że zmiany usuną to, co istnieje. Mediacyjność odczytywana była przez antropologów jako oczywisty warunek wszelkiego kontaktu z bóstwem:

> Idzie też o to, żeby błagalnik sam znajdował się w szczególnej aurze *hortus conclusus*. Gdy składa się prośbę, gdy zanosi się modły, gdy wymawia się życzenia, to warunkiem ich spełnienia jest czystość intencji, inicjalność sytuacji (...), w której akt taki się dopełnia [Kowalski 1994: 85].

Zrozumiałym staje się więc, że niedotrzymanie ślubowania (ofiary) powołuje karę – to powszechne przekonanie współczesnych pielgrzymów *Górki*. W religijnym, ludowym światopoglądzie zerwanie łączności z Bogiem oznaczało

zaburzenie porządku świata, rozbicie jego harmonii. Kara, a potem możliwość ekspiacji, by zlikwidować nieczystość i odnowić ład. Historia kultury uczy nas: gdy społeczna rzeczywistość nie przystaje do idealnego jej obrazu, powołuje się instytucje, które umożliwiają zharmonizowanie sprzeczności i uratowanie całego wyobrażenia o urządzeniu świata. Jezuici z *Górki* zabiegają o restytucję ładu rzeczywistości utraconego wskutek ludzkiego nieumiarkowania. Są dla Podhalan mediatorami w relacjach z Bogiem.

Góralskie ślubowanie – w moim przekonaniu – ma charakter ofiary, bo o niej możemy mówić wtedy, gdy rezygnujemy z naszych skrytych roszczeń. To, co podarowane, jeśli ma być ofiarą, winno być oddane tak, jakby było zniszczone [Jung 1992: 77; Kowalski 1994]. Tak jest, gdy się ślubowało na miesiąc, rok, kilka lat. Ale powroty *na Górkę*, niekiedy permanentne, unieważniają rytuał symbolicznej ablucji i nie są już gestem dokumentującym potrzebę czytelnego odzyskania sensu własnego życia i świata wokół nas. Moi rozmówcy twierdzą, że pobyty *na Górce* przedłużają życie.


GÓRKA
KOŚCIÓŁ MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY
MSZE ŚW
W NIEDZIELE 6.8.10.12.18
W DNI POWSZEDNIE 6.7^30.18
DOM REKOLEKCYJNY
DUSZPASTERSTWO TRZEŹWOŚCI
Nr księgi głównej 4645
dn. 4.11 20 15 r.
Imię
Nazwisko
złożył(a) ślubowanie, że
od
do 1 rok
nie będzie pił(a) żadnego alkoholu
nie będzie palił(a) papierosów
nie będzie uprawiał(a) hazardu
nie będzie zażywał(a) narkotyków
BEZ DYSPENS ZABRONE
TYSKIE
Kropla Beskidu

Streszczenie

Tekst będący fragmentem książki o współczesnej kulturze Podhala opowiada o góralskim pielgrzymowaniu do świętego miejsca (*Górki*), by tam wobec Boga podjąć zobowiązanie do powstrzymania się od picia od alkoholu. To także antropologiczna interpretacja kulturowych powodów nieuznawania nadużywania alkoholu za przejaw choroby i konsekwencji w wymiarze społecznym, kulturowym, metaforycznym prezentowanych postaw i zachowań

Słowa kluczowe: Podhale, sanktuarium, męskość, stereotyp, stygmatyzacja

Therapeutic space of Podhale: *Górka*

The paper is a part of an emerging book about contemporary culture of Podhale. It concerns going on the pilgrimage to *Górka*, where people addiced to alcohol covenant (in the presence of God) not to drink. It is also an anthropological interpretation of cultural reasons which do not let people to consider the abusing an alcohol as a disease and its outcomes in social, cultural and metaphorical dimensions.

Key words: Podhale, sanctuary, masculinity, stereotype, stigma

Bibliografia

Burek Tomasz
(2011), *Niewybaczalne sentymenty*, Wydawnictwo Iskry, Warszawa.
Bystroń Jan Stanisław (1994), *Dzieje obyczajów w dawnej Polsce. Wiek XVI-XVIII. Cz. II*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.

Dampz Magdalena
(2005), *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

Fouquet Pierre, de Borde Martine
(1990), *Podwójny agent*, tłum. Gogolewski Stanisław, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź.

Gorczyca Piotr Wacław, Grzywa Jacek
(2004), *Występowanie problemów alkoholowych w przestrzeni miasta*, „Studia Etnologiczne i Antropologiczne", nr 8, Katowice.

Górski Jan, Moczarski Kazimierz (red.)
(1972), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.

Kępiński Antoni
(1972), *Style picia*, w: Górski Jan, Moczarski Kazimierz (red.), *Alkohol w kulturze i obyczaju*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.

Kępiński Antoni
(1994), *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.

Kitowicz Jędrzej
(2003), *Opis obyczajów za panowania Augusta III*, Warszawa.

Kowalski Piotr
(1994), *Prośba do Pana Boga. Rzecz o gestach wotywnych*, Towarzystwo Przyjaciół Polonistyki Wrocławskiej, Wrocław.

Kowalski Piotr
(1998), *Oczywisty urok biesiadowania*, Towarzystwo Przyjaciół Polonistyki Wrocławskiej, Wrocław.

Kowalski Piotr
(2007), *Kultura magiczna. Omen, przesąd, znaczenie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.

Kuczok Wojciech
(2011), *Spiski. Przygody tatrzańskie*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa.

Kuraś Bartłomiej, Smoleński Paweł
(2013), *Kruca fuks. Alfabet góralski*, Agora S.A., Warszawa.

Kurowska Katarzyna
(2016), *Wzory męskości na Podhalu*, praca doktorska przygotowana w IEiAK UŁ.

Lewandowski Edmund
(1995), *Charakter narodowy Polaków i innych*, Wydawnictwo Aneks, Londyn – Warszawa.

Nowina-Sroczyńska Ewa
(2014), *Suplement do kultury religijnej współczesnego Podhala*, „Zeszyty Wiejskie", nr 19, s. 227-245.

Piątkowski Krzysztof
(2000), *Kurdesz – nie tylko o decorum kultury sarmackiej*, w: Eichstaedt Jarosław (red.), *Smak biesiady. Antropologiczne szkice o kulturze szlacheckiej i współczesnej*, Towarzystwo Przyjaciół Muzeum Wnętrz Dworskich w Ożarowie, Ożarów, s. 29-50.

Pilch Jerzy
(2014), *Pod mocnym aniołem*, Wydawnictwo Świat Książki, Warszawa.
Podgórecki Adam (1969), *Patologia życia społecznego*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.

Skupień Florek Andrzej
(b.r.w.), *O Tatry wy moje*, oprac. J. i F. Sichelscy, Kraków.

Sontag Susan
(2016), *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. Anders Jarosław, Wydawnictwo Karakter, Kraków.

Stasiuk Andrzej
(2013), *Nie ma ekspresów przy żółtych drogach*, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.

Święcicki Andrzej
(1968), *Alkohol. Zagadnienia polityki społecznej*, Społeczny Komitet Przeciwalkoholowy – Zarząd Główny, Warszawa.

Świtała-Trybek Dorota
(2011), *Kiedy przyjemność przestaje być przyjemnością. O leczeniu kaca*, w: Łeńska-Bąk Katarzyna, Sztandara Magdalena (red.), *O rozkoszach wszelakich. Od przyjemności do ekstazy w kontekstach kultury*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 137-153.

Trebunia-Staszel Stanisława
(2010), *Autoportret, czyli górale sami o sobie*, „Tatry", nr 2, s. 68-69.

Trybuś Jarosław, Grzegorz Piątek
(2004), *Rytuały alkoholowe*, „Czas Kultury", nr 2-3, s. 83-91.
www.gorka.jezuici.pl

Spis ilustracji

Il. 1. *Ustanowienie Eucharystii*, 1606, Francisco Ribalta; *Historia sztuki*, t. 8. *Barok*, Biblioteka Gazety Wyborczej, b.m.w. 2010, s. 231

Il. 2. *Ostatnia wieczerza*, ok. 1447-1449, Andrea del Cstagno; Rolf Toman (red.), Renesans w sztuce włoskiej, Wyd. f.h.ullmann, b.m.w. 2007, s. 226

Il. 3. Droga *na Górkę*, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 4. Kościół oo. Jezuitów, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 5. Dom rekolekcyjny, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 6. Tablica na parkingu, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 7. Wnętrze kościoła *na Górce*, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 8. Wnętrze kościoła *na Górce*, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 9. Obrazek Matki Boskiej Nieustającej Pomocy, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 10. Rewers obrazka z treścią ślubowania, fot. Ewa Nowina-Sroczyńska

Il. 11. Dostawa do sklepu w Gliczarowie Górnym, fot. Sebastian Latocha

Il. 12. Za ladą sklepu w Gliczarowie Górnym, fot. Sebastian Latocha

Il. 13. W sklepie w Czarnej Górze, fot. Sebastian Latocha

Il. 14. Ekspedientki za kasą w sklepie w Czarnej Górze, fot. Sebastian Latocha

Inga B. Kuźma
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet Łódzki

Bezdomność z punktu widzenia problematyki zdrowia i choroby

Bezdomność – propozycja ujęcia

Bezdomność jest skomplikowanym i złożonym stanem. Doświadcza się jej indywidualnie, lecz jest podzielana przez wielu i można wyróżnić jej pewne uniwersalne cechy. Jest to sytuacja egzystencjalnego kryzysu, wywołana przez dominujące przeżycie, jakim jest odczuwanie braku domu, z wszelkimi tego konsekwencjami. Bezdomność jest zatem doznawana na poziomie emocji przez konkretną jednostkę i jest to doświadczenie, na którego rozwój, przebieg i intensywność wpływają różnego rodzaju zasoby i zaplecze, jakimi dysponuje jednostka: ekonomiczne, społeczne, także zdrowotne i mentalne. Zasoby te u różnych osób w różnym stopniu mogą być wykorzystywane i mogą okazać się niewystarczające, by po pierwsze, jeszcze zanim ktoś znajdzie się w kryzysie bezdomności – uniknąć go, po drugie, gdy ów kryzys już trwa – by sobie z nim poradzić, a po trzecie – by z niego wyjść.

Jestem antropolożką kulturową / etnografką, która od lat zajmuje się na sposób naukowy sytuacją osób doznających bezdomności (dalej: ODB). Równolegle do badań, działam jako lokalna aktywistka społeczna[1] na rzecz wzmacniania praw ODB w Łodzi oraz przy opracowywaniu i wdrażaniu rozwiązań zapobiegających bezdomności. Typowe naukowe, czyli zewnętrzne podejście, może skłaniać do niepotrzebnego abstrahowania bezdomności z lokalnego życia społecznego. Lokalne uwarunkowania zaś wpływają na kształt tego stanu, uważanego za dość powszechnie występujący i „normalny".

1 Od 2014 roku działam w Łódzkim Partnerstwie Pomocy w sytuacji Wykluczenia i Bezdomności (dalej: ŁPP), zajmując się koordynacją prac jako jego przewodnicząca. Więcej o działalności grupy na fanpejdżu: https://www.facebook.com/pages/%C5%81%C3%B3dzkie-Partnerstwo-Pomocy-OsobomWykluczonym-i-Bezdomnym/417390161777256 i blogu: http://lodzkiepartnerstwopomocy.blogspot.com/.

O bezdomności „po łódzku" nie sposób zatem mówić w oderwaniu od lokalnej „prozy życia", czyli nie sposób nie poruszać kwestii braku mieszkań komunalnych, wysokości czynszu, innych opłat i cen wynajmu na wolnym rynku w mieście; ważny jest także poziom zasobności mieszkańców i skala pracy na czarno lub na umowy czasowe, co przekłada się na niski poziom dochodów i ich niepewność (w Łodzi bezdomność i zagrożenie nią może dotyczyć także wielu dzieci z rodzin dotkniętych biedą lub niedostatkiem; utrzymanie lokalu przez takie rodziny jest niepewne między innymi z powodu nieregularnych i / lub bardzo niskich dochodów). Nie można mówić o bezdomności, nie zdając sobie sprawy ze złej infrastruktury sanitarnej i technicznej panującej w przedwojennych budynkach komunalnych, przede wszystkim znajdujących się w śródmieściu Łodzi, co znam z badań i działalności w Łódzkiej Akcji Lokatorskiej[2]. Nie jest możliwe poruszać tematykę bezdomności w oderwaniu od nieefektywnej pomocy systemowej udzielanej ODB – na poziomie państwa i samorządu lokalnego.

W literaturze przedmiotu bardzo często rozdziela się obszary zainteresowania bezdomnością. Po pierwsze, wydziela się pole badań, gdzie traktuje się ją jako zjawisko systemowe, poruszając zagadnienia między innymi wymienione przeze mnie powyżej, lecz w skali ogólnej, sięgając do głębokich struktur i poziomu makro. Po drugie, bezdomność interesuje badaczy ze względu na jej formy. Powstają typologie bezdomności, fazy i opisy jej dynamiki. Historie życia ODB dostarczają przykładów udowadniających zasadność owych klasyfikacji i podziałów. W badaniach można rozdzielać te dwa pola, jednak ja jestem zwolenniczką ich łączenia, w tym zagłębiania się w lokalny kontekst i w lokalną odmianę ogólniejszych struktur i systemów, które wpływają na stan bezdomności spotykanej pośród jednostek należących do konkretnej społeczności.

Odnośnie typów bezdomności, najczęściej uwagę przyciągają tak zwani ludzie ulicy, czyli osoby żyjące w warunkach niemieszkalnych. To osoby pozostające bez domu w dosłownym znaczeniu tego słowa, z co najmniej kilkuletnim stażem bezdomności, w tym jednostki żyjące poza placówkami pomocy (w pustostanach, szałasach, komórkach, śmietnikach, piwnicach i innych „dzikich"

2 Łódzka Akcja Lokatorska to grupa społeczników i aktywistek z Łodzi, którzy zawiązali tę inicjatywę w 2015 roku. Impulsem była obserwacja kierunku rozwoju polityki społecznej i lokalowej panujących w mieście w kontekście rewitalizacji. Nasze działania polegają na tak zwanym doradztwie społecznym, pomocy w załatwianiu spraw w urzędach itp. w sytuacjach związanych z kryzysem mieszkaniowym, przy odwołaniach od decyzji lokalowych itp., jakie spotykają rodziny czy jednostki. Moim obszarem działania stała się od 2015 roku do momentu pisania tego tekstu ulica Włókiennicza.

kryjówkach: na poddaszach, klatkach schodowych i działkach). Kolejną grupą są ODB korzystające ze schronisk i noclegowni. Do ODB należą też ci, którzy nie posiadają prawa do lokalu, w którym mieszkają lub ich pobyt jest tam zagrożony, nie są go pewne[3]. Reprezentują tak zwanych ukrytych ODB. Przebywają w na pozór własnych czterech ścianach, mając świadomość zagrożenia eksmisją lub wyrok sądowy. To zatem dłużnicy czynszowi, lecz również osoby bez meldunku, włamujący się do lokali, podnajmujący lokal bądź pokój, także „gniazdujący"[4] po kilka-kilkanaście osób w jednym mieszkaniu.

W tej sytuacji często można spotkać niezamożne lub biedne rodziny, nie tylko nuklearne, ale wielopokoleniowe, patchworkowe, czasami są to także ludzie niepołączeni więzami krwi ani innymi oficjalnymi, lecz wspierający się

3 Irene Glasser i Rae Birdgman określają te osoby dosłownie jako „the precariously or marginally housed – persons with tenuous or very temporary claims to a more or less conventional dwelling or housing" [Glassman, Bridman 2004: 170].

4 Określenia „gniazdownicy" i „gniazdujący" zostały zastosowane w raporcie przygotowanym po badaniach dla potrzeb pilotażu rewitalizacji w 2015 roku przez zajmującą się tym firmę badawczą EGO. Firma ta dotarła między innymi do mnie i ŁPP jako źródeł informacji i wiedzy lokalnej, eksperckiej oraz wiedzy praktycznej na temat kształtu i charakteru bezdomności i wykluczenia, spotykanych przez nas w strefie objętej rewitalizacją w Łodzi. Na temat owego raportu spotkaliśmy się później z badaczami z firmy EGO w sierpniu 2015 roku. Dyskutowaliśmy wówczas o swoistej odmianie terminu „gniazdownictwo" w kontekście sytuacji mieszkaniowej, zastanej przez owych badaczy u wielu rodzin o niskich dochodach żyjących w łódzkim śródmieściu. Terminem „gniazdownictwo" posługują się przede wszystkim socjolodzy. Pojęcie to związane jest pierwotnie z syndromem „pustego gniazda" – syndrom ten odczuwają rodzice po opuszczenia domu przez ich usamodzielniające się dzieci, co oznacza mieszkanie i utrzymywanie się przez młodych na własny rachunek. Odwrotną sytuacją wobec „pustego gniazda" jest „gniazdownictwo". Bycie „gniazdownikiem" oznacza, że dorosłe dziecko mieszka nadal z rodzicami / rodzicem i pozostaje na jego utrzymaniu lub doświadcza innego rodzaju wsparcia. Powody tego stanu mogą być różne. Istnieje liczna literatura naukowa i popularna opisująca ów fenomen, na przykład jako przejaw kryzysu rodzicielstwa, ewentualnie zmianę wyobrażenia roli dziecka i rodzica oraz relacji międzypokoleniowych lub jako przejaw kryzysu ekonomicznego dotykającego najmocniej młodych dorosłych (mniej więcej między dwudziestym a trzydziestym rokiem życia, a nawet trzydziestokilkulatków) [zob. Wieteska 2015: 155–178 i dołączona do tego artykułu bogata bibliografia]. „Gniazdownictwo" spotykane u biedniejszych, jak na przykład u pewnej części mieszkańców Łodzi, podyktowane jest względami ekonomicznymi, organizacyjnymi i praktycznymi w sytuacji takich kryzysów, jak brak pracy czy choroby. Jest też najpewniej związane z silnym poczuciem więzi, która dostarcza pewności w rzeczywistości społecznej jawiącej się jako zagrażająca stabilizacji w świetle wyżej wymienionych czynników.

nawzajem w trudnej sytuacji życiowej. Ta ostatnia podgrupa „gniazdowników" zajmuje mnie szczególnie. Trzymają się najczęściej w parach: samotna osoba pozostająca w relatywnie lepszej mieszkaniowo sytuacji, czyli posiadająca jakiekolwiek prawo do lokalu, pomaga równie samotnemu przyjacielowi, znajomej, krewnemu[5], który / która pomieszkuje na zasadzie nieformalnego sublokatorstwa. Sytuacje te są dość liczne. Wydaje mi się, że nawet liczniejsze, niż mogą określić to oficjalne dane, których *notabene* na temat tego rodzaju „gniazdowników" nie ma. Osoby takie wymykają się statystykom, tylko czasami objęte są pomocą społeczną (głównie dożywianiem, zasiłkami celowymi lub okresowymi), lecz mało kto zadaje im pytania o sytuację mieszkaniową i proponuje adekwatne rozwiązania. Często mają dochody, lecz na czarno. Nie zgłaszają się po pomoc, są bowiem w stanie dokładać się do kosztów życia prowadzonego do spółki z kimś drugim, lecz ponieważ zarabiają relatywnie mało i często bez umowy, nie stać ich na wynajem (w tym z zasobów komunalnych) czy kupno samodzielnego lokalu.

„Gniazdownicy" tego typu, w mojej ocenie, składają się być może na najliczniejszą, lecz jak wspomniałam wyżej, niedającą się policzyć grupę ODB ukrytych. Przy załamaniu sytuacji życiowej (jak kolejna czy nowa choroba, pierwsza lub ponowna utrata legalnych albo nielegalnych dochodów bądź ich zmniejszenie, kryzys relacji) wpadają w kolejny stopień bezdomności, to znaczy w bezdomność klasyczną – schroniskową, „bezmieszkaniową", czasami „uliczną".

Bezdomność jest zatem gęsta od znaczeń, niuansów, odmian i przeżywanych emocji oraz strategii radzenia sobie z brakiem domu i schronienia. O kłopotach pojęciowych i definicyjnych dotyczących zakresu bezdomności napisano bardzo dużo [por. *Encyklopedia of Homelessness* 2004; Kennett, Marsh 1999; Piekut-Brodzka 2000; *Problem bezdomności w Polsce...* 2010; Przymeński 2001; Stankiewicz 2002], co nie przekłada się jednak na systemową zmianę rzeczywistości, w jakiej żyją ODB.

5 Ten model i zarazem taktyka radzenia sobie z „bezdachowością" ukazuje rzeczywistość ukrytej bezdomności. Poznałam go dzięki przeprowadzeniu na razie tylko kilkunastu wywiadów i rozmów nieformalnych, odbytych w ramach moich badań i działań w Łodzi, podczas których od 2015 roku odwiedzałam kamienice komunalne w śródmieściu, prowadząc interwencje Łódzkiej Akcji Lokatorskiej, oraz w miejscach, gdzie udziela się pomocy żywieniowej, które są zarządzane przez instytucje zrzeszone w ŁPP.

Bezdomność jako „choroba"?

Mam zastrzeżenia co do pewnych naukowych podejść, szczególnie zbyt uniwersalizujących bezdomność, mimo jej wielokontekstowości. Według mnie ten typ doświadczenia wykluczającego i samo wykluczającego wymaga podejścia intersekcjonalnego (zaliczając do niego działania społeczne, akcyjne i interwencyjne) oraz spojrzenia jednostkowego. Z tego powodu jestem ostrożna wobec niektórych metafor opisujących bezdomność i odnoszących się do tak zróżnicowanej grupy, jaką są ODB.

Mimo to, moim zdaniem, jedna z przenośni zasługuje na specjalną uwagę. Zachowując wobec niej ostrożność, doceniam jej wymowę, także – co może dziwić – pozytywną. To porównanie bezdomności do choroby: bezdomność jest zatem traktowana jako „jedna z chorób społecznych współczesnego świata, w tym również Polski" [Wszeborowski, Wszeborowski 2005: 224]. Susan Sontag zajmując się szczególnymi kontekstami, jakimi społecznie obudowujemy choroby i chorobę jako taką, zwróciła uwagę, że w nauce zdarza się, choć rzadko, iż określenia wywodzące się na przykład z porządku politycznego, zatem z porządku idei, znajdują zastosowanie do opisu praw biologicznych, na przykład funkcji ciała, w tym jego niedomagań. Częściej bowiem mamy do czynienia z budowaniem metafor odwrotnie, to znaczy gdy analogie cielesne i biologiczne, w tym związane z chorowaniem, służą do opisu tego, co społeczne. Traktowanie bezdomności jako choroby wpisuje się zatem w taką właśnie taktykę. A w odbiorze społecznym stosunek do choroby jest negatywny:

> choroba wysysa z człowieka życiową energię, odbiera nadzieję na godne i szczęśliwe życie, w ostateczności prowadząc do jego końca. Ludzkość robi więc wszystko, by przeciwstawić się fatum choroby. Według badań WHO, większość społeczeństw byłoby w stanie poświęcić najwznioślejsze idee w zamian za długie, bezstresowe, zdrowe życie [Niemczyk b.r.w.].

Nie tylko samo pojęcie „choroby" służy jako pojemna metafora [zob. Sontag 2016], czyli pewnego rodzaju matryca myślenia, lecz na przestrzeni epok różne choroby poruszały wyobraźnię silniej, stając się metonimiami niedyspozycji i słabości cielesnej jako takiej, a te traktowane były z kolei jako symbole egzystencji i kondycji ludzkiej (w skrócie: marnej i godnej pożałowania).

Sontag przypominała też, że w wieku XIX i na początku XX głównie w środowisku artystycznym silnie oddziaływała „metafora gruźlicy". „Gruźliczy" wygląd stał się nawet synonimem określonego typu urody, wręcz ideałem kobiecego piękna. Rafał Niemczyk podążając za Sontag, dodawał, że w ówczesnej „literaturze cierpienie zyskiwało wymiar romantyczny, odnosząc się między

innymi do opisów choroby" [Niemczyk b.r.w.]. W epoce tej choroba stała się afirmacją wyższej świadomości i złożonej psychiki. Kolejnym etapem „romantyzacji choroby" był obłęd. Zdaniem Sontag:

> światopogląd romantyczny zakłada, że choroba pogłębia świadomość. Niegdyś tą chorobą była gruźlica; obecnie wierzymy, że obłęd doprowadza świadomość do paroksyzmu iluminacji. Najbardziej jaskrawym przykładem takiego romantycznego przetworzenia obłędu jest współczesny kult irracjonalnego i prymitywnego (spontanicznego) zachowania (odreagowywania agresji), kult tej samej namiętności, której tłumienie miało niegdyś sprowadzać gruźlicę, a obecnie rzekomo wywołuje raka [Sontag 2016: 58].

Powyżej zacytowane obserwacje Sontag przyciągnęły moją uwagę. Uważam bowiem, że nastawienie romantyczne do choroby jako doświadczenia w swoisty sposób „wywyższającego" i nawet „samo uzdrawiającego" (szczególnie pod względem rozwoju wewnętrznego i priorytetów) jest przydatne do budowania współczesnej narracji na temat bezdomności i ukazywania, jak można sobie z nią radzić. Oczywiście, warto sobie zdawać sprawę z niebezpieczeństwa tego rodzaju medycznej metaforyzacji. Dyskurs i postrzeganie romantyczne nie jest możliwe do zastosowania w ich czystej postaci współcześnie, w świecie post-, postpost- czy antypost-. Ostrzeżenie przed uleganiem romantycznemu mitowi choroby znaleźć można na przykład u Zygmunta Baumana, który upomina, że chorowanie i osoba chorego oznacza „nie-normalność stanu, w jakim znajduje się nie-zdrowa osoba" [Bauman 2011: 122].

Zasięg choroby rozciąga się też na dolegliwości, z którymi ludzie niegdyś radzili sobie bez pomocy lekarza, jak nieśmiałość, wstyd czy zgaga. Terminu „choroba" używamy dziś często w związku z *medical condition*, czyli z pojęciem „stanu wymagającego interwencji medycznej" [Bauman 2911: 123]. Zdaniem Baumana, choroba coraz bardziej postrzegana jest jako wyłom w normalności, czyli w powinności bycia silnym i sprawnym, radzącym sobie. Upodabnia się do kryzysu, „pożaru", czegoś odbiegającego od normy, co wymaga nadzwyczajnych środków, począwszy od profilaktyki, po kryzysową interwencję.

„Choroba" jest powiązana z pojęciem „problemu". Jedno i drugie wymaga „rozwiązania", „walki"; z chorobami i problemami „zmagamy się", „uginamy się pod ich naporem / ciężarem", lecz jednocześnie „szukamy rozwiązań". Choroba / problem „dotyka nas", czasami wręcz „toczy"; nie chcemy ich i nie akceptujemy, trudno jest się z nimi pogodzić, nauczyć się żyć, odnaleźć sens na nowo.

Choroba wymaga jednakże aktywnego podejścia, da się przejść i przeżyć, nie jest nie do pokonania, a nawet jeśli jest nieuleczalna, można starać się poprawić swój komfort życia, dostosować się, odkryć mocne strony słabości. Przy chorobie szukamy rozwiązań, remediów, pomocy, specjalistów i sojuszników; mamy do nich prawo. Odwołujemy się zatem do relacyjnego wyobrażenia struktury społecznej, która jest siecią formalnych i nieformalnych więzi, kontaktów i sojuszy. Choroba / problem to sprawdzian siły wewnętrznej w momencie kryzysu i słabości, lecz także siły zewnętrznej – wsparcia przychodzącego od innych, w tym zupełnie obcych; to egzamin dla naszych umiejętności i wiedzy społecznej, jak poruszać się w obrębie systemu oficjalnej pomocy, by znaleźć wyjście z sytuacji lub sposób na jej złagodzenie, fizyczne i psychiczne przetrwanie.

Choroby są różne i nie mam na myśli ich medycznej etiologii. Z mojego antropologicznego punktu widzenia metafora choroby w kontekście bezdomności jest najbardziej interesująca w świetle etyki i wiedzy potocznej. Wówczas chorowanie jest postrzegane między innymi jako wina i kara. Choroba jest zatem traktowana jako rezultat postępowania osoby, czasami jako coś zasłużonego, czego się doigraliśmy na własne życzenie lub na skutek własnej przewiny.

Stan choroby może być także traktowany jako coś naturalnego – pochodzi z człowieka, jest niezależny od niego, funkcjonuje jako wrodzona komuś właściwość, a zatem jest nie do uniknięcia; to rodzaj przeznaczenia lub fatum czy cechy (genetycznej – podatności na oddziaływanie środowiska i zagrożenia związane z rozwojem cywilizacyjnym). Choroba jest też dopustem, spada na człowieka; nie ma dla niej dobrej pory, czas na nią jest zawsze nieodpowiedni, krzyżuje szyki, wyłącza, izoluje, separuje, piętnuje, nawet jeśli nie zostawia widocznych śladów. Świadomość bycia chorym rzutuje na postawę i zachowanie, które nie jest takie jak „zawsze", jak „dotąd" czy „normalne".

Można też dzielić czas na ten sprzed choroby i po niej. Choroba staje się cezurą oddziałującą na jakość życia, bywa jednak rodzajem przebudzenia do nowego rodzaju egzystencji, a zatem iluminacją – prowokuje do zmiany. Cierpienie w chorobie zyskiwać może też sens na poziomie religijnym, duchowym czy jako etap w psychologicznym rozwoju jednostki ku większej dojrzałości, mądrości życiowej i doświadczenia. Choroba potrafi zanurzyć w życiu, przede wszystkim fizycznym i fizjologicznym, a poprzez ukazanie jego kruchości wskazać na wartości nieprzemijalne. Pozwala odkryć cielesność, pogodzić się z nią, docenić ją mimo ułomności i skaz, jakie choroba wydobyła z ciała czy jakimi naznaczyła ciało.

Moim zdaniem byłyby to pozytywne strony metafory „bezdomność jako choroba", mimo licznych, i być może nawet przeważających, negatywnych konotacji i desygnatów wiążących się z kulturowo-społecznym wyobrażeniem choroby jakie takiej. Gdy wpiszemy bezdomność w to pole znaczeniowe, czyli

gdy popatrzymy na nią jako na rodzaj „schorzenia", nie musi być ona kwalifikowana jako stan i sytuacja beznadziejna, zawiniona lub nie. To słabość i zarazem trudność, posiadająca mimo wszystko potencjał na polepszenie, co może również oznaczać uleczenie (się), stanięcie na nogi, wydźwignięcie się wbrew „rokowaniom". Współbrzmi to z nowoczesnym podejściem do zdrowienia i chorowania sensu *stricte*, w którym podkreśla się aspekt psychologiczny, wręcz holistyczny, gdy wewnętrzne nastawienie pomaga znieść ból i cierpienia oraz zmiany spowodowane przez chorobę. Postawa taka ułatwia życie pomimo choroby, nie powodując wewnętrznych spustoszeń, mimo fizycznych ubytków związanych z chorowaniem, często już nieodwracalnych. Chorzy uczą wręcz żyć innych, zdrowych, pokazując, na czym polega życie i człowieczeństwo. Odkrywają „normalność" i wartość życia zanurzeni w „nienormalnej" sytuacji.

Stawiając w ten sposób sprawę, potocznie rozumiany porządek patologii i normy, gdzie patologią jest schorzenie (do wyeliminowania), a normą stan zdrowia (do utrzymania) – ulega transformacji. Zdrowie i choroba nie jawią się jako wartości opozycyjne, lecz dopełniające się i zrelatywizowane, jako że stoi za tym założenie, iż nie ma w pełni zdrowych ani kompletnie chorych ludzi. Nasz stan – nawet osoby medycznie zdiagnozowanej jako chora – oscyluje i waha się w zależności od nastawienia i osobistych wyborów, podejmowanych w obliczu sytuacji „ja jako chory / chora", a zatem – jak żyć w tej sytuacji i pomimo niej.

Uściślając wyżej zarysowany znaczeniowy kontekst do bezdomności, niektórzy teoretycy w opisie jej rodzajów i stopni posługują się typowo medycznymi określeniami. Dokonują zatem medykalizacji bezdomności na poziomie dyskursu naukowego i jego metafor. Skoro – jak przywoływałam wcześniej – „bezdomność jest chorobą", wydzielić można jej formę „krótkotrwałą i ostrą" – dotyczy wówczas sytuacji utraty mieszkania w wyniku wyjątkowego zbiegu okoliczności, nagłego kryzysu; „okresową, czyli cykliczną" – w literaturze jednak przyznaje się, że niewiele o tej formie wiadomo; „długotrwałą – przewlekłą" – traktowana jest jako kumulacja negatywnych zjawisk, w tym chorób, między innymi mentalnych [Sidorowicz 2000: 67].

Jednak „bezdomność jako choroba" to nie tylko przenośnia, która rzutuje na społeczne postrzeganie ODB i ich stosunek do samych siebie, choć oni sami mówią, że traktuje się ich jak „trędowatych", jakby „byli zarażeni" i mogli „zarażać", co przekłada się na lęk wobec nich i odrzucenie. Owe wiadomości i wnioski czerpię z licznych kontaktów i rozmów z osobami pozostającymi w takiej czy innej formie bezdomności.

ODB stosują zatem wobec siebie – zarazem opisując stosunek innych – jeden z najcięższych rodzajów kulturowego piętna, zrozumiały jednak ze względu na historię schorzenia, jakim jest trąd i w ogóle choroby zakaźne oraz kulturowy obraz bezdomności. ODB używają też określeń: „bycie niewidocznym

/ niewidzialnym" i „ukrywanie się" lub „ukrywanie bezdomności". Terminy te pozostają w zgodzie, w sensie semantycznym, z negatywną metaforyzacją o charakterze medycznym odnośnie życia i sytuacji ODB. Napisałam wyżej, że związek bezdomności z chorobą to jednak nie tylko metafora: z bezdomnością związane są bowiem pewne konkretne schorzenia, które wzmacniają lęk przed nią i przed ODB, uzasadniając negatywną medykalizację wyobrażeń na ich temat.

Choroby bezdomności

Z ODB wiążą się stereotypowe konotacje jak: brud, bezrobocie, choroba, alkoholizm, przestępczość i lenistwo [Moraczewska 2013: 115]. Czy owe stereotypy pokrywają się z rzeczywistą zdrowotną stroną bezdomności? W pewnym stopniu tak:

> U osób bezdomnych często stwierdza się zakażenia alkoholowe, pasożytnicze, niedożywienie, urazy oraz odmrożenia. Choroby takie jak gruźlica, kiła czy HIV częściej występują u osób bezdomnych niż w populacji ogólnej. Zaburzenia psychiczne dotyczą nawet jednej czwartej osób bezdomnych. (...) Jak zauważają badacze, jednoczesne występowanie nadużywania substancji psychoaktywnych i zaburzeń psychicznych jest rzadsze w populacji ogólnej niż wśród osób bezdomnych. Polskie badania wskazują, że nawet czterdzieści pięć procent badanych bezdomnych schroniskowych może doświadczać objawów depresyjnych. Ponad czterdzieści procent bezdomnych charakteryzuje obniżenie witalności (brak energii), a około jednej trzeciej doświadcza smutku, prawie jedna czwarta natrętnych myśli, bezsenności i zaburzeń lękowych. Osoby bezdomne najczęściej wymieniają problemy somatyczne takie jak zaburzenia neurologiczne, pokarmowe, układu oddechowego oraz wątrobowe [Czarnecki 2015].

Warunki życia ODB, zarówno ludzi ulicy, jak również ODB ukrytych, przekładają się na ich stan zdrowia i kondycję psychofizyczną. Irene Glasser i Rae Bridgman zaznaczyli, że bezdomność będąc jednym z najbardziej dolegliwych przejawów biedy, ukazuje niezdolność społeczności do zapewnienia wszystkim swoim członkom podstawowych warunków do zdrowego i produktywnego życia [Glasser, Bridgman 2004: 170]. Na złe skutki życia w bezdomności składają się nieleczone lub nieregularnie i źle leczone schorzenia, choroby i uzależnienia.

Warto jednak powstrzymać się w tym miejscu od uogólnień, jak postanowili na przykład Manuel Muñoz, María Crespo, Eloísa Pérez-Santos. Zaproponowali, aby sprawdzić, jakie skutki na zdrowiu odciska bezdomność, prowadząc badania porównawcze także w grupie kontrolnej, o tyle podobnej do ODB, by członków grupy łączyła analogiczna sytuacja socjoekonomiczna. Przywołani badacze wybrali do grupy kontrolnej osoby korzystające z tych samych źródeł pomocy, co ludzie ulicy, to znaczy z dożywiania i publicznych łaźni. Czynnikiem różnicującym była jednak możliwość powrotu do domu czy innego w miarę stałego schronienia, w przeciwieństwie do typowych ludzi ulicy. Rezultaty ich badań pokazały, że właśnie ten czynnik jest języczkiem u wagi przebiegu choroby i postępów w zdrowieniu [Muñoz, Crespo, Pérez-Santos 2006: 47–61].

Jeśli chodzi o moje doświadczenia badań w schroniskach i noclegowniach, nawet możliwość powrotu pod dach schroniska lub noclegowni i posiadanie na jakiś czas dostępu do łóżka, które może być wówczas traktowane jako „swoje", nie niweluje całkowicie napięcia, stresów, frustracji i lęków, które mogą prowadzić do / lub są już symptomem niedomagań mentalnych, szczególnie depresji. Pobyt w schronisku czy noclegowni pozwala jednak owe negatywne odczucia redukować i kontrolować, także dzięki wymianie doświadczeń z osobami pozostającymi w podobnej sytuacji. „Terapeutą" staje się właśnie ktoś w podobnej sytuacji. Schronienie zaś ułatwia przede wszystkim leczenie schorzeń fizycznych.

Tryb życia osób „bezmieszkaniowych" (czasami także ubogich) przekłada się na ich dostęp do służby zdrowia, ale też na „kosztochłonność" ich leczenia, szczególnie w przypadku klasycznych ludzi ulicy:

> (...) większość osób bezdomnych nie podejmuje leczenia w odpowiednim czasie – terapia jest opóźniona lub przebiega w trybie ostrym – wybitnie obciąża to system opieki medycznej. Opieka medyczna nad pacjentem bezdomnym wiąże się ze zmianą organizacji pracy personelu (organizowanie pomocy socjalnej, izolowanie z powodu zakażonych ran, wszawicy czy świerzbu, chorób zakaźnych) [Czarnecki 2015].

Z taką ekspercką oceną problemów zdrowotnych ODB korespondują też w pewien sposób oceny skrajnie negatywne, wyrażane czasami na forach internetowych. Przy artykule z 2013 roku na temat objęcia opieką zdrowotną ODB pojawiły się następujące komentarze:

> Dlaczego w takim razie niektórym ubywa co miesiąca z wypłaty kasa na składki? Dlaczego ja mam płacić, gdy inni piją winko pod sklepem i mają takie same usługi? (Ala, 7 maja, 15:41).

> Konstytucja naszego nieszczęśliwego kraju gwarantuje wszystkim bezpłatny dostęp do opieki zdrowotnej, może czas skończyć z fikcją i zabrać biurokretynom rabowane przez nich w imię ,,prawa" pieniądze (sygit14, 7 maja, 13:39).

> A nas pytają o dokumenty potwierdzające ubezpieczenie, sprawdzają w systemie i robią problemy na każdym kroku. Następnym razem powiem, że jestem bezdomna... No tak, zawsze najgorzej mają ci, którym chce się pracować za marne grosze i samodzielnie żyć (Ala, 7 maja, 13:38) [*Za leczenie bezdomnych płaci państwo...*].

Warto dodać, uzupełniając informację na temat przepisów dotyczących opieki zdrowotnej i praw osób bez domu, że 3 listopada 2016 roku Sejm RP przyjął nowelę ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Na jej mocy bezpłatne świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej obejmują już każdego, również nieubezpieczonych, a do tej grupy należą między innymi ODB.

Przewlekle chore osoby bez domu, gdy transportowane są po leczeniu w szpitalach do schronisk, nie mogą tam liczyć na profesjonalną pomoc. Schroniska i noclegownie nie są bowiem placówkami przystosowanymi do świadczenia pomocy ciężko choremu, jak zakład opieki zdrowotnej (ZOZ) czy dom pomocy społecznej (DPS). Schroniska i noclegownie nie zatrudniają personelu medycznego, nie posiadają też w większości odpowiedniej infrastruktury, sprzętu i budżetu pozwalającego na rozwijanie tego typu opieki.

W niektórych schroniskach w Łodzi są jednak wygospodarowane gabinety zabiegowe, dyżurują pielęgniarki, przychodzą czasami lekarze, pracując *non profit*. Co więcej, w znanych mi placówkach żadnej osoby doświadczającej bezdomności i obłożnie chorej (nawet terminalnie) nie odrzuca się. Obserwowałam wielokrotnie sytuację zobowiązywania się innych mieszkanek i mieszkańców do pomocy i opieki nad chorym czy osobą z niepełnosprawnością (pomoc obejmowała zbiegi higieniczne, gotowanie, robienie zakupów, chodzenie do lekarza, wspólne spędzanie czasu). Chorzy czekają w tym czasie na wolne miejsce w ZOZ lub DPS.

Zakończenie

Jak podałam wyżej, w schroniskach i noclegowniach pomiędzy samymi ODB zawiązują się relacje polegające na solidaryzowaniu się i zaangażowaniu we wzajemną opiekę w obliczu chorób. Można też powiedzieć, że choroba dotykająca ODB, uwidacznia hierarchię wykluczenia: najniższy jego stopień to właśnie schorzenie, czyli cierpienie i niedomaganie fizyczne. Z drugiej strony, choroba pozwala osiągnąć najwyższy stopień człowieczeństwa – co jest, być może, górnolotnym wnioskiem, lecz w sytuacji fizycznej niesprawności i odczuwania bólu obcy sobie ludzie, którzy opiekują się sobą i mogą na siebie liczyć (a bezdomność pozbawia lub bardzo osłabia więzi międzyludzkie), odwołują się do uniwersalnych wartości, jak dobro, godność i współczucie.

Doznając cierpienia w połączeniu z opieką i zaufaniem, osoba chora bez domu i jej bezdomny opiekun udowadniają, że do określenia ich pozycji społecznej nie wystarcza stereotypowo negatywnie postrzegana bezdomność.

Streszczenie

Autorka omawia, co znaczy bezdomność, między innymi w kontekście specjalnej metafory językowej: „bezdomność jako choroba". Autorka przybliża też, w skrócie, faktyczny obraz stanu zdrowia osób dotkniętych bezdomnością i na ile ich rzeczywiste choroby, w zestawieniu z ową metaforą, mogą pomóc zrozumieć bezdomność i sytuację osób bez domu.

Słowa kluczowe: bezdomność, wykluczenie, choroba, metafory językowe

Homelessness from point of view of wellbeing and disease

The author draws her attention on the question of the meaning of homelessness in the context of the special linguistic metaphor: "homelessness as a disease". In the text, the author also presents an actual state of the health' problems of people affected by homelessness. The author's interest is how their illnesses in comparison with mentioned linguistic metaphor, can help us understand the situation of the homelessness and people without a home.

Key words: homelessness, exclusion, illness, disease, linguistic metaphors

Bibliografia

Bauman Zygmunt
2011: *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Czarnecki Damian
2015: *Zaburzenia zdrowia u osób bezdomnych uzależnionych od alkoholu*; http://www.passio.pl/wordpress/2015/04/30/zaburzenia-zdrowia-u-osob-bezdomnych-uzaleznionych-od-alkoholu/ [dostęp: 26 listopada 2016 roku].
Encyclopedia of Homelessness
2004: red. Levinson D. Londyn: SAGE, t. 1 i 2.

Glasser Irene, Bridgman Rae
2004: *Homelessness*. [W:] red. Ember C.R., Ember N., *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*. Nowy Jork: Kluwer Academic / Plenum Publisher, s. 170–177.

Kennett Patricia, Marsh Alex
1999: *Homelessness. Exploring the new terrain*. Bristol: The Policy Press.

Moraczewska Barbara
2013: *Bezdomność. Definicja, problemy, rozwiązania obecne oraz historyczne odwołanie do ludzi luźnych*. „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość", t. 10, s. 113–128.

Muñoz M., Crespo M., Pérez-Santos E.
2006: *Homelessness effects on en's and women's health. A comparision between a representative homeless sample and an at-risk group*. „International Journal of Mental Health", t. 34, nr 2, s. 47–61.

Niemczyk Rafał
b.r.w.: *I nie opuszczę cię w zdrowiu i w chorobie*; http://wakat.sdk.pl/i-nie-opuszcze-cie-w-zdrowiu-i-w-chorobie/ [dostęp: 9 grudnia 2016 roku].

Piekut-Brodzka Danuta M.
2000: *O bezdomnych i bezdomności: aspekty fenomenologiczne, etiologiczne, terapeutyczne*. Warszawa: Chrześcijańska Akademia Teologiczna.
Problem bezdomności w Polsce. Wybrane aspekty. Diagnoza zespołu badawczego działającego w ramach projektu „Gminny Standard Wychodzenia z Bezdomności"
2010: red. Dębski M. Gdańsk: Pomorskie Forum na rzecz Wychodzenia z Bezdomności.

Przymeński Andrzej
2001: *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*. Poznań: Akademia Ekonomiczna w Poznaniu.

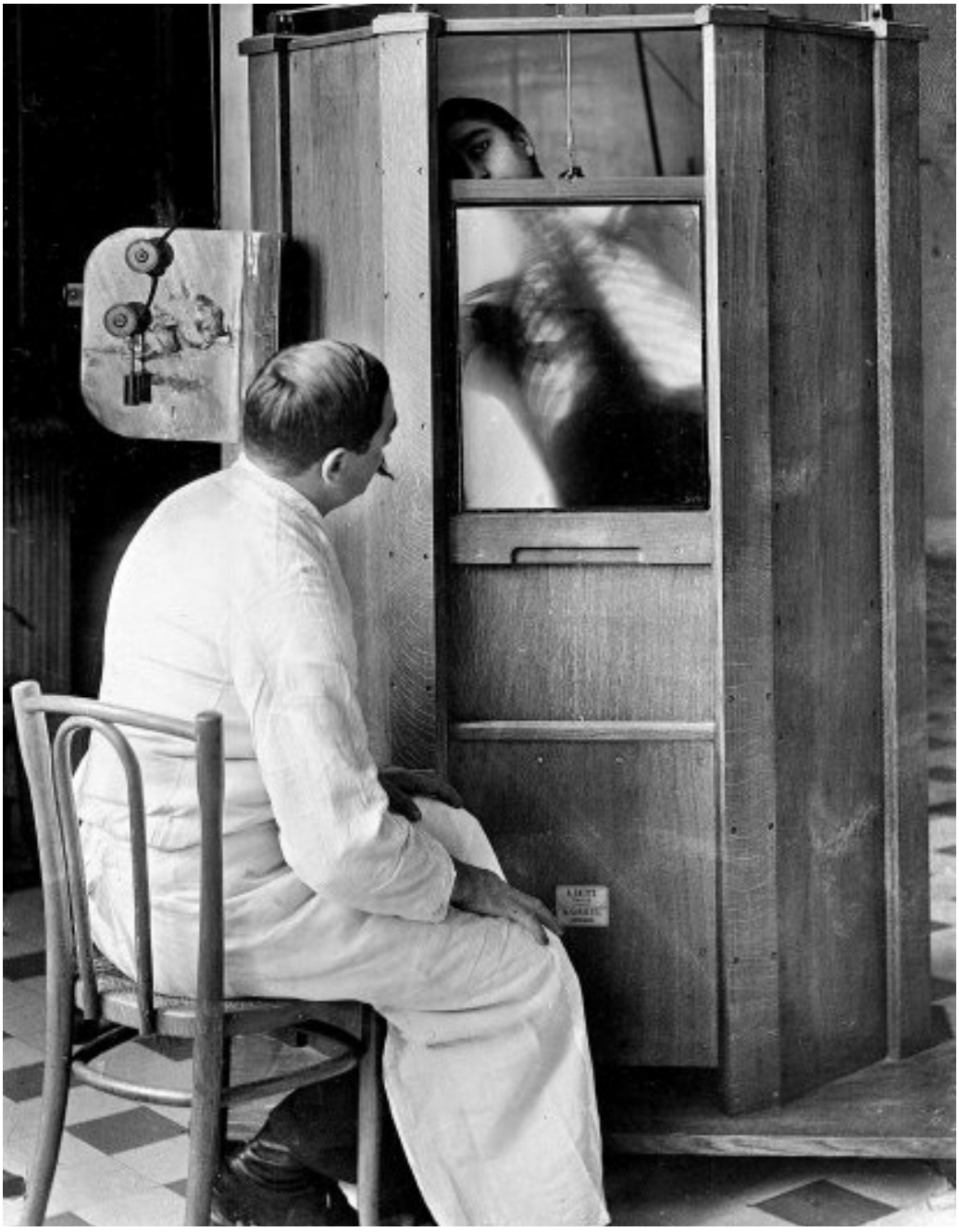
Sidorowicz Sławomir
2000: *Zaburzenia psychiczne u osób bezdomnych*. Wrocław: Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Wieteska Magda
2015: *Międzypokoleniowy dialog wspólnie zamieszkujących dorosłych dzieci i ich rodziców – perspektywa społeczno-ekonomiczna.* [W:] red. Jurczyk-Romanowska E., Gandecka K., *Wychowanie w rodzinie*, t. 11. *Trajektorie więzi rodziny współczesnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 155–178.

Wszeborowski Krzysztof, Wszeborowski Tomasz K.
2005: *Bezdomność jako problem społeczny na przykładzie województwa pomorskiego.* [W:] red. Marzec-Holkia K., *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 224–232.

Sontag Susan
2016: *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*. Kraków: Karakter.

Stankiewicz Leszek
2002: *Zrozumieć bezdomność (aspekty polityki społecznej)*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
Za leczenie bezdomnych płaci państwo
2013: „Nowa Trybuna Opolska", 7 maja; http://www.nto.pl/wiadomosci/opolskie/art/4559033,za-leczenie-bezdomnych-placi-panstwo,id,t.html [dostęp: 24 listopada 2016 roku].



Noty o autorach_

Matylda Borczyńska

Absolwentka etnologii (2016), studia w Uniwersytecie Łódzkim; autorka pracy magisterskiej o zespole Downa w kontekście codziennego funkcjonowania rodziny; obecnie doktorantka w UŁ, zajmuje się badaniami na temat pamięci związanej z przedmiotami codziennego użytku w odniesieniu do sztuki współczesnej

Anna Chowaniec-Rylke

Absolwentka Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej w Uniwersytecie Warszawskim, obecnie doktorantka na Wydziale Historycznym Uniwersytetu Warszawskiego; od 2014 roku zajmuje się zagadnieniami z zakresu antropologii medycznej, czego efektem jest praca magisterska pt. *Zespół Downa. Doświadczenie matek i negocjacje z nowoczesnością* napisana pod kierunkiem dr hab. Magdaleny Radkowskiej-Walkowicz (UW), od 2016 roku bada tematy związane z chorobami rzadkimi, będąc stypendystką Narodowego Centrum Nauki w ramach projektu *Społeczne i kulturowe wymiary chorób rzadkich na przykładzie niedoboru LCHAD. Studium porównawcze Polski i Finlandii* prowadzonego przez dr Małgorzatę Rajtar (UAM)

Jowita Jagla

Historyk sztuki, kierownik Działu Historii Medycyny Muzeum Mikołaja Kopernika we Fromborku; zajmuje się ikonografią świętych, związkami sztuki i medycyny, oraz gestem wotywnym

Jadwiga Agata Kałużewska

Absolwentka PWSSP (obecne ASP), 1993 r. – dyplom na Wydziale Grafiki; w 1992 r. Stypendystka Ministra Kultury I Sztuki; od 1994 r. członek Związku Polskich Artystów Plastyków; obecnie mieszka w miejscowości Strońsko (powiat zduńskowolski); od 2007 r. pracuje jako nauczyciel plastyki w Zespole Szkół Ogólnokształcących w Zapolicach; od 2013 r. prowadzi program badawczy dotyczący percepcji sztuki współczesnej wśród mieszkańców wsi; współpracuje z prof. UŁ dr hab. Ewą Nowina-Sroczyńską, kierownikiem Zakładu Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Łódzkiego; na terenie powiatu zduńskowolskiego podejmuje liczne działania propagujące historię regionu, kulturę oraz sztukę współczesną, organizując: wystawy, inscenizacje, warsztaty artystyczne, plenery, wyprawy edukacyjne dla mieszkańców; od 2013 r. założyciel i prezes Fundacji Promocji Sztuki Art Affera; uprawia malarstwo i grafikę, bierze udział w konkursach i wystawach zbiorowych i indywidualnych

Jacek Kowalewski

Antropolog historii, metodolog historii; kierownik Pracowni Antropologii i Metodologii Historii w Instytucie Historii i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; redaktor naczelny *Rocznika Antropologii Historii*; autor książki *Kreacje przeszłości. Szkice z antropologii historii* (2013); współautor książki *Praktykowanie pamięci. Olsztynianie – rekonesans antropologiczny* (2014); współredaktor prac zbiorowych, m.in.: *Rzeczy i ludzie. Humanistyka wobec materialności* (Olsztyn 2008); *Antropologizowanie humanistyki. Zjawisko – proces– perspektywy* (Olsztyn 2009); *„Zwroty" badawcze w humanistyce. Konteksty poznawcze, kulturowe i społeczno-instytucjonalne* (Olsztyn 2010); obszary zainteresowań: antropologia historii, antropologia kultury, historia kultury, teoria kultury, metodologia humanistyki

Inga B. Kuźma

Dr hab., związana z Instytutem Etnologii i Antropologii Kulturowej na Wydziale Filozoficzno-Historycznym Uniwersytetu Łódzkiego; uprawia antropologię zaangażowaną i interwencyjną typu Action Research i Participatory Action Research oraz *herstory*; współtworzy łódzkie Interdyscyplinarne Seminarium Gender, jest związana z Kolektywem Kobiety znad Łódki od Łódzkiego Szlaku Kobiet, działa w Łódzkim Partnerstwie Pomocy w sytuacji Wykluczenia i Bezdomności; autorka: *Domy bezdomnych. Badania sytuacji kryzysowych* [Łódź 2015], *Współczesna religijność kobiet. Antropologia doświadczenia* [Wrocław 2008], współredaktorka z Izą Desperak prac zbiorowych, publikowanych w serii Wydawnictwa UŁ „Oblicza Feminizmu", redaktorka *Tematów trudnych. Sytuacji badawczych* [Łódź 2013]

Sebastian Latocha

Asystent w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej UŁ, magister etnologii (2013) oraz dziennikarstwa i komunikacji społecznej (2012); naukowo zajmuje się antropologią medyczną, popularnymi i medialnymi obrazami zdrowia i choroby, społeczną i kulturową „stroną" chorowania; pisze pracę doktorską pt. **Świat lokalnych wyobrażeń o przeszczepach. Perspektywa antropologii medycznej**

Dominika Łarionow

Adiunkt w Katedrze Historii Sztuki Uniwersytetu Łódzkiego; kierownik Zakładu Teatru w Polskim Instytucie Studiów nad Sztuką Świata; autorka kilkudziesięciu artykułów publikowanych m.in. w: „Art Inquiry", „Formacie",

„Dialogu", „Kontekstach", „Tyglu Kultury", „Didaskaliach" i „Kronice Miasta Łodzi"; autorka książek: *Przestrzenie obrazów Leszka Mądzika* (2008), *Wystarczy tylko otworzyć drzwi... Przedmioty w twórczości Tadeusza Kantora* (2015)

Katarzyna Łeńska-Bąk

Dr hab., kulturoznawca, historyk kultury, folklorystka, pracuje w Katedrze Kulturoznawstwa i Folklorystyki Uniwersytetu Opolskiego; zainteresowania: historia kultury, antropologia współczesności, literatura i kultura popularna, obrzędowość tradycyjna i współczesna; autorka książek: *„Zapraszamy na wesele". Weselne oracje i ceremonialne formuły* (Kraków 1999); *Sól ziemi* (Wrocław 2002); *O pokarmach, smakach i utraconych znaczeniach. Historia kultury „sub specie culinaria"* (Opole 2010); redaktor naczelna serii „Stromata Anthropologica"

Wojciech Łysiak

Dr hab., historyk, etnograf, etnolog, folklorysta; nauczyciel akademicki związany w czasie długoletniej kariery naukowej z KUL w Lublinie, UAM w Poznaniu, Akademią Pomorską w Słupsku, Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie i Uniwersytetem Rzeszowskim; jednym z jego obszarów badawczych są stosunki międzynarodowe oraz dawny folklor, szczególnie Pomorza Zachodniego w granicach dawnego Księstwa Zachodniopomorskiego; autor kilkuset artykułów, kilkunastu książek, redaktor naukowy kilkudziesięciu wydawnictw pokonferencyjnych

Ewa Nowina-Sroczyńska

Etnolog, antropolog kultury, prof. w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Łódzkiego; zainteresowania naukowe koncentruje wokół antropologii symbolicznej, zagadnień mitu, symbolu, rytuału i obrzędu – kategorie te wykorzystane są przez autorkę do analizy dzieł artystycznych; konsultantka, autorka i współautorka scenariuszy filmów etnograficznych

Ada Florentyna Pawlak

Prawnik, historyk sztuki i antropolog kultury; autorka m.in. pracy magisterskiej pt. *Odpowiedzialność domu aukcyjnego wobec nabywcy dzieła sztuki* powstałej w Katedrze Prawa Handlowego UŁ; odpowiedzialna za cyfrowe opracowanie „Mediateki" i archiwum dotyczącego sztuki nowoczesnej Europy II poł. XX w. w Dziale Naukowym Galerii Zachęta; trener Narodowego Centrum Kultury w ramach programu *Kadra Kultury*; doświadczenie zawodowe w międzynarodowej

agencji interaktywnej i firmach produkujących aplikacje na urządzenia mobilne; zainteresowania naukowe z zakresu nowych technologii rozwijała w trakcie podyplomowych studiów zakończonych pracami pt. *Nowoczesne technologie komunikacyjne* na kierunku Komunikacja w Biznesie w WSPTWP w Warszawie i *Marketing mobilny Przedsiębiorcy 2.0* na kierunku Marketing Interaktywny w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; badania nad technologią w perspektywie antropologicznej kontynuuje na studiach doktoranckich w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej UŁ, gdzie pracuje nad dysertacją pt. *Transhumanizm. Ciało – Pamięć – Sztuka*

Anna Pietrzyk

Antropolog kultury, autorka artykułów naukowych dotyczących medycyny komplementarnej, współczesnych zachowań zdrowotnych, folkloru zdrowotnego, a także współczesnych obrzędów przejścia i ikonografii pogrzebowej; interesuje się folklorem zdrowotnym, antropologią medyczną, etnomedycyną, medycyną komplementarną, historią medycyny oraz ikonografią śmierci, choroby, praktyk leczniczych i profesjonalistów medycznych

Michalina Rutka

Dr, adiunkt na kierunku dziennikarstwo i komunikacja społeczna w Uniwersytecie Gdańskim; absolwentka filozofii, obecnie zaś medioznawczyni i badaczka Internetu, szczególnie social media; interesuje się antropologicznymi i społecznymi aspektami życia w sieci; utorka wielu artykułów poświęconych społecznościom on-line, w tym książki pt. *Miau czyli wychowanie na uboczu kultury*; aktualnie prowadzi badania nad blogosferą pod roboczym tytułem *Polska blogosfera codzienności*; w swojej pracy łączy podejścia metodologiczne i perspektywy badawcze różnych dyscyplin z dziedzin nauk społecznych; prywatnie wielbicielka kotów, podróży poza głównymi szlakami i książek

Paweł Szczepanik

Doktor nauk humanistycznych w zakresie archeologii, magister etnologii; studia z obu kierunków ukończył na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu; obecnie współpracuje z Instytutem Archeologii UMK przy realizacji grantu NPRH *Atlas grodzisk wczesnośredniowiecznych z obszaru Polski*, autor kilkudziesięciu naukowych artykułów publikowanych w kraju i za granicą; zainteresowania badawcze związane z szeroko rozumianą kulturą wczesnośredniowiecznej Słowiańszczyzny, ze szczególnym uwzględnieniem religii i mitologii, skupione są wokół antropologii kultury, kultury ludowej Słowian, religijności ludowej,

religioznawstwa porównawczego, teorii kultury, a także metodologii archeologii i nauk humanistycznych

Anna Sznajder

Doktor nauk humanistycznych, tłumaczka, pedagożka, niezależna badaczka; współpracuje z Bexley Learning Centre w Anglii jako lektor języka polskiego; należy do Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego

Karol Walczak

Etnolog, doktor nauk humanistycznych w zakresie etnologii, adiunkt w Zakładzie Ochrony Dziedzictwa Kulturowego i Komunikacji Kulturowej na Wydziale Pedagogiczno-Artystycznym w Kaliszu UAM w Poznaniu; jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół kultury współczesnej, w szczególności wokół kuchni i praktyk kulinarnych, jak również ubóstwa i jego ponowoczesnych przemian i przewartościowań; w obszarze jego zainteresowań znajduje się również kultura ludowa jako nośnik współczesnych tradycji i platforma (re)konstrukcji tożsamościowych

Magdalena Zdrowicka-Wawrzyniak

Adiunkt w Zakładzie Studiów Polonistycznych i Komunikacji Medialnej na Wydziale Artystyczno-Pedagogicznym w Kaliszu (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu), dr nauk społecznych w zakresie nauk o polityce, podyplomowe studia dziennikarskie, magister filologii polskiej; zajmuje się: kompozycją współczesnej informacji (ze szczególnym uwzględnieniem telewizyjnej), perswazją i manipulacją w telewizyjnych serwisach informacyjnych, gatunkami dziennikarskimi dawniej i dziś, statusem zawodu dziennikarza, dziennikarstwem a PR; autorka monografii *Rzeczywistość a obraz rzeczywistości. Telewizyjne magazyny informacyjne w Polsce w procesie manipulacji i perswazji (2004-2007)* [Opole 2012], współautorka m.in.: *Polityka i perswazja* [Poznań 2007], *Etyka w mediach. Świat norm a codzienność* [Poznań – Opole 2010], *Odpowiedzialny biznes i konsumeryzm wyzwaniem XXI wieku* [Racibórz 2012], *Zmiany medialne i komunikacyjne. W stronę innowacyjności* [Gdańsk 2015], *Bezpieczeństwo XXI wieku. Szanse – Zagrożenia – Perspektywy* [Poznań 2015], *Obywatelki na obcasach. Kobiety w życiu publicznym (XIX-XXI wiek)* [Szczecin 2016], *W drodze do brzegu życia*, tom XIV [Białystok 2016], jak również redaktorka kilku prac naukowych Wydawnictwa Naukowego Silva Rerum

Spis i źródła ilustracji wykorzystanych na przekładkach

Spis i źródła ilustracji wykorzystanych na przekładkach

Il. 1. *Encyklopedia albo słownik rozumowany nauk, sztuk i rzemiosł* (fragment fotografii), Joel-Peter Witkin. *Medycyna w sztuce*, katalog wystawy, MOCAK Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie, Kraków 2016, s. 289.

Il. 2. *Akt ze szkieletem* (video), Marina Abramowić. *Medycyna w sztuce*, katalog wystawy, MOCAK Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie, Kraków 2016, s. 125.

Il. 3. *Portret kobiety chorej na cholerę podczas pierwszej epidemii w Europie w 1831 roku* (fragment grafiki). Richard Barnett, *The Sick Rose. Disease and the Art of Medical Illustration*, Thames &Hudson, London 2014, s. 137.

Il. 4. *2045: rok, w którym człowiek osiągnie nieśmiertelność.* Okładka „Time", 11.02.2011 r.

Il. 5. *Dywan z organami*, Julia Neuenhausen. *Medycyna w sztuce*, katalog wystawy, MOCAK Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie, Kraków 2016, s. 191.

Il. 5. *Cząsteczki DNA* (fragment grafiki). *Historia ciała*, t. 3, Jean-Jacques Courtine (red.), Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2014, kolorowa wkładka – brak numeru strony.

Il. 6. *Siedzący model anatomiczny* (fragment odbitki żelatynowo-srebrowej), Zoe Leonard. *Medycyna w sztuce*, katalog wystawy, MOCAK Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie, Kraków 2016, s. 191.

Il. 7. *A chest X-ray in progress at Professor Menard's radiology department at the Cochin hospital, Paris, 1914*. http://time.com/4155549/vintage-x-ray-photos/, 24.01.2017 r.

Il. 8. *Antyatlas* (fragment fotografii), Bartek Jarmoliński. *Gender w sztuce*, katalog wystawy, MOCAK Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie, Kraków 2015, s. 177.

Czasy płynnej nowoczesności stawiają przed nami wymóg mobilności, wymaga się od nas gotowości rozpoczynania wszystkiego od nowa, bo płynna nowoczesność nie da się ująć w określony kształt. To rzeczywistość charakteryzująca się fragmentarycznością, epizodycznością i małą stabilnością form kulturowych. Nasza tożsamość także podlega fragmentaryzacji, procesom rozproszenia osobowości. Stary profesor z Leeds, twórca pojęcia płynnej nowoczesności, pośród wielu znaczących jej kwantyfikatorów, wymienia i ten postulowany dziś wymóg: bycia zdrowym, sprawnym, wiecznie młodym. Tymczasem, niestety, chorujemy. Choroba – mówią antropolodzy medyczni – ma dwa oblicza, jako że stanowi fenomen biologiczny i kulturowy.
Jakie dziś przypisujemy jej znaczenia? O tym jest ta książka.

/fragment wstępu/