

REDAKCJA

Dorota Gonigroszek, Katarzyna Szmigiero

INTERDYSCYPLINARNE BADANIA NAD DYSKURSEM MEDYCZNYM

Interdisciplinary insights
into medical discourse



Piotrków Trybunalski 2022

**Interdyscyplinarne badania
nad dyskursem medycznym**

**Interdisciplinary insights
into medical discourse**

Interdyscyplinarne badania nad dyskursem medycznym

Interdisciplinary insights into medical discourse

redakcja:

Dorota Gonigroszek, Katarzyna Szmigiero

edited by:

Dorota Gonigroszek, Katarzyna Szmigiero



Wydawnictwo
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
Piotrków Trybunalski 2022

Recenzent: dr hab. Grażyna Zygałło, prof. UŁ

Projekt okładki: Mariusz Gudź

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
Piotrków Trybunalski 2022

Copyright © by Dorota Gonigroszek, Katarzyna Szmigiero

ISBN 978-83-67580-07-6
DOI 10.25951/6423

Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
ul. J. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski
tel. 44 732 74 00 w. 8171, 8172
e-mail: wydawnictwopt@ujk.edu.pl

Dystrybucja: ksiegarnia@unipt.pl

Spis treści

Table of contents

Wstęp	7
Preface	9
Perspektywa historyczna	
Historical perspective	11
Błażej Cecota	
<i>Wybrane elementy dyskursu epidemicznego w muzulmańskiej tradycji średniowiecznej</i>	13
Michał Stolarczyk	
<i>Imaginarium maladyczne. Mody terapeutyczne.</i>	
<i>Magnetyzm zwierzęcy a niemiecka medycyna romantyczna</i>	37
Anna Sędrecka	
<i>Materialne ślady chorób zakaźnych z okresu nowożytności w Piotrkowie Trybunalskim</i>	53
Katarzyna Szymczyk	
<i>Higiena szkolna w Polsce międzywojennej z uwzględnieniem opieki zdrowotnej nad dziećmi</i>	69
Badania literackie	
Literary studies	83
Katarzyna Szmigiero	
<i>Construction of illness identity in chosen English-language autopathographies</i>	85
Agnieszka Stanecka	
<i>„Nie ma się czego bać” – zagrożenia w obliczu pandemii na podstawie Przebłysków Zadie Smith</i>	105
Ewa Wiśniewska	
<i>Bloodbath and zombies.</i>	
<i>Female deaths in George R. R. Martin’s A Song of Ice and Fire</i>	119
Badania językoznawcze	
Linguistic studies	129
Dorota Gonigroszek	
<i>Metonimiczna podstawa nazewnictwa chorób na przykładzie polskich i angielskich terminów derywowanych od nazw barw</i>	131
Urszula Niekra	
<i>Zaburzenia struktury gramatycznej wypowiedzi afatycznych – agramatyzm</i>	145
Aleksandra Matysiak, Julita Woźniak	
<i>Dlaczego konar nie płonie. Środki językowe wykorzystywane w reklamach suplementów na potencję</i>	157
Julita Woźniak	
<i>Od męki do rajy. Skojarzenia z czasem pandemii COVID-19 na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród studentów</i>	175

WSTĘP

Interdyscyplinarność cechuje współczesną naukę. Liczne publikacje z zakresu humanistyki czy nauk społecznych ukazują zainteresowanie wspólną problematyką. Podobnie szeroko pojęte nauki medyczne wykraczają poza ramy samodzielności i czerpią z osiągnięć innych obszarów naukowych dociekań. Niniejsza monografia zawiera artykuły, których autorzy podejmują całe spektrum tematów związanych ze zdrowiem, różnorodnymi chorobami, śmiercią i umieraniem. Rozdziały pogrupowano zgodnie z podejmowaną problematyką. W pierwszej części znajdują się artykuły, których autorzy opisują zjawiska zdrowia i choroby z perspektywy historycznej. Druga część monografii obejmuje rozdziały poświęcone badaniom literaturoznawczym. W ostatniej, trzeciej części książki, czytelnik znajdzie prace dotyczące językoznawstwa.

Autor pierwszego rozdziału – Błażej Cecota pisze o sunnach (zbiorach hadisów) z okresu wczesnego islamu i zawartych w nich wzmiankach, jak radzić sobie z epidemiami. Michał Stolarczyk zajmuje się ciekawymi praktykami użycia magnetyzmu w terapii chorób psychosomatycznych. Anna Sędecka, trzecia z autorek, analizuje źródła historyczne, ukazujące rozprzestrzenianie się zaraz wśród mieszkańców Piotrkowa. Przedstawia też na licznych fotografiach miejsca i budowle (np. kapliczki) upamiętniające ofiary chorób zakaźnych. Katarzyna Szymczyk zajmuje się problemem utrzymania higieny wśród polskich dzieci w okresie międzywojennym.

Kolejna część monografii obejmująca rozdziały z zakresu literaturoznawstwa rozpoczyna się rozdziałem autorstwa Katarzyny Szmigiero. Badaczka zajmuje się narracjami, u których zdiagnozowano choroby psychiczne. Analizowane utwory reprezentują zdobywający obecnie uwagę czytelników gatunek literacki – patografie. Agnieszka Stanecka omawia cykl esejów Zadie Smith *Przebłytki* dotyczących problemu pandemii koronawirusa Covid-19 i różnych aspektów izolacji wymuszonej zaistniałą sytuacją. Ewa Wiśniewska, autorka czwartego artykułu o tematyce literackiej, skupia się na motywie śmierci w twórczości współczesnego amerykańskiego pisarza fantasy, George’a R. R. Martina.

Ostatnia, czwarta część niniejszej książki, podejmuje problematykę językoznawczą. Pierwsza z autorek opisuje zjawisko nominacji chorób bazujące na metonimii CZEŚĆ ZA CAŁOŚĆ. Przedmiotem analizy przeprowadzonej przez Dorotę Gonigroszek są angielskie i polskie nawy chorób derywowane od nazw kolorów. Drugi z rozdziałów, autorstwa Urszuli Niekry, dotyczy afazji i językowych przejawów tego problemu. Aleksandra Matysiak i Julita Woźniak w kolejnym artykule analizują językowe i niewerbalne środki per-

swazyjne używane w reklamach środków na potencję. Czwarty rozdział przedstawia analizę materiału ankietowego. Ankiety dotyczą postrzegania różnych aspektów pandemii koronawirusa Covid-19 przez studentów Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach. Autorką tego rozdziału jest Julita Woźniak.

Artykuły zebrane w niniejszym tomie umożliwiają spojrzenie na problematykę zdrowia i choroby z różnych perspektyw, przez co publikacja tę możemy uważać za cenne źródło wiedzy wzbogacające interdyscyplinarny obszar dociekań naukowych. Być może zawarte tu teksty zainspirują czytelników do dalszych rozważań i prowadzenia badań.

*Dorota Gonigroszek
Katarzyna Szmigiero*

PREFACE

Interdisciplinarity defines modern academic inquiry. The literature on this subject is dominated by studies relating to research conducted predominantly at the interface between social sciences and humanities. Medical studies more and more frequently employ interdisciplinary methods as well. The phenomena of health, various diseases, death, and dying are approached from numerous perspectives. The present book constitutes a collection of articles whose authors leverage a whole gamut of research methods and methodologies to deal with different aspects of health and illness. The book is divided into three thematic sections exploring these issues from historical, literary and linguistic angles.

The first section of the book includes four articles, all related to the history of medicine and treatments. Błażej Cecota analyses several Islamic sunnah which raise the problem of epidemics. Michał Stolarczyk describes practices of using magnetism in the treatment of psychosomatic diseases, while Anna Sęderecka studies historical sources evidencing infectious diseases afflicting Piotrków inhabitants. Katarzyna Szymczyk deals with the hygienic and health situation of Polish children in the interwar period.

Three consecutive chapters of the second section revolve around literary topics. The first author, Katarzyna Szmigiero, sets out to take a closer look at autobiographies written by English-speaking men and women who received a psychiatric diagnosis. These private confessions, called pathographies or illness narratives, are gaining in popularity as a new, unique genre. The second chapter, authored by Agnieszka Stanecka, discusses Zadie Smith's latest book of non-fiction *Intimations: Six Essays*, which provide moving and personal reflections on Covid-19 pandemic that has changes our lives. Finally, Ewa Wiśniewska deals with the theme of death as depicted in the *A Song of Ice and Fire* series written by the contemporary American fantasy writer George R. R. Martin.

Linguistic explorations start with the article by Dorota Gonigroszek, who investigates cognitive processes underpinning names given to different diseases and ailments. She is interested in English and Polish terms derived from colour labels. Urszula Niekra is concerned with different types of aphasia and their linguistic manifestations. Aleksandra Matysiak and Julita Woźniak study numerous advertisements of supplements enhancing potency. They focus on both linguistic and nonlinguistic strategies of persuasion employed in them. Julita Woźniak's article on Covid-19 closes this section. She

focuses on the way different aspects of the pandemic are perceived by young people studying at the Jan Kochanowski University of Kielce.

The book offers valuable insights into the experience of illness throughout the ages. The topics addressed in this volume are obviously not exhaustive. If some of the gaps stimulate further research, the present work will serve its purpose as well.

*Dorota Gonigroszek
Katarzyna Szmigiero*

Perspektywa historyczna

Historical perspecive

Błażej Cecota

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
ORCID 0000-0002-4746-0325
e-mail: blazej.cecota@ujk.edu.pl

Wybrane elementy dyskursu epidemicznego w muzułmańskiej tradycji średniowiecznej

Streszczenie

W różnego rodzaju sunnach (zbiorach hadisów) z okresu wczesnego islamu możemy znaleźć kilkadziesiąt wzmianek o tym, jak radzić sobie z problemami epidemii. W niniejszym tekście omówiłem niektóre z nich, wskazując na kwestię pochodzenia tych porad w kontekście znaczących wydarzeń historycznych z okresu początków islamskiego podboju Żyznego Półksiężycza, ze szczególnym uwzględnieniem Syrii. W pierwszej części tego tekstu przedstawię główne źródła, z których korzystałem podczas przygotowywania artykułu. W następnej prezentuję główne zalecenia z hadisów, dotyczące postępowania z epidemią. W ostatniej wyjaśniam, dlaczego najprawdopodobniej powyższe wskazówki można znaleźć w sunnach.

Słowa kluczowe: historia islamu, tradycja islamska, sunna, epidemia dżumy

Selected aspects of the epidemic discourse in the medieval Muslim tradition

Abstract

In various types of sunnah (collections of hadiths) from the early Islamic period, we can find several dozen references to how to deal with the problems of the epidemic. In this text, I have discussed some of them, pointing to the issue of the origin of these clues in the context of significant historical events from the period of the beginning of the Islamic conquest of the Fertile Crescent, with particular emphasis on Syria. In the first part of this text, I introduce the main sources used during the preparation of the article. In the next section, I present the main recommendations from the hadith for dealing to the epidemic. In the last part, I explain why, most likely, the above-mentioned clues can be found in sunnah.

Key words: Islamic history, Islamic tradition, Sunnah, Bubonic plague

W różnego rodzaju sunnach¹ (zbiorach hadisów²) z okresu wczesnoislamskiego możemy znaleźć kilkadziesiąt wzmianek odnoszących się do sposobów postępowania wobec problemów epidemii. W niniejszym tekście omówimy niektóre z nich, wskazując na zagadnienie pochodzenia tych informacji

¹ Sunna (arab. as-sunnah – ścieżka) – zbiory opowieści, w których przekazane zostały wskazówki Proroka Muhammada dotyczące konkretnych dziedzin życia, czy z zakresu moralności. Sunna stanowi, obok *Koranu*, podstawę prawa islamskiego.

² Hadis – opowieść dotycząca sposobu postępowania lub wypowiedź Proroka Muhammada. Początkowo przekazywane ustnie, następnie spisane w zbiorach tradycji, o których traktuje niniejszy artykuł.

w kontekście istotnych wydarzeń historycznych z okresu początków islamskiego podboju terenów Żyznego Półksiężycy, ze szczególnym uwzględnieniem Syrii. W pierwszej części niniejszego tekstu przedstawię główne źródła, z których korzystałem podczas przygotowywania pracy. Myślę, że będzie to korzystne przede wszystkim ze względu na upowszechniający charakter artykułu. W kolejnym podrozdziale zaprezentuję główne zalecenia pochodzące z hadisów względem postępowania wobec problemów wynikających z wybuchu epidemii, a także walki z jej skutkami. W ostatniej części tłumaczę, dlaczego, najprawdopodobniej, wyżej wspomniane wskazówki znalazły się w sunnach i skąd ich zadziwiająca w niektórych przypadkach szczegółowość.

Warto w tym miejscu poczynić istotną uwagę. Niniejszy esej dotyczy raczej zagadnień kulturowych początków islamu (choć odwołuję się również do zbiorów pochodzących z XII-XIII wieku, niemniej nawiązujących do wcześniejszych tradycji), a nie *stricte* historycznych. Absolutnie nie twierdzę, że z hadisów można wyciągać jakiegokolwiek wiążące wnioski dotyczące przebiegu wydarzeń. Jednocześnie zadaję sobie sprawę z istnienia dyskusji na temat religijnej wiarygodności sunny. Już w 1890 roku Ignác Goldziher w swoim *Muhammedanische Studien* wykazał, że większość hadisów nie była dziełem Proroka, uważam jednak tę kwestię za niezbyt istotną w przypadku przedstawionych w tej pracy rozważań. Jednym z najważniejszych argumentów przeciwników autentyczności hadisów jest teoria, iż najpierw przez dłuższy czas krążyły one w tradycji ustnej, dopiero zaś później zostały spisane. Jednak podważa to na przykład Tarif Khalidi, który podkreśla, iż każdej dynastii, każdemu władcy zależało na spisaniu tych tradycji. Argumentuje, iż tak czynili już Umajjadzi. Uważa, że skoro przedstawiciele tej dynastii podejmowali takie kroki, to bardzo prawdopodobne jest, że czyniono podobnie także w czasach przedumajjadzkich (Khalidi 1994: 26-27). Trudno więc nie odnieść się do tych pism, chociażby pierwsze z nich pochodziły dopiero z ósmego wieku.

Zbiory hadisów i ich autorzy – krótkie wprowadzenie

W języku polskim nie brakuje prac teoretycznych dotyczących tradycji mużłmańskich, czy to rodzimych (Kościelniak 2006), czy w tłumaczeniach (Gibb 1965: 58-69, por. po angielsku Guillaume 1966:37-55), a także wyborów hadisów (Danecki 1993; Kozłowska 1999). W tym miejscu przedstawię więc jedynie podstawowe informacje na temat zbiorów, które wykorzystałem w niniejszym artykule. Korzystałem z kanonicznych, z równoległym tłumaczeniem na język angielski, obecnie dostępnych online (sunnah.com). By uniknąć nieporozumień w przypisach podawałem numery hadisów za ich wydaniem na wspomnianej stronie internetowej, opartych jednak na publikacjach drukowanych (w bibliografii).

Na wstępie zaznaczmy, że w tradycji islamskiej za najbardziej wiarygodne uznaje się sześć zbiorów hadisów, tzw. *Kutub al-Sittah* (*Sześć Ksiąg*) lub *al-Sihah al-Sittah* (*Prawdziwa Szóstka*). Są to: *Sahih* Buchari'ego, *Sahih* Muslima, *Sunan al-Sughra* al-Nasa'ia, *Sunan* Abu Dawuda, *Dżami* al-Tirmizi'ego, *Sunan* ibn Madżah'a (Lucas 2004: 106). Ta ostatnia zastąpiła *Muwattę* Imama Malika, o której również wspomnę w niniejszym tekście, jako najwcześniejszym zbiorze. Za najważniejsze spośród nich, tak zwane *Sahihain*, uważa się dzieła Buchari'ego oraz Imama Muslima. Pierwszy z autorów, Muhammad ibn Isma'il al-Buchari, nazywany również Imame al-Buchari, urodził się w 810 roku w choraszańskim mieście Buchara (dzisiejszy Uzbekistan), z pochodzenia był Persem. Jego ojciec, Isma'il ibn Ibrahim był uczonym, badaczem isnadów³, uczniem innego znanego znawcy tradycji, o którym jeszcze tu wielokrotnie wspomnimy – Imama Malika. Buchari był potomkiem perskiego *mawli*⁴, muzułmaninem w czwartym pokoleniu. Zgodnie z rodzinnymi tradycjami ród wywodził się jednak spośród magów-kapłanów zaratusztrianizmu. Wydaje się, że decydująca dla ukształtowania zainteresowań badawczych Buchari'ego była pielgrzymka do Mekki, jaką odbył w wieku szesnastu lat, wraz ze swoim bratem i matką (ojciec już nie żył). Wówczas postanowił zająć się badaniami, a efektem tej decyzji była seria podróży. Podczas nich miał odwiedzić główne ośrodki badaczy tradycji islamskich, m.in. Kufę, Basrę, Bagdad, Damaszek, Jerozolimę i Fustat, poznać setki przekazicieli isnadów i tysiące hadisów. Po kilkunastu latach podobnych studiów wrócił do Buchary, gdzie zaczął pracować nad swoją księgą. Efektem tego wysiłku miało być przejrzanie około sześciuset tysięcy relacji (choć liczbę tę jest oczywiście podważana) i sprawdzenie ich „zdrowia” w kontekście wiarygodności isnadów, czyli listy przekazicieli danej opowieści, co doprowadziło do wybrania około siedmiu i pół tysiąca narracji uznanych przez niego za prawdziwe. Warto uświadomić sobie, że relacje te bardzo często się powtarzają, dlatego realnie w dziewięćdziesięciu siedmiu księgach jego *Sahih* znalazło się dwa tysiące sześćset dwie oryginalne relacje. Buchari po raz pierwszy dokonał wyboru tradycji tak, by nie były one skażone jakimikolwiek interpretacjami towarzyszy Proroka, czy ich następców,

³ Isnad – element otwierający każdy hadis, stanowiący spis wszystkich przekazicieli danej tradycji, opowieści dotyczącej życia i wypowiedzi Proroka Muhammada. Na podstawie łańcucha przekazicieli oceniano, czy dany hadis jest zdrowy, czyli czy opowieść, którą zawiera można uznać za wiarygodną.

⁴ *Mawla* – w kontekście zaprezentowanym w artykule oznaczał osobę, która nawróciła się co prawda na islam, ale nie miała pochodzenia arabskiego. *De facto* słowo *mawla* używano na określenie arabskiego (przynależnego do określonego plemienia) patrona takiego konwertyty. W czasach Buchari'ego, dziesięciolecie po powstaniu Abbasydów, nie miało to już jednak większego znaczenia.

dlatego też zbiór ten uważany jest przez większość sunnitów⁵ za najbardziej wiarygodny. Po około dwudziestu latach wyężonej pracy w roku 864 przeniósł się do Niszapuru, gdzie spotkał Muslima ibn al-Hadżdżadża i współpracował z nim w pracach nad redakcją *Sahih Muslim*. Po kilku latach był zmuszony opuścić miasto, zatrzymując się ostatecznie w okolicach Samarkandy, gdzie umarł w 870 (Robson 2012b; Melchert 2010: 425-454; Brown 2009: 32; Brown 2007: 47-98; Lucas 2006: 289-324; Melchert 2001: 7-19).

Drugim spośród autorów najbardziej uznanych zbiorów był wspomniany przed chwilą Imam Muslim ibn al-Hadżdżadż. Urodzony w Niszapurze, w Chorasanie, pomiędzy rokiem 815 a 822 (nadal trwa debata na temat dokładnej daty), w rodzinie arabskiej, prawdopodobnie wśród Banu Kuszajr, którzy przybyli na tereny perskie jeszcze w okresie pierwszych podbojów za czasów kalifów sprawiedliwych. Gwoli ścisłości należy dodać, że pojawiają się również wersje, zgodnie z którymi jego rodzina należała po prostu do *mawla* Banu Kuszajr, była więc pochodzenia perskiego. Muslim od najmłodszych lat miał studiować, najpierw pod kierunkiem swojego ojca, następnie u wielu choraszańskich uczonych, m.in. u prawnika sprawującego przez pewien czas funkcję imama Chorasanu Iszaka ibn Rahwajhy, noszącego zaszczytny tytuł *amir al-mu'minin fi al-hadis*, nawiązujący oczywiście do tego, który przysługiwał samemu kalifowi⁶. Oprócz Niszapuru, pobierał również nauki w ośrodkach takich jak Bucharra czy Samarkanda, następnie zaś udał się w celu dalszych studiów i kolekcjonowania hadisów na zachód – do miast irackich, syryjskich i egipskich, wreszcie do Mekki i Medyny. Pomogło mu w tym zajęcie, dzięki któremu zdobywał środki na swoje studia – handel. Po ukończeniu nauk, spotkaniach z uczonymi z najważniejszych ówczesnych ośrodków i zebraniu materiału, osiadł w Niszapurze, gdzie spędził resztę życia na porządkowaniu swoich zbiorów – spośród trzystu tysięcy narracji z jakimi się spotkał, wybrał maksymalnie dwanaście tysięcy, których isnady uznał za zdrowe. Ostatecznie w jego *Sahih* znalazło się nieco ponad dziewięć tysięcy narracji, podzielonych na czterdzieści trzy księgi, spośród których około półtora-dwa tysiące to treści oryginalne, reszta po prostu się powtarza (Juynboll 2012b; Mawjood 2007b).

Kolejnym uczonym, który stworzył istotny zbiór hadisów był Abu 'Abd ar-Rahman Ahmad ibn Szu'ajb ibn Ali ibn Sinan al-Nasa'i, pochodzący z choraszańskiego miasta Nasa (dzisiejszy Turkmenistan). Urodził się w 829 lub 830 roku. Podobnie jak wyżej wymienieni rozpoczął swoje studia dość

⁵ Sunnici – główny odłam muzułmanów, uznający za źródła prawa islamskiego zarówno *Koran*, jak i zbiory tradycji (sunnę), a także prawowierność kalifów znajdujących się w tradycyjnej ich liście, ze sprawiedliwymi, umajjadzkimi i abbasydzkimi, do 1258 roku (lub w wersji z kalifatem kairskim oraz władcami osmańskimi jako kalifami – aż do 1924 roku).

⁶ Wśród zwrotów używanych w tytułaturach kalifów istotną rolę odrywał *amir al-mu'minin* – przywódca wiernych.

wcześniej w ośrodkach choraszańskich, a następnie udał się w podróż na zachód. Te wyprawy w poszukiwaniu tradycji trwały całe życie, odwiedził podczas nich główne ośrodki islamskiej tradycji w Iraku, Syrii, Egipcie, oczywiście także na Półwyspie Arabskim (Melchert 2014: 377-407). Na dłużej zatrzymał się w Egipcie, skąd musiał jednak przenieść się z powodu problemów z konkurencją innych uczonych. Istnieją różne wersje dotyczące miejsca jego śmierci – Mekka, Ramlą, a także Damaszek. Zgodnie z tą ostatnią, miał umrzeć w 915 roku z powodu ran odniesionych w Wielkim Mecze Umajjadów, gdzie został pobity (jako przeszło osiemdziesięcioletni starzec) przez tłum przysłuchujący się jego kazaniu, w którym zbyt pochlebnie wypowiedział się na temat Alego, a nie wspominał nic o Banu Umajja (Dann 2015: 1-2). Zgodnie z inną wersją – zabili go charydźcy⁷. Tak czy inaczej – większość tradycyjnych nauczycieli uważała, że oprócz zdobycia lauru wybitnego uczonego, Nasa’i został również męczennikiem. *As-Sunan al-Sughra* to, jak sama nazwa wskazuje (*Zwięzła Sunna*), skrót głównego dzieła badacza – *As-Sunan al-Kubra* (*Wielkiej Sunny*), składająca się, w zależności od wydania z pięćdziesięciu jeden lub pięćdziesięciu dwóch ksiąg. *Sughra*, inaczej zwana *Al-Mujtaba* (*Wyborem*) zawiera blisko pięć tysięcy trzysta hadisów, jednakże treść większości z nich powtarza się co najmniej dwukrotnie. Księga uznawana jest za najbardziej wiarygodną po dwóch już tu wymienionych, należących do *Sahihain*, chociaż niektórzy współcześni interpretatorzy uważają to dzieło za sprzyjające Alemu i szyitom⁸ (Sardar 2012).

Następnym Choraszańczykiem na naszej liście, chociaż jego dzieło nie zdobyło takiego poważania jak dotychczas wymienione, był Abu ‘Isa Muhammad al-Tirmizi, zwany również Imamem al-Termezim lub Tirmisim. Urodził się pomiędzy 824 a 826 rokiem w Termez w Chorasanie (dzisiejszy południowy Uzbekistan), istnieją jednak wersje, zgodnie z którymi jego miejscem urodzenia była sama Mekka, a przyjść na świat miał kilka lat wcześniej – w 821 r. (Siddiqi 1993: 64). Jego dziad pochodził z Merwu, był z pochodzenia Persem. Tirmizi, podobnie jak wcześniej wymienieni, odbył

⁷ Charydźcy – reprezentanci trzeciego, obok sunnitów i szyitów, odłamu we wczesnym islamie, odrzucający arbitraż pod Siffin. Uważali, że nieprzestrzeganie zasad islamu czyni z powrotem niewiernym, natomiast walkę z odstępcami (takimi, jak np. Mu‘awija ibn Abi Sufjan) należy prowadzić aż do zwycięstwa, nie godząc się na żadne kompromisy. Odrzucali również pogląd, zgodnie z którym do przewodzenia kalifatem predestynowani są przedstawiciele niektórych spośród arabskich rodów – wg nich każdy prawowierny muzułmanin mógł pełnić tę funkcję. Był to więc jeden z najbardziej fanatycznie nastawionych do litery prawa, a także egalitarnych ruchów w okresie kształtowania się religii i państwowości muzułmańskiej.

⁸ Szyici – jeden z trzech najważniejszych nurtów islamu, związany początkowo przede wszystkim z zięciem Muhammada, Alim ibn Abi Talibem i jego synami – Hasanem i Husajnem, czyli imamami (w zależności od odłamu - później było jeszcze dwóch, czterech lub dziewięciu imamów). Posiadają własne zbiory hadisów, zwane *Czterema księgami*.

wiele podróży na zachód, z których najbardziej dla niego owocnymi były te do Kufy i Basry. Natomiast większość kilkudziesięcioletniego okresu nad powstaniem swoich dzieł spędził w Chorasanie, zostając uczniem m.in. Buchari'ego. Swoje główne dzieło, *Dżami' at-Tirmizi* lub też *Sunan at-Tirmizi*, pisał przez dwadzieścia lat, pomiędzy 864 a 884 rokiem. W czterdziestu dziewięciu księgach zgromadził niespełna cztery i pół tysiąca hadisów. Głównym celem At-Tirmizi'ego było stworzenie zbioru przydatnego dla prawników, dlatego też każdy hadis opatrzonej została rozwiniętym komentarzem, odwołującym się nie tylko do opinii samego autora, ale przede wszystkim przedstawiającym stanowisko różnorodnych muzułmańskich szkół prawniczych (Juynboll 2012a; Mawjood 2007a; Hoosen 1990).

Pierwszym z uznanych uczonych badaczy hadisów, którzy przygotowali jeden z sześciu zbiorów, a nie wywodzili się z Chorasanu był Abu Dawud Sulajman ibn al-Asz'as ibn Iszak al-Azdi al-Sijistani. To nie znaczy, że nie mamy wątpliwości co do jego pochodzenia – perskiego lub arabskiego, urodził się też w jednej z wysuniętych na wschód prowincji perskich ówczesnego imperium muzułmańskiego – Sistanie, najprawdopodobniej około 817 roku. W ciągu swojego życia odwiedził Chorasán, Niszapur i Merw, poszukując tradycji i ich badaczy. Celem większości podróży były jednak kraje zachodnie imperium – Irak, Syria, Egipt i Hidżaz. Umarł w Basrze w 889 roku (Robson 2012a, Thomas 2010, Abderrazzaq 2009; Pakatchi 2008, Melchert 2007; Esposito 2003; Bowker 2000). Zgodnie z tradycją poznał około pół miliona relacji dotyczących wypowiedzi Proroka, spośród których w jego głównym (napisał ponad dwadzieścia) dziele znalazło się około pięciu tysięcy hadisów, z czego część została zresztą w toku dalszych badań uznana za *da'if* – słabe, których isnady nie były wystarczająco zdrowe (Kamali 2005: 39). *Sunan Abu Dawuda*, bo tak nazywa się ten zbiór, składa się z czterdziestu trzech ksiąg, a hadisy zostały podzielone na trzy kategorie: tożsame ze wspomnianymi przez Buchari'ego, spełniające warunki dotyczące treści lub przekazicieli, które postawił Buchari i pozostałe. Drugim z Persów nie pochodzącym z Chorasanu był Abu 'Abd Allah Muhammad ibn Jazid ibn Madżah al-Rab'i al-Kazwini, zwany Ibn Madżah'em. Urodził się w zachodnioperskiej prowincji Kazwin w 824 roku, a jego rodzina należała jako *mawla* do arabskiego plemienia Rabi'a. Podobnie jak wymienieni poprzednio, Ibn Madżah odbył wiele podróży na zachód, odwiedził m.in. Basrę, Kufę, Damaszek, Fustat, a także Mekkę. Następnie, jak reszta ze wspomnianych wyżej, wrócił w swoje strony, gdzie przygotował kilka prac, m.in. *Kitab al-Tafsir*, czyli interpretację zapisów koranicznych, a także *Kitab al-Tarich*, która dotyczyła przede wszystkim dziejów twórców isnadów (Brown 2011: 169-181; Ghaffar 1984; Robson 1958: 129-141). Najważniejsza, uzupełniająca listę *Prawdziwej Szóstki*, okazała się jednak tzw. *Sunan Ibn Madżah'a*, zawierająca około czterech tysięcy trzystu hadisów. Blisko tysiąc trzysta spośród nich

to całkowicie oryginalne opowieści, których nie można znaleźć w pozostałych kanonicznych zbiorach (Kamali 2005:40).

Należy poświęcić również nieco miejsca pozostałym zbiorom, wykorzystanym w niniejszej pracy, a nieznanymi się na liście sześciu najważniejszych. Zaczniemy od tego, który został z niej wyparty przez dzieło Ibn Madżah'a. Mam tu na myśli *Muwattę* (*Księgę udeptanej ścieżki*) autorstwa Imama Malika. Był to pierwszy zbiór hadisów, zawierający elementy ich prawnej interpretacji – gdyż celem, który przyświecał jego napisaniu nie było tyle zebranie tradycji, co zbudowanie podstaw systemu prawnego opartego na *Koranie* i tradycji. Dzieło zawiera w sobie blisko dwa tysiące narracji – by je wybrać Imam Malik przejrzał około stu tysięcy różnorodnych przekazów (Shaybani 2004: 11). W przeciwieństwie do wyżej wspomnianych autorów, Malik ibn Anas był Arabem pochodzącym z samego serca ummy⁹, urodził się bowiem w Medynie w 711 roku (i tam też umarł – w 795). Odgrywał istotną rolę polityczną – realizował misje dyplomatyczne dla kalifów abbasydzkich, był też odwiedzany przez nich, m.in. przez Haruna ar-Raszida, a jego opinie szanowano na dworze kalifów. Według niektórych tradycji *Muwatta* powstała zresztą pośrednio ze względu na zainteresowanie wyrażane przez Abbasydów względem stworzenia fundamentów jednego systemu prawnego dla całego imperium – życzenie takie w stosunku do Malika miał wyrazić kilkakrotnie Abu Dżafar al-Mansur, potem zaś Harun. Jego podejście do zagadnień prawnych – wybieranie najbardziej umiarkowanych rozwiązań, tak by zostały zaakceptowane przez większość, sprawiło, że stał się osobą do której nawiązywała jedna ze szkół prawa muzułmańskiego – tzw. malikicka. Miał też licznych uczniów, spośród których Asz-Szafi'i stworzył własną szkołę – szafi'icką. Malik był uznawany za imama Medyny (stąd jego przydomek), określano go też szejkiem islamu, czy uczonym Medyny, a jego narodziny i życie wypełnione wiedzą miał przepowiedzieć według niektórych tradycji sam Prorok Muhammad (Haddad 2007:121). Mamy więc do czynienia z postacią nietuzinkową, jedną z najważniejszych dla kształtowania się muzułmańskich tradycji (Schacht 1987: 262-265). Podobnie, jak z kolejnym autorem istotnego zbioru, o nazwie *Musnad*, Ahmadem ibn Hanbalem. Związany z Bagdadem (urodził się tam w 780 roku, umarł w 855), pochodzenia arabskiego, był jednym z najważniejszych twórców muzułmańskiej jurysprudenencji, od jego imienia pochodzi hanbalicka szkoła prawa (Brown 2014: 41). Dzięki majątkowi pozostawionemu przez ojca, mógł poświęcić się studiom – m.in. w Syrii i Hidżazie. Ahmad ibn Hanbal, w przeciwieństwie do wyżej wspomnianego Malika, był przez wiele lat prześladowany przez kalifów abbasydzkich – al-Ma'muna i al-Mu'tasima, w związku z jego oporem wobec

⁹ Umma (arab. al-ummah) – słowo interpretowane najczęściej jako oznaczające wspólnotę religijną, ukształtowaną także przez wspólne doświadczenia historyczne.

tez głoszonych przez zwolenników mutazylizmu¹⁰. Ze względu na te męczeńskie doświadczenia jego grób stał się miejscem pielgrzymek w Bagdadzie. Wśród należącej do niego spuścizny intelektualnej, licznych traktatów teologicznych, z pewnością na jedno z pierwszych miejsc wybija się *Musnad*, czyli zbiór hadisów zredagowany już po śmierci Ahmada przez jego syna ‘Abd Allaha, liczący ponad dwadzieścia osiem tysięcy narracji. Jest to więc jeden z najobszerniejszych zbiorów tradycji muzułmańskiej (Holtzman 2009; Laoust 1986: 272-277; Madeyska 1971: 32).

W niniejszej pracy oprócz wymienionych powyżej wczesnoislamskich zbiorów hadisów z VIII-IX wieku użyłem również dzieł pochodzących z późniejszego okresu, z XIII wieku. Pierwszym z nich jest *Miszkat al-Masabih*, przygotowana przez Chatiba al-Tibriziego (umarł w 1248 r.) rozszerzona wersja perskiego zbioru *Masabih al-Sunna* Abu Muhammada al-Baghawi’ego, powstałego na przełomie XI-XII wieku. Zawiera blisko sześć tysięcy hadisów, w dwudziestu dziewięciu księgach. Drugi to *Rijad as-Salihin* (*Łąki* lub *Ogrody Sprawiedliwych*) autorstwa Abu Zakarijji al-Nawawi’ego (1233-1277), pochodzącego z Nawy pod Damaszkiem i związanego z tym drugim miastem jako ośrodkiem naukowym. *Ogrody* zawierają blisko tysiąc dziewięćset hadisów. Obydwa zbiory są nadal bardzo szanowane, a w niniejszej pracy pozwoliły na ukazanie trwałości tradycji powstałych w okresie formowania się religii muzułmańskiej.

Wskazania sunny względem zagadnień epidemiologicznych.

Zaraza i kara

Wśród wskazań znajdujących się w *Sahih* Buchari’ego jednym z najważniejszych, a jednocześnie aktualnym do dzisiaj, jest z pewnością to znajdujące się w hadisie z książki siedemdziesiątej szóstej pod numerem czterdziestym trzecim (*Sahih al-Bukhari* 5728), gdzie w isnadzie występują m.in. Hafs ibn ‘Umar, Habib ibn Abi Sabit oraz Ibrahim ibn Sa‘ad, o następującej treści:

Hafs bin ‘Umar powiedział, że Szu‘bah powiedział, że Habib bin Abi Sabit powiedział: słyszałem jak Ibrahim bin Sa‘ad powiedział, że słyszał jak ‘Usama bin Zajd mówił mu, że Prorok, niech Allah mu błogosławi i obdarzy pokojem, powiedział: jeśli usłyszysz, że w jakimś kraju wybuchła zaraza, nie wchodź do niego, jeśli zaś zaraza spadnie na ziemię, w której jesteś, nie opuszczaj jej.

¹⁰ Mutazylizm (arab. mu’tazila – oddzielenie) – prąd w religii islamu, zgodnie z którym konkretne wersy *Koranu* (a także wskazówki zawarte w sunnach) uznaje się wyłącznie za metaforę, o ile nie można wytłumaczyć ich w racjonalny sposób. Mutazylici najbardziej znani byli z faktu, że zaprzeczali by Koran mógł być wieczny i równy Absolutowi, skoro składał się ze stworzonych z pewnością później konkretnych słów. Najważniejszą rolę odgrywali poprzez krótki okres tzw. *mihny* (833-851), kiedy to ich doktryna została uznana za państwową przez kalifa al-Ma’muna.

Zgodnie z powyższym Prorok Muhammad miał przekazać swoim słuchaczom, aby wobec ewentualnej zarazy podejmowali dwa rodzaje odpowiedniego zachowania. Po pierwsze, jeżeli dana osoba usłyszałaby o wybuchu zarazy w jakimś kraju, a jeszcze do niego nie wjeżdżała, ma powstrzymać się przed tym czynem. Po drugie, jeżeli zaraza wybuchnie w miejscu, w którym dana osoba przebywa, należy jej zakazać opuszczania tego miejsca. W późniejszym dziele *Rijad as-Salihin* (Łąki bądź Ogrody Sprawiedliwych), skompilowanym przez Al-Nawawi'ego, a odwołującym się do spuścizny Buchari'ego, znajdziemy uściślenie, w jaki sposób można zaobserwować nadciągającą zarazę – mowa tam o wiatrach, bądź powietrzu, w domyśle – zatrutym (Riyad as-Salihin 1792). Uzupełnieniem jest również hadis, w którego isnadzie znajdują się Abu al-Jaman, Szuuib, 'Amir ibn Saad ibn Abi Wakkas, czy 'Usama ibn Zajd (Sahih al-Bukhari 6974):

Powiedział nam Abu al-Jaman z Szuuib na podstawie świadectwa al-Zuhriego, co powiedział Amir bin Sa'ad bin Abi Wakkas: słyszałem, jak 'Usama bin Zajd mówił, że Wysłannik Allaha, niech błogosławi mu Allah i obdarzy go pokojem, mówił o zarazie: był to środek, przez który ukarał niektóre narody, a i teraz pozostał jako taki, raz mija, a raz się pojawia. Więc ktokolwiek usłyszy, że zaraza pojawiła się w jakimś kraju, nie powinien tam iść, ale jeśli zaraza wybuchnie w kraju, w którym przebywa, nie powinien uciekać z tego kraju przed zarazą.

Jak widać, oprócz tej samej rady co powyżej, dotyczącej zachowania się wobec epidemii w kraju (którego wówczas nie należy opuszczać lub nie wolno do niego wjeżdżać), w drugiej wersji znalazły się również ogólne, mniej praktyczne, przemyślenia Wysłannika Allaha na temat zarazy. Według Muhammada plagi chorób zakaźnych to pewien środek kary Bożej, za pomocą którego Najwyższy wybiera narody, które muszą jej podlegać i takie, którym daruje takie przeżycia. W księdze sześćdziesiątej, hadis sto czterdziesty (Sahih al-Bukhari 3473) autor zbioru uściśla, że oprócz innych narodów plagi dotykały niektóre grupy Żydów. O karach na Banu Isra'il, a także inne ludy, które istniały przed muzułmanami, wspomina się również w hadisach dzieła Musli-ma ibn al-Hadżdżadża (Sahih Muslim 2218a, 2218c, 2218d), powtarzając tam wskazania dotyczące zakazu wkraczania do miejsc zagrożonych epidemią i opuszczania tych, w których zaraza miała już miejsce. W trzech wymienionych w przypisie wersjach występują jedynie nieznaczące zmiany używanego słownictwa, nie wpływają one jednak na znaczenie. Z literalnie tym samym przekazem mamy również do czynienia w *Miszkat al-Masabih*, gdzie Chatib al-Tibrizi powołał się na autorytet zarówno bezpośredniego świadka słów Proroka – 'Usamy ibn Zajda, jak i Buchari'ego (Mishkat al-Masabih 1548). Wersję dotyczącą ukarania „dzieci Izraela” potwierdził również Al-Tirmizi w księdze dziesiątej, hadisie sto pierwszym, powtarzając ogólne zalecenia względem postępowania wobec epidemii (Jami` at-Tirmidhi

1065). Warto dodać, że już Imam Malik w *Muwatta* (Muwatta Malik 1622) podał dość dokładny isnad, z którego możemy się dowiedzieć skąd wzięła się wersja dotycząca Banu Isra'il (przy okazji także zagadnienie wskazań dotyczących pozostania w miejscu, gdzie zaraza wybuchła, jeżeli się tam jest i niewkraczania do takiego miejsca, jeżeli jest się na zewnątrz):

Przekazał mi Malik, który wziął to od Muhammada bin al-Munkadira i od Salima Abu an-Nadra, mawli 'Umara bin 'Ubajdullaha, że Amir bin Sa'ad bin Abi Wakkas usłyszał jak jego ojciec pytał 'Usamę bin Zajda: czy słyszał cokolwiek od Wysłannika Allaha, niech Allah go błogosławi i obdarzy pokojem, o tym, co w przypadku zarazy?

Jak widzimy, już w pierwszej z serii tradycji dotyczących tego tematu, mamy do czynienia z rozwiniętym łańcuchem przekazicieli. Gwoli ścisłości należy dodać, że w sunnie możemy również znaleźć bardziej uniwersalne wyrażenia dotyczące zagadnienia, kogo mogą dotknąć pandemie. Muslim ibn al-Hadżdżadź wspominał, że „plagi są znakiem nieszczęścia, jakim Allah, Wywyższony i Chwalebny, dotyka ludzi spośród Swoich sług” (Sahih Muslim 2218b). Nie jest to jedyny wyjątek. Można też przyjrzeć się drugiej z tradycji zachowanych u Buchari'ego. W księdze osiemdziesiątej drugiej, hadis dwu-dziesty piąty czytamy, co następuje:

To kara, którą Allah zsyła na tego, kogo chce. Uczynił z tego jednak źródło Swego miłosierdzia dla wierzących, dla każdego, kto mieszka w miejscu dotkniętym chorobą i pozostanie tam, nie opuszcza tego miejsca, ale jest cierpliwy, mając nadzieję na nagrodę od Allaha i wie, że nie spotka go nic oprócz tego, co Allah dla niego zapisał. Wtedy otrzyma taką nagrodę, jakby był męczennikiem.

Zgodnie z powyższym Wysłannik Allaha miał więc przekazać 'A'iszy nieco inne pouczenie od tych, które przedstawiłem poprzednio (Sahih al-Bukhari 6619). Niemal w taki sam sposób świadectwo żony Muhammada przedstawił Al-Nawawi w *Łąkach/Ogrodach Sprawiedliwych* (Riyad as-Salihin 33). Z kolei Abu 'Abd Allah Ibn Madżah al-Rab'i al-Kazwini przekazuje zupełnie inną tradycję – wręcz przeciwną – zgodnie z nią Wysłannik Allaha miał powiedzieć mużulmanom (dokładnie to muhadzirom¹¹), że pomimo odpowiedniego życia dotkną ich zarazy takie, jakich nigdy nie doświadczyli ludzie przed islamem (Sunan Ibn Majah 4019).

¹¹ Muhadżir – emigrant, słowo używane w stosunku do tych, którzy zmuszeni byli wyjechać z danego miejsca, aby nadal móc swobodnie wyznawać islam. W zaprezentowanym w artykule kontekście oznaczało tych, którzy wraz z Prorokiem Muhammadem (lub później) opuszczali Mekkę i przenosili się do Medyny. Określenie było jednak szczególnie popularne w XIX wieku, kiedy w taki sposób nazywano mużulmanów żyjących na Bałkanach, czy Kaukazie, którzy byli zmuszeni wyjechać do Turcji Osmańskiej.

Tajemnica doradców ‘Umara

Z historycznym wyjaśnieniem powyżej przedstawionych wskazań dotyczących zachowania wobec epidemii spotykamy się w *Sahih* Buchari’ego w księdze siedemdziesiątej szóstej (hadis numer czterdzieści pięć), gdzie autor przekazał m.in.(*Sahih al-Bukhari* 5730):

Powiedział ‘Abd Allah bin Jusuf, że powiedział Malik, że poświadczył Bin Szihaba, że poświadczył ‘Abd Allah bin Amir, że ‘Umar udał się do Asz-Szam, a kiedy dotarł do Sargh został powiadomiony, że w Asz-Szam wybuchła zaraza, wtedy ‘Abd ar-Rahman ibn Auf powiedział, że Wysłannik Allaha, niech mu Allah błogosławi i obdarzy pokojem, powiedział: kiedy usłyszysz, że zaraza pojawiła się w jakiejś ziemi, nie idź tam, ale jeśli pojawi się w ziemi, gdzie już jesteś, nie wychodź stamtąd.

Warto zauważyć, że wspomina się tu bezpośrednio o okolicznościach, w których użyto wzmiankowanego powyżej wyjaśnienia Wysłannika dotyczącego epidemii. To drugi spośród kalifów sprawiedliwych, ‘Umar ibn al-Chattab, udał się do Syrii i w miejscowości Sargh miał otrzymać informację, że w kraju, do którego jechał, właśnie wybuchła epidemia. Wtedy też ‘Abd ar-Rahman ibn ‘Auf przekazał mu informację zasłyszaną od Proroka Muhammada, zgodnie z którą nie należy opuszczać kraju, w którym panuje zaraza, w wolnym tłumaczeniu zaś: „jeżeli usłyszysz, że w jakimś kraju wybuchła zaraza, nie idź tam, ale jeżeli wybuchnie w kraju, w którym się już znajdujesz, nie wychodź stamtąd, nie uciekaj z niego” (*Sahih al-Bukhari* 5730). Podobna wersja pojawia się we wcześniejszym chronologicznie zbiorze Imama Malika, z powołaniem się m.in. na Ibn Szihaba oraz ‘Abd Allaha ibn Amira ibn Rabi (*Muwatta Malik* 1623). Na zdanie ‘Abd ar-Rahmana ibn ‘Aufa w tej samej kwestii powołał się również w swojej pracy Abu Dawud al-Sijistani, w księdze dwudziestej pierwszej, hadis piętnasty (*Sunan Abi Dawud* 3103). Wyjaśnienie pewnych nieudomówień w związku z takim postawieniem sprawy (konieczność wyperswadowania możliwości ucieczki drugiemu spośród kalifów sprawiedliwych nie brzmi wszak najlepiej) przynosi inny hadis pochodzący ze zbioru Buchari’ego, numer dwadzieścia z książki dziewięćdziesiątej (*Sahih al-Bukhari* 6973). Podkreślono tu dość dosadnie, że zanim ‘Umar dotarł do Syrii, zatrzymał się w miejscowości Sargh i tam dowiedział się, że w Asz-Szam wybuchła zaraza. Wtedy też, zgodnie ze wskazówkami przedstawionymi powyżej, których udzielił powołując się na słowa Wysłannika Allaha ‘Abd ar-Rahman ibn ‘Auf, postanowił zawrócić z Sargh. Do zagadnienia tego istotnego miejsca przyjdzie nam jeszcze wrócić w ostatnim podrozdziale niniejszego tekstu. Warto jednocześnie dodać, że Imam Malik w swoim zbiorze, w księdze czterdziestej piątej, hadis dwudziesty piąty, przedstawił wyżej zrysowaną kwestię w nieco odmienny sposób, podkreślając rolę drugiego kalifa sprawiedliwego. W tej wersji wy-

daje się, że to ‘Umar ibn al-Chattab podjął suwerenną decyzję o zaprzestaniu marszu do Syrii dotkniętej zarazą, nie oglądając się na rady towarzyszy:

Powiedział Malik, że słyszał jak ‘Umar bin al-Chattab rzekł: jedna noc w Rukba będzie lepsza niż dziesięć nocy w Asz-Szam. Malik powiedział: chciał bowiem zachować ich życie wbrew dotkliwej zarazie w Asz-Szam.

Jak widzimy, hadis został podany w dwóch wersjach. Najpierw przekazał słowa Malika powołującego się na samego kalifa: „słyszałem, że ‘Umar ibn al-Chattab rzekł: jedna noc w Rukba (dolina niedaleko Taif) będzie lepsza niż dziesięć nocy w Asz-Szam”. Następnie przekazane zostało samo wyjaśnienie decyzji ‘Umara, autorstwa wyżej wspomnianego Malika, który stwierdził: „(kalif) chciał bowiem zachować ich życie wbrew dotkliwej zarazie w Asz-Szam” (Muwatta Malik 1625). Wersję godzącą wszystkie przedstawione powyżej spotykamy w *Musnad* autorstwa Ahmada ibn Hanbala, gdzie uściślono m.in., że do decyzji ‘Umara dojść miało podczas jego drugiej podróży do Syrii. Pojawił się tu również interesujący wątek – co prawda decyzję o wycofaniu się przed wjazdem do dotkniętej zarazą Syrii podjąć miał sam kalif, to jednak na wyraźne wezwanie towarzyszy. Co więcej, zgodnie z przekazem Humry ibn ‘Abd Kulala, drugi spośród sprawiedliwych miał utyskiwać na tę decyzję, albowiem chciał się pojawić w Syrii ze względu na jedną z przepowiedni Wysłannika Allaha dotyczących końca świata, zgodnie z którą siedemdziesiąt tysięcy ludzi zostanie wskrzeszonych przez Allaha niedaleko miasta Homs, bez żadnej kary, ani pokuty (Musnad Ahmad 120). Ta ostatnia wzmianka niechaj będzie niejako wstępem do dalszej części naszych rozważań, gdzie omówię zagadnienia eschatologiczne. Nieco więcej o wspomnianym powyżej dysonansie poznamy, odnośnie odpowiedzi na pytanie, kto podjął decyzję o niewchodzeniu do Syrii w trakcie zarazy, możemy dowiedzieć się z przekazu Imama Malika w *Muwatta*, księga czterdziesta piąta, hadis dwudziesty pierwszy. Autor, powołując się na rozbudowany isnad, przedstawił w nim okoliczności spotkania w Sargh. Zgodnie z nim drugi z kalifów sprawiedliwych zapraszał do rady po kolei muhadżirów i ansarów¹², wśród których rozgorzał bardzo ostry spór co do tego, jakie podjąć działania wobec epidemii. Ostatecznie, niezadowolony z takiego obrotu sprawy ‘Umar posłuchał ludzi spośród Kurajszytów, którzy podpowiedzieli mu by się wycofał. Wobec tego doszło do sporu kalifa z ‘Ubajdą ibn al-Dżarrahem, który oskarżył ‘Umara o ucieczkę. Ostatecznie władca odnalazł potwierdzenie prawidłowości podjętej decyzji u znanego nam już ‘Abd ar-

¹² Ansar – pomocnik. Słowo oznaczające mieszkańca Medyny, który przyjął islam i wspierał grupę uciekinierów z Mekki, muhadżirów, z Prorokiem Muhammadem na czele. Po śmierci tego ostatniego nie odgrywali już tak wielkiej roli politycznej, część z nich została jednak bardzo poważanymi autorytetami religijnymi.

Rahmana ibn Aufa, który powołał się na zasłyszana jakoby opinię samego Wysłannika Allaha (Muwatta Malik 1621). Tę samą wersją można znaleźć również u Buchari'ego, w księdze siedemdziesiątej szóstej, hadis czterdziesty czwarty (Sahih al-Bukhari 5729), Muslima ibn al-Hadżdżadża w księdze trzydziestej dziewiątej, hadis sto trzydziesty szósty (Sahih Muslim 2219a), a także Al-Nawawi'ego w *Łąkach/Ogrodach Sprawiedliwych*, księdze siedemnastej, hadis dwieście osiemdziesiąty pierwszy, gdzie powołano się zresztą na tradycję wziętą od Buchari'ego (Riyad as-Salihin 1791). Trzeba dodać jeszcze, że w hadisach dotyczących spotkania w Sargh pojawiają się również wątki polityczne, będące reminiscencją debat na temat prawidłowości wyboru trzeciego kalifa sprawiedliwego, 'Usmana ibn Affana, który nie cieszył się zbyt dużą estymą ze strony twórców z okresu abbasydzkiego, m.in. ze względu na jego umajjadzkie pochodzenie, a także działania faworyzujące jeden klan rodzinny. I tak Ahmad ibn Hanbal wspominał w księdze drugiej swojego *Musnad*, że podczas pobytu w Sargh, na wieść o wybuchu zarazy w Syrii, zanim 'Umar ibn al-Chattab (lub jego towarzysze) podjął decyzję o powrocie, doszło do dyskusji na temat ewentualnego następcy. Sam kalif miał wtedy wymienić jako swojego dziedzica 'Ubajdę ibn al-Dżarraha, co spotkało się z opozycją wielu występujących w imieniu Kurajszytów, czyli zarówno Umajjadów, jak i Abbasydów (Musnad Ahmad 108). Z jednej strony można traktować ten hadis jako nawiązanie do zasad, zgodnie z którymi powinno się wybrać najlepiej predestynowanego dzięki umiejętnościom, a nie pochodzeniu, z drugiej jednak – los zarówno 'Ubajdy, jak i drugiego z wymienionych przez 'Umara w tym hadisie następców – Muadhy ibn Dżabala (obydwaj zmarli na dżumę) wskazuje, że ostatecznie nie doszło do tych nominacji z woli Allaha, który przecież zgodnie z innymi tego typu przekazami decyduje, kto od zarazy umrze, a kto nie. Kończąc na razie wątek syryjski należy dodać, by dać zadość kronikarskiej dokładności, że istnieje również wersja odnosząca się do epidemii mającej miejsce w Iraku. Muslim ibn al-Hadżdżadż zrelacjonował w jednym z hadisów (Sahih Muslim 2218h) coś w rodzaju śledztwa prowadzonego w Medynie, kiedy dotarła tam wiadomość o zarazie w Kufie, podczas którego omówione zostały okoliczności przepytывania kolejnych osób, znajdujących się isnadzie. Pytania dotyczyły znanych nam już z powyższego omówienia wskazówek Proroka odnośnie postępowania wobec chorób zakaźnych.

Jak zostać świadkiem/męczennikiem

Oprócz wskazań zdrowotnych, a także politycznych, zarazy zostały potraktowane także w kontekście czysto religijnym. Przede wszystkim chodzi tu o umiejscowienie śmierci od chorób zakaźnych w hierarchii związanej z kategorią męczeństwa. W *Sahih* Buchari'ego, w dziale poświęconym siedmiu rodzajom męczeństwa (księga pięćdziesiąta szósta, hadis czterdziesty

szósty) wspomina się, że taka śmierć powinna być traktowana jako świadectwo, w domyśle podobne do tego, jakie staje się udziałem tych, którzy giną w walce za wiarę (Sahih al-Bukhari 2830):

Biszr bin Muhammad powiedział, że ‘Abd Allah powiedział, że Asim powiedział, że poświadczyła Hafsa bint Sirin, że poświadczył Anas bin Malik, niech podoba się Allahowi, że Prorok, niech Allah mu błogosławi i obdarzy pokojem, powiedział, że: zaraza jest jak świadectwo dla każdego muzułmanina.

Podobna interpretacja powtórzyła się również w zbiorze *Mishkat al-Masabih*, gdzie w księdze piątej (hadis dwudziesty trzeci) przeczytać możemy, że Anas raportował przekaz Wysłannika Boga: „każdemu muzułmaninowi, który umiera od zarazy, przypisane zostanie męczeństwo” (Mishkat al-Masabih 1545):

Anas poświadczył, że Wysłannik Allaha, niech Allah mu błogosławi i obdarzy pokojem, powiedział: każdy muzułmanin, który umrze od zarazy, będzie uznany za męczennika.

W księdze trzydziestej trzeciej, hadis dwieście trzydziesty dziewiąty zbioru Muslima ibn al-Hadżdżadża (Sahih Muslim 1916a) odnajdujemy natomiast informację odnośnie tego, w jakich okolicznościach Anas ibn Malik dowiedział się o tej interpretacji męczeństwa przekazanej jakoby przez Wysłannika Allaha – sprawa dotyczyła przyczyn śmierci Jahji ibn Abu ‘Amra. We wzmiankowanym hadisie zostało wyrażone *explicite*, że:

Śmierć z powodu zarazy to świadectwo męczeństwa muzułmanina.

W *Sahih* Buchari’ego (Sahih al-Bukhari 5733) znajdziemy również uszczegółowienie powyższego wskazania dotyczącego męczeństwa o przypadki śmierci z powodu innych rodzajów chorób, związanych z dolegliwościami żołądkowymi (w domyśle także możliwymi ze względu na jakąś, bliżej nieokreśloną epidemię). W hadisach przekazanych przez Abu Hurairę możemy odszukać zarazę wśród pięciu przyczyn śmierci (inne to bitwa, choroby żołądka, utonięcie, zmiżdżenie upadającym budynkiem) uprawniających do uznania za męczennika (Sahih al-Bukhari 652, 653, 654, 720, 721, 2829). Pełną listę przyczyn, poza epidemią, uprawniających według tradycji do tytułu męczeństwa podaje też m.in. Al-Tirmizi w księdze dziesiątej (hadis dziewięćdziesiąty dziewiąty) swojego dzieła:

Pięciu jest męczenników: ten kto ginie od zarazy, od choroby żołądka, ten, który tonie, ten, który został zmiżdżony i ten, który został męczennikiem na drodze Allaha.

Jak widzimy, oprócz zarazy i „męczeństwa na drodze Allaha”, wspomina się też inne, spowodowane m.in. chorobą żołądka, utonięciem czy zmiażdżeniem ciała (Jami` at-Tirmidhi 1063). Podobny katalog przedstawili m.in.: Imam Malik, powołując się na isnad z Sumajją, *mawla* Abu Bakra ibn ‘Abd ar-Rahmana, Abu Salihem oraz Abu Hurairą (Muwatta Malik 293), Chatib al-Tibrizi w swoim *Mishkat al-Masabih* (Mishkat al-Masabih 1546), powołując się na dziedzictwo Buchari’ego, podobnie Al-Nawawi w *Lqkach/ Ogrodach Sprawiedliwych* (Riyad as-Salihin 1353). U Muslima ibn al-Hadżdżadza wśród pięciu powodów męczeństwa znajdujemy natomiast oddzielnie zarazę (w domyśle dżumę) i prawdopodobnie cholerę (Sahih Muslim 1914, 1915a). Al-Nasa’i w swojej kolekcji hadisów dodawał również do tego katalogu śmierć w wieku dziecięcym (Sunan an-Nasa’i 2054), a także śmierć kobiety podczas porodu (Sunan an-Nasa’i 3163), wspominając jednocześnie, że listę chorób (włącznie z epidemiami) przekazywał wiele razy Abu ‘Usman, powołując się na Proroka. Oprócz stałej liczby pięciu rodzajów śmierci męczeńskiej, o kobiecie – męczennicy umierającej w położu wspomina również, powołując się na świadectwo ojca i dziada ‘Abd Allaha ibn ‘Abd Allaha ibn Dżabira ibn ‘Atika, dodając przy tym uwagę o śmierci w pożarze Ibn Madżah al-Rab’i al-Kazwini w księdze dwudziestej czwartej, hadis pięćdziesiąty pierwszy swojego zbioru (Sunan Ibn Majah 2803). W innej wersji hadisu z tej samej sunny znajdziemy natomiast jedynie klasyczne rodzaje śmierci męczeńskiej (Sunan Ibn Majah 2804).

W obydwu powyższych przypadkach interesujące jest wyjaśnienie rozszerzenia kategorii męczeństwa. Wysłannik Allaha miał powiedzieć, że gdyby ograniczono ją tylko do zagadnień militarnych, „męczenników wśród mojego ludu nie byłoby zbyt wielu”. Podobnie też pisał Al-Nawawi w swoich *Lqkach*, czy też *Ogrodach Sprawiedliwych* (Riyad as-Salihin 1354). Nieco mniej „pragmatyczne” omówienie przyczyn dla których katalog został rozszerzony zapisano w zbiorze Al-Nasa’ia. Kiedy ludzie zaniepokojeni tym, jak wygląda śmierć z powodu zarazy (chorzy kończyli bowiem życie w swoich własnych łóżach, a nie w starciu) udali się do Wysłannika Allaha z takim pytaniem, ten nakazał im sprawdzić rany зараżonych – jeżeli byłyby takie, jak odniesione podczas starcia wojennego, to powinno się je traktować jako męczeńskie (Sunan an-Nasa’i 3164). Na wyjaśnienie Al-Nasa’ia powołał się również cztery wieki później At-Tibrizi (Mishkat al-Masabih 1596).

Ostatecznie, listę siedmiu rodzajów męczeństwa oprócz tego osiągniętego w walce przedstawił w trzynastym wieku właśnie At-Tibrizi w swojej *Mishkat al-Masabih*, powołując się na lekturę m.in. Imama Malika (Malik Muwatta 558), Abu Dawuda (Sunan Abi Dawud 3111), czy Nasa’ia (Sunan an-Nasa’i 1846): zaraza, utonięcie, zapalenie płuc, dolegliwości wewnętrzne, pożar, przygniecenie przez budynek, śmierć kobiety w położu (Mishkat al-Masabih 1561). W innym miejscu tego zbioru znaleźć możemy to samo

usprawiedliwienie rozszerzenia katalogu, co w powyżej cytowanych – zbyt małej liczby męczenników, gdyby ograniczyć kategorię jedynie do walki (Mishkat al-Masabih 3811). Trzech wymienionych powyżej badaczy tradycji przywoływało tę samą historię, przekazaną m.in. przez Dżabira ibn Atika, na temat spotkania rodziny leżącego na łożu boleści ‘Abd Allaha ibn Sabity z Prorokiem, który miał wyjaśnić pogrążonym w smutku krewnym umierającego by się nie trapił, iż nie zginął w walce, albowiem nie tylko taki rodzaj śmierci pozwala uzyskać status męczennika.

Pełne wyjaśnienie idei męczeństwa w kontekście zarazy wydaje się pochodzić z hadisu, którego isnad rozpoczyna się od ‘A’iszy, ulubionej żony Muhammada, która podczas jednej z rozmów z Prorokiem miała usłyszeć po pierwsze, że zaraza bywa karą używaną przez Allaha, która jednocześnie wydaje się być błogosławieństwem dla wiernych. Skąd takie podejrzenie? Otóż, zgodnie z hadisem nikt z wierzących nie musi się martwić o choroby pochodzące od zarazy, albowiem jest przekonany, że nie spotka go nic, poza tym co wyznaczył dla niego Bóg. Temu zaś, który ucierpi od choroby zakaźnej, Allah przeznaczy nagrodę podobną do tej, jaka stanie się udziałem męczenników (Sahih al-Bukhari 5734):

Jest to udręka i kara, którą Allah posyła na kogo zechce, dla wierzących uczynił ją błogosławieństwem. Każdy bowiem kto cierpliwie znosi zarazę w swoim kraju i wie, że nie spotka go nic poza tym co wyznaczył mu Allah, ten otrzyma od Allaha nagrodę równą męczennikom.

Gwoli dokumentalnej dokładności dodać należy, że podobny w treści hadis znajduje się u Buchari’ego w jeszcze jednym miejscu, w księdze sześćdziesiątej, pod numerem sto czterdziestym pierwszym (Sahih al-Bukhari 3474). Ten sam przekaz odnajdziemy również w zbiorze *Mishkat al-Masabih*, w księdze piątej, hadis dwudziesty piąty (Mishkat al-Masabih 1547), w którym Wysłannik Allaha zachęca tych, którzy znajdują się w mieście dotkniętym epidemią do cierpliwego pozostania w nim i oczekiwania Bożego wyroku, za który z pewnością spotka ich nagroda. W tym samym zbiorze, w księdze piątej, hadisie siedemdziesiątym czwartym, przypisanym isnadem Dżabirowi, wytłumaczono dlaczego śmierć od zarazy mogła zostać przyrównana do śmierci w walce (Mishkat al-Masabih 1597):

Dżabir poświadczył, że Wysłannik Allaha, niech błogosławieństwo i pokój Allaha będą z nim, powiedział: Kto unikałby zarazy to tak jakby unikał bitwy, ale ten kto będzie trwał w niej cierpliwie, otrzyma nagrodę męczeństwa. Opowiadał tak Ahmed.

Reasumując, skoro choroby zakaźne są formą kary dla niewiernych, to wierny pozostający w ich kraju, a umierający w związku z epidemią, pozostając w tym miejscu i nie roznosząc dalej choroby wśród swoich jest osobą,

która ponosi w ten sposób śmierć męczeńską z przyczyny niewiernych, tak samo jak w czasie wojny.

Koniec świata, Antymesjasz i zaraza

W zbiorach hadisów pojawiają się również zapowiedzi o charakterze eschatologicznym, zrozumiałe w kontekście zarazy i znane w przestrzeni całego kulturowego kręgu Morza Śródziemnego. W *Sahih* Buchari'ego, w księdze siedemdziesiątej szóstej (hadis czterdziesty szósty), spotykamy na przykład taką przepowiednię (*Sahih al-Bukhari* 5731):

‘Abd Allah bin Jusuf powiedział, że Malik powiedział, że Nu‘ajma bin ‘Abd Allah al-Mudżamiri poświadczył, że poświadczył Abu Hurajra, niech podoba się Allahowi, że Wysłannik Allaha, niech Allah mu błogosławi i obdarzy pokojem, powiedział: ani Mesjasz (tu w znaczeniu Ad-Dadźdżala) ani zaraza nie wejdą do Medyny.

Buchari stwierdził więc, że tak jak Medyna nigdy nie odwiedzi Ad-Dadźdżal, czyli muzułmański Antymesjasz (Antychryst w kulturze chrześcijańskiej), tak też nie dotknie tego miasta żadna z plag chorób zakaźnych. Także Imam Malik, autor najwcześniejszego zbioru hadisów jeszcze z VIII wieku, tzw. *Muwatty*, wspomina, co następuje:

Przy wejściach do Medyny przebywają anioły, nie wejdzie tam ani zaraza ani Ad-Dadźdżal.

Zgodnie z powyższym, w wolnym tłumaczeniu Muhammad miał wyjaśnić Abu Hurairze (a przekazał to Malikowi Nu‘ajmie ibn ‘Abd Allahowi al-Mudżmirowi), że Medyna jest pilnowana przez anioły, a zatem ani zaraza, ani sam Ad-Dadźdżal nie wejdą do miasta (*Muwatta Malik* 1616).

Pewną zapowiedź jak miały wyglądać te wydarzenia czasów ostatecznych odnajdziemy w księdze dziewięćdziesiątej drugiej (hadis osiemdziesiąty pierwszy), gdzie Buchari powołując się na autorytet Anasa ibn Malika napisał, iż Ad-Dadźdżal będzie próbował wejść do Medyny, ale mu się to nie udało za przyczyną aniołów pilnujących wejść. Arabski badacz tradycji konkluduje, że dzięki woli Allaha ani Antymesjasz, ani żadna z plag nie nawiedzi miasta (*Sahih al-Bukhari* 7134). Niemal identyczny hadis odnajdujemy również w księdze dziewięćdziesiątej siódmej (hadis dziewięćdziesiąty dziewiąty), gdzie Buchari, powołując się podobnie na Anasa, powtarza tę samą zapowiedź (*Sahih al-Bukhari* 7473). W księdze dwudziestej dziewiątej (hadis cztertnasty) napotykamy szersze wyjaśnienie domniemanej właściwości obronnej Medyny (*Sahih al-Bukhari* 1880). Wspomina się tam bowiem, że wejść i dróg do Medyny pilnują anielscy strażnicy, dlatego nie ma tam dostępu ani Ad-Dadźdżal, ani żadna zaraza:

Ismail powiedział, że Malik powiedział, że Nu'ajma bin 'Abd Allah al-Mudżamiri poświadczył, że poświadczył Abu Hurajra, niech podoba się Allahowi, że Wysłannik Allaha, niech Allah mu błogosławi i obdarzy pokojem, powiedział: Anioły strzegą wejść do Medyny, więc ani zaraza ani Ad-Dadżdżal do niego nie wejdą.

Z kolei w księdze dziewięćdziesiątej drugiej (hadis osiemdziesiąty) uściślone zostało, że wymienieni powyżej aniołowie pilnują nie tyle bram miasta, co górskich przejść prowadzących do Medyny (Sahih al-Bukhari 7133). Nieco inaczej zagadnienie to przedstawił Al-Tirmizi, który powołując się właściwie na te same isnady stwierdził, że cała Medyna jest dosłownie otoczona aniołami, a Ad-Dadżdżal nie będzie mógł tam wejść, kiedy je zobaczy. Dodał, że podobnie rzecz ma się w kontekście zarazy, co pozwala nam zadać pytanie w jaki sposób wyobrażał sobie epidemie i czy nie mamy tu do czynienia z pewnego rodzaju personifikacją plagi chorób zakaźnych (Jami` at -Tirmidhi 2242):

Kiedy Ad-Dadżdżal przybędzie do Medyny zastanie strzegące ją anioły, a ani zaraza, ani Ad-Dadżdżal nie wejdą do niej. Inszallah.

Tak czy inaczej warto zwrócić uwagę na to kilkakrotnie powtórzone porównanie – epidemii do postaci związanej z wyobrażeniami apokaliptycznymi. Hadis dotyczący aniołów pilnujących Medyny przed zarazą i Antymesjaszem znajduje się również w *Sahih* przygotowanym przez Muslima ibn al-Hadżdżadża (księga 15, hadis pięćset pięćdziesiąty czwarty), z isnadem Jahji ibn Jahji, Naima ibn 'Abd Allaha i Abu Hurairy, zawierającym zapewnienie o boskiej ochronie przybranej ojczyzny Wysłannika Allaha (Sahih Muslim 1379).

Drugim rodzajem wzmianek o charakterze eschatologicznym są przekazy takie jak hadis znajdujący się pod numerem osiemnastym w księdze pięćdziesiątej ósmej *Sahih* Buchari'ego, dotyczący okoliczności tzw. gazawatu na Tabuk, czyli ekspedycji militarnej na północ Półwyspu Arabskiego, zorganizowanej pod przywództwem samego Proroka w październiku 630 roku. W tekście przekazana została treść rozmowy jaka miała mieć miejsce pomiędzy 'Aufem ibn Malim (z isnadem Al-Hamidi'ego, 'Abd Allaha ibn Alaa ibn Zubara, Ibn 'Ubajdy Allaha i Abu Idrisa), podczas której Wysłannik Allaha miał poinformować swojego rozmówcę o sześciu znakach nadejścia końca świata: śmierci Muhammada, zdobycia Jerozolimy, wzrostu bogactwa wśród ludzi, cierpienia, które nie ominie żadnego arabskiego domu, rozjeźmu pomiędzy Banu al-Asfar (Bizantyńczykami) a muzułmanami, zakończonego zdradą tych pierwszych i wielką wojną. Szóstym z warunków, wymienionym na trzecim miejscu była zaraza, która miała dotknąć ludzi w wielkiej liczbie, podobna do tych, które dręczyły stada owiec (Sahih al-Bukhari 3176).

Podłoże historyczne powstania tradycji epidemicznych

Warto zauważyć, że powyższe hadisy w swej większości nawiązują do jednego z najważniejszych wydarzeń związanych z plagami w VII w., czyli tzw. dżumy z Emmaüs Nikopolis (lub dżumy z Amwas – arabska wersja nazwy miejscowości), gdzie w 638 r. znajdował się główny obóz armii arabskiej na terenie Syrii i skąd choroba rozniosła się na całą prowincję, a dotarła również w inne obszary Żyznego Półksiężycza, m.in. do Iraku (Conrad 1981: 215; Stathakopoulous 2016: 349-350). Była to prawdopodobnie dżuma dymienicza (Conrad 1998: 495-496). Niektórzy badacze jednak zauważają, że na dobrą sprawę w źródłach nie można znaleźć jakichkolwiek wiążących wzmianek na temat szczegółowych objawów choroby, która dotknęła Arabów, dlatego ciężko też uznawać powyższe propozycje za wiarygodne (Dols 1974: 382). Przyczyną choroby mogła być poprzedzająca ją klęska głodu w Syrii i Palestynie, związana zarówno z działaniami wojennymi, jak i przedłużającą się suszą (Donner 1981: 152). Po pierwsze, podobne wydarzenia doprowadziły do naturalnego w takim przypadku osłabienia układów odpornościowych ludzi. Jednak co bardziej istotne – zagrożenie ze strony najeźdźców, a także klęski naturalne wywołały w społecznościach lokalnych tendencję do gromadzenia rezerw żywności w miastach (a także obozach wojskowych), co spowodowało zwiększenie populacji gryzoni, roznoszących choroby. To zaś doprowadziło do częstszego kontaktu tych zwierząt z ludźmi, co za tym idzie możliwości zarażenia (Dols 1974: 376).

Zaraza mogła mieć istotne konsekwencje polityczne. Według badaczy śmierć części przywódców armii muzułmańskich w Syrii w tym okresie utworowała drogę do namiestnikostwa regionu Mu‘awiji ibn Abi Sufjanowi, który później został kalifem i założycielem dynastii umajjadzkiej. Mam tu na myśli przede wszystkim ‘Ubajdę ibn al-Dżarraha, wywodzącego się z plemienia Kurajszytów, towarzysza proroka Muhammada, *amin al-umma* – zaufanego wspólnoty, jednego z architektów podboju Syrii, poważnego pretendenta do objęcia funkcji kalifa po ‘Umarze (Gibb 1986: 158-159). Według tradycyjnych arabskich przekazów ‘Ubajda miał odmówić ‘Umarowi, kiedy ten wezwał go z powrotem na południe, w obawie o jego zdrowie. Nie chciał bowiem pozostawić swoich ludzi (Dols 1974: 377). Jak jednak widzieliśmy powyżej, w naszym krótkim przeglądzie tradycji zachowanych w sunnach, jego postawa doprowadziła do wypracowania ogólnych zasad postępowania wobec epidemii – motywacja dotycząca pozostania ze swoimi nie była tu głównym elementem dyskursu – w powyższych wskazówkach, przekazanych jakoby przez Wysłan-nika Allaha chodziło raczej o ograniczenie możliwości zakażenia następnych obszarów podległych muzułmanom. Wynika to oczywiście z doświadczeń m.in. epidemii Amwas.

Przyglądając się tym wydarzeniom można faktycznie wyciągnąć wniosek o nieprawdopodobnym zasięgu i śmiertelności zarazy. Zgodnie z tradycją

arabską z powodu dżumy umarło w ciągu kilku lat około dwudziestu pięciu tysięcy muzułmańskich wojowników (Sourdel-Thomine 1960: 460-461). Odwołanie do zarazy z Amwas pojawia się również bezpośrednio w niektórych hadisach – mam tu na myśli przede wszystkim fragment z sunny przygotowanej przez Ibn Madżaha al-Rab'i al-Kazwini'ego, odnoszący się tak naprawdę do zagadnień majątkowo-sпадkowych, w którym jednak wspomniano, że kilka osób zmarło właśnie podczas tej epidemii (Sunan Ibn Majah 2732). Po wzmiankowanym wyżej 'Ubajdzie obowiązki dowództwa w Syrii przejął m.in. Muadh ibn Dżabal, który umarł wkrótce po tym pierwszym, wraz ze swoimi dwiema żonami oraz synami (Conrad 1981: 55), podobnie jak kolejny namiestnik – Jazyd ibn Abi Sufjan, a także wielu towarzyszy Proroka takich jak Suhajli ibn Amr, Abu Dżandal, Fadl ibn Abbas czy Al-Haris ibn Hiszam (Dols 1974: 378). Jak widzimy, faktycznie wspomniana zaraza mogła utorować Umajjadom drogę do przejścia władzy w Syrii, a później w całym kalifacie, bowiem zabrakło bardziej znaczących kandydatów do namiestnikostwa niż Mu'awija (Madelung 1997: 61).

Rozprzestrzenienie się zarazy z arabskich garnizonów do syryjskich miast oraz wsi doprowadziło do wyludnienia tych ostatnich (Bray 1996: 40), przesiedleń ocalałej ludności chrześcijańskiej, a w efekcie łatwiejszego zaaklimatyzowania się żywiołu czysto arabskiego, muzułmańskiego w Syrii. Według niektórych powstanie samego systemu miast-garnizonów wojskowych podyktowane było obawą przed rozprzestrzenieniem się dżumy wśród Arabów. Epidemia ta, pierwsza którą tak szeroko odnotowują źródła arabskie, przyczyniła się do wypracowania muzułmańskich nauk teologicznych na temat koncepcji plagi jako kary, predestynacji w życiu człowieka i jego wolnej woli. Zgodnie z teologicznymi interpretacjami powstałymi w kontekście wspomnianej tu zarazy interpretatorzy hadisów uznali m.in. że dżuma była karą dla niewierzących, a nie wiernych, dlatego też wierni działający w regionie zamieszkałym przez niewierzących i umierający z winy epidemii powinni zostać uznani za szahidów (męczenników), gdyż *de iure* ginęli z powodu niewiernych (Congourdeau, Melhaoui 2001: 99-105; Ess 2000: 325-327). Stała się także podstawą do wypracowania praktycznych zasad postępowania w krajach islamu wobec pandemii – zakazu wjazdu, pozwoleń na wyjazd z danego miejsca objętego zarazą i tym podobne. Kiedy 'Ubajda odmówił przybycia do 'Umara, kalif miał się udać do arabskich wódzów i spotkał się z nim w Sargh. Podczas tego zgromadzenia doszło do wymiany opinii na temat kwestii wycofania się lub pozostania na terenach objętych zarazą, w której to pojawiły się odwołania do wypowiedzi Proroka, pierwszych hadisów (Déclais 2014: 206; Dols 1974: 377), ale wzmianki na ten temat znaleźć można również w literaturze *stricte* historycznej (Tabari 1989: 92). Warto dodać, że ten moralizatorski ton w arabskich przekazach dotyczących epidemii skłonił część współczesnych badaczy do uznania większości przedsta-

wionych w nich elementów za rodzaj narracji legendarnej – pojawia się określenie „mitu historycznego” (Ess 2000: 326). Oprócz wspomnianej powyżej zarazy z Amwas w Syrii i Palestynie epidemie dżumy lub innych chorób zaraźliwych powtarzały się mniej więcej co dziesięć-dwadzieścia lat, co potwierdzają zresztą źródła zewnętrzne, na przykład relacje Teofanesa Wyznawcy w jego *Chronografii* (Cecota 2021: 29-48), a ich ofiarami padali członkowie najwyższych elit, włącznie z kalifami – Mu‘awiją II, Marwanem I, ‘Abd al-Malikiem oraz Sulejmanem (Dols 1974: 378-380). Regularność występowania tychże problemów zdrowotnych w Syrii skłoniła niektórych historyków do sformułowania daleko idącej hipotezy, zgodnie z którą stała depopulacja głównych prowincji umajjadzkich mogła doprowadzić do przewagi regionów wschodnich, w konsekwencji zwycięstwa wywodzących się stamtąd rebeliantów podczas tzw. rewolucji abbasydzkiej w latach 749-750 (Bray 1996: 41).

Niniejszy przegląd tradycji muzułmańskich związanych z zagadnieniami epidemiologicznymi jest jedynie wstępem do dalszych badań. Mam nadzieję jednak, że nawet tak krótki tekst pozwoli Czytelnikom przekonać się, jak kwestia chorób zakaźnych była istotna dla tworzących się wspólnot muzułmańskich. W tradycji islamskiej epidemie pojawiają się zarówno w kontekście technicznych zasad postępowania względem chorób zakaźnych, jak i wskazówek religijnych dotyczących męczeństwa, a także przepowiedni na temat końca świata, tak ważnych dla *imaginarium* wyznawców Allaha w średniowieczu (oraz współcześnie).

Bibliografia

Źródła

- Jami` at-Tirmidhi, <https://sunnah.com/tirmidhi> [dostęp: 17.04.2022].
English Translation of Jami' At-Tirmidhi. Compiled by Imam Hafiz Abu 'Eisa Mohammad Ibn 'Eisa At-Tirmidhi, przeł. Abu Khaliyi, vols 6, Riyadh 2007.
- Mishkat al-Masabih, <https://sunnah.com/mishkat> [dostęp: 17.04.2022].
Mishkaat Al-Masaabih by Sheikh Waliuddin Abu Abdullah Al-Khateeb Al-Tabrezi, przeł. Abdur Rahman R., 5 vols, Darul Ishaat 2013.
- Musnad Ahmad, <https://sunnah.com/ahmad> [dostęp: 17.04.2022].
English Translation of Musnad Imam Ahmad bin Hanbal, przeł. Nasiruddin al-Khattab, 3 vols, Riyadh 2012.
- Muwatta Malik, <https://sunnah.com/malik> [dostęp: 17.04.2022].
Al-Muwatta of Imam Malik ibn Anas. The First Formulation of Islamic Law, przeł. Bewley A.A., London-New York 1989.
- Riyad as-Salihin, <https://sunnah.com/riyadussalihin> [dostęp: 17.04.2022].
Riyad-us-Saliheen. Compiled by Al-Imam Abu Zakariya Yahya bin Sharaf An-Nawawi Ad-Dimashqi, transl. Ma'rouf I., 2 vols, Riyadh 2003.
- Sahih al-Bukhari, <https://sunnah.com/bukhari> [dostęp: 17.04.2022].
The Translation of the Meanings of Sahîh Al-Bukhâri: Arabic-English, przeł. Muhsin Khan M., 9 vols, Riyadh 1997.

The Translation of the Meanings of Summarized Sahih Al-Bukhari Arabic-English, wybór: Al-Imam Zain ud-Din Ahmad bin Abdul-Lateef Az-Zubaidi, przeł. Mushin Khan M., Riyadh 1994.

Sahih Muslim, <https://sunnah.com/muslim> [dostęp: 17.04.2022].

Sahih Muslim, przeł. Siddiqui A.H., New Dehli 2000.

English Translation of Sahih Muslim, przeł. Nasiruddin al-Khattab, 7 vols, Riyadh 2007

Sunan Abi Dawud, <https://sunnah.com/abudawud> [dostęp: 17.04.2022].

English Translation of Sunan Abu Dawud. Compiled by Imam Hafiz Abu Dawud Sulaiman bin Ash'ath, przeł. Qadhi Y., 5 vols, Riyadh 2008.

Sunan an-Nasa'i, <https://sunnah.com/nasai> [dostęp: 17.04.2022].

English Translations of Sunan An-Nasa'i. Compiled by Imam Hafiz Abu Abdur Rahman Ahmad bin Shu'aib bin 'Ali An-Nasa'i, przeł. Nasiruddin al-Khattab, 6 vols, Riyadh 2007.

Sunan Ibn Majah, <https://sunnah.com/ibnmajah> [dostęp: 17.04.2022].

English Translation of Sunan ibn Majah. Compiled by Imam Muhammad Bin Yazeed Ibn Majah Al-Qazwini, przeł. Nasiruddin al-Khattab, 5 vols, Riyadh 2007.

At-Tabari: *The History of al-Ṭabarī, Volume XIII: The Conquest of Iraq, Southwestern Persia, and Egypt: The Middle Years of 'Umar's Caliphate, A.D. 636–642/A.H. 15–21*, przeł. Juynboll G.H.A., Albany-New York 1989.

Opracowania

Abderrazzaq, Mohammad A. (2009), „Sijistānī, Abū Dā'ūd al” [w:] *The Oxford Encyclopedia of the Islamic World*, re. Esposito J.L., Oxford, <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195305135.001.0001/acref-9780195305135-e-1082?rskey=gkmm46&result=7> [dostęp: 17.04.2022].

Bowker, John (2000), „Abū Dāwūd al-Sijistānī” [w:] *The Concise Oxford Dictionary of World Religions*, Oxford, <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780192800947.001.0001/acref-9780192800947-e-102?rskey=gkmm46&result=1> [dostęp: 17.04.2022].

Bray, R.S. (1996), *Armies of Pestilence: The Impact of Disease on History*, Cambridge.

Brown Jonathan (2007), *The Canonization of al-Bukhārī and Muslim. The Formation and Function of the Sunnī Hadīth Canon*, Leiden-Boston.

Brown Jonathan (2009), *Hadith. Muhammad's Legacy in the Medieval and Modern World*, Oxford.

Brown, Jonathan (2011), „The Canonization of Ibn Mājah: Authenticity vs. Utility in the Formation of the Sunni Ḥadīth Canon” [w:] *Écriture de l'histoire et processus de canonisation dans les premiers siècles de l'islam*, red. Borrut A., Aix-en-Provence.

Brown, Jonathan (2014), *Misquoting Muhammad: The Challenge and Choices of Interpreting the Prophet's Legacy*, London.

Cecota, Błażej (2021), „Plagi na muzułmanów? Kwestia epidemii w Chronografii Teofanesa Wyznawcy w relacjach dotyczących kalifatu i jego poddanych”, *Piotrkowskie Zeszyty Historyczne*, t. 22, z. 2.

Congourdeau, Marie-Hélène; Melhaoui, Mohammed (2001), „La perception de la peste en pays chrétien byzantin et musulman”, *Revue des études byzantines*, t. 59.

Conrad, Lawrence I. (1981), *The Plague in the Early Medieval Near East*, Princeton.

Conrad, Lawrence I. (1998), „'Umar at Sargh: The Evolution of an Umayyad Tradition on Flight from the Plague” [w:] *Story-Telling in the Framework of Non-Fictional Arabic Literature*, red. Leder S., Wiesbaden.

Dann, Michael (2015), *Contested Boundaries: The Reception of Shī'ite Narrators in the Sunnī Hadīth Tradition*, A dissertation presented to the Faculty of Princeton University in Candidacy for the Degree of Doctor of Philosophy, Princeton University.

Déclais, Jean-Louis (2014), „Ézékiel: La vallée des morts et la peste d'Emmaüs”, *MIDÉO*, t. 30.

- Dols, Michael W. (1974), „Plague in Early Islamic History”, *Journal of the American Oriental Society*, t. 94.
- Donner, Fred M. (1981), *The Early Islamic Conquests*, Princeton.
- Esposito, John L., red. (2003), „Sijistani, Abu Daud al” [w:] *The Oxford Dictionary of Islam*, Oxford, <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195125580.001.0001/ac-ref-9780195125580-e-2207?rskey=gkmm46&result=6> [dostęp: 17.04.2022].
- Ess van, Joseph (2000), „La peste d'Emmaüs. Théologie et histoire du salut aux prémices de l'Islam”, *Comptes rendus des séances de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, t. 144, nr 1.
- Ghaffar, Suhaib H.A. (1984), *Criticisim of Hadith among Muslims with reference to Sunan Ibn Maja*, Riyadh.
- Gibb, Hamilton A.R. (1986), „Abū Ūbayda al-Djarrāh” [w:] *The Encyclopaedia of Islam. New Edition*, red. Gibb H.A.R., Kramers J.H., Lévi-Provençal E., Schacht J., Volume I, Leiden.
- Gibb, Hamilton A.R. (1965), *Mahometanizm. Przegląd historyczny*, przeł. Krahelska H., Warszawa.
- Guillaume, Alfred (1966), *The Traditions of Islam – An Introduction to the Study of Hadith Literature*, Beirut.
- Haddad, Gibril F. (2007), *The Four Imams and Their Schools*, London.
- Holtzman, Livnat (2009), „Aḥmad b. Ḥanbal” [w:] *Encyclopaedia of Islam, THREE*, red. Fleet K., Krämer G., Matringe D., Nawas J., Rowson E., http://dx.doi.org/10.1163/1573-3912_ei_3_COM_23414 [dostęp: 17.04.2022].
- Hoosen, Abdool K. (1990), *Imam Tirmidhi's contribution towards Hadith*, Newcastle (South Africa).
- Juynboll, Gautier H.A. (2012a), „al-Tirmidhī” [w:] *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, red.: Bearman P., Bianquis Th., Bosworth C.E., Donzel van E., Heinrichs W.P., http://dx.doi.org/10.1163/1573-3912_islam_SIM_7569 [dostęp: 17.04.2022].
- Juynboll, Gautier H.A. (2012b), „Muslim b. al-Ḥadīdjādī” [w:] *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, red. P Bearman P., Bianquis Th., Bosworth C.E., Donzel van E., Heinrichs W.P., http://dx.doi.org/10.1163/1573-3912_islam_SIM_5597. [dostęp: 17.04.2022].
- Kamali, Mohammad Hashim (2005), *A Textbook of Hadith Studies: Authenticity, Compilation, Classification and Criticism of Hadith*, The Islamic Foundation.
- Khalidi, Tarif (1994), *Arabic Historical Thought in the Classical Period*, Cambridge – New York.
- Kościelniak, Krzysztof (2006), *Sunna, hadisy i tradycjonaliści. Wstęp do tradycji muzułmańskiej*, Kraków.
- Laoust, Henri (1986), „Aḥmad b. Ḥanbal” [w:] *The Encyclopaedia of Islam. New Edition. Volume I*, red. Gibb H.A.R., Kramers J.H., Lévi-Provençal E., Schacht J., Leiden.
- Lucas, Scott (2004), *Constructive Critics. Ḥadīth Literature, and the Articulation of Sunnī Islam*, Leiden.
- Lucas, Scott (2006), „The Legal Principles of Muhammad b. Ismāīl al-Bukhārī and their Relationship to Classical Salafi Islam”, *Islamic Law and Society*, t. 13.
- Madelung, Wilferd (1997), *The Succession to Muhammad : A Study of the Early Caliphate*, Cambridge.
- Madeyska, Danuta (1971), *Ahmad ibn Hanbal*, [w:] *Mały słownik kultury świata arabskiego*, red. J. Bielawski, Warszawa.
- Mahomet. Mądrości Proroka*, przeł. Danecki Janusz (1993), Warszawa.
- Mahomet. O małżeństwie, kupcach i dobrym wychowaniu. Wybór hadisów*, przeł. Kozłowska Jolanta (1999), Warszawa.
- Mawjood, Abdol S.A. (2007a), *The Biography of Imām at-Tirmidhī*, przeł. Abu Bakr ibn Nasir, Riyadh.

- Mawjood Abdul S.A. (2007b), *The Biography of Imam Muslim bin al-Hajjaj* / przeł. Abu Bakr Ibn Nasir, Riyadh.
- Melchert, Christopher (2007), „Abū Dāwūd al-Sijistānī” [w:] *Encyclopaedia of Islam, THREE*, red. Fleet K., Krämer G., Matringe D., Nawas J., Rowson E., http://dx.doi.org/10.1163/1573-3912_ei3_SIM_0024. [dostęp: 17.04.2022].
- Melchert, Christopher (2001), „Bukhārī and early hadith criticism”, *Journal of the American Oriental Society*, t. 121.
- Melchert, Christopher (2010), „Bukhārī and his Ṣaḥīḥ”, *Le Muséon*, t. 123.
- Melchert, Christopher (2014), „The Life and Works of Al-Nasā’ī”, *Journal of Semitic Studies*, t. 59.
- Pakatchi, Ahmad (2015), przeł. Shahram Khodaverdian, „Abū Dāwūd al-Sijistānī” [w:] *Encyclopaedia Islamica*, red. Madelung W., Daftary F., http://dx.doi.org/10.1163/1875-9831_isla_COM_0053 [dostęp: 17.04.2022].
- Robson, James (2012a), „Abū Dā’ūd al-Sijistānī”, [w:] *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, red. Bearman P., Bianquis Th., Bosworth C.E., Donzel van E., Heinrichs W.P., http://dx.doi.org/10.1163/1573-3912_islam_SIM_0172. [dostęp: 17.04.2022].
- Robson James (2012b), „al-Bukhārī, Muḥammad b. Ismā’īl” [w:] *Encyclopaedia of Islam, Second Edition*, red. Bearman P., Bianquis Th., Bosworth C.E., Donzel van E., Heinrichs W.P., http://dx.doi.org/10.1163/1573-3912_islam_SIM_1510. [dostęp: 17.04.2022].
- Robson, James (1958), „The Transmission of Ibn Majah’s Sunan”, *Journal of Semitic Studies*, t. 3.
- Sardar Ziauddin (2012), *Muhammad: All That Matters*, London.
- Schacht, Joseph (1987), „Mālik b. Anas” [w:] *The Encyclopaedia of Islam. New Edition. Volume VI*, red. Bosworth C.E., Donzel van E., Lewis B., Pellat Ch., Leiden.
- Shaybani, Muhammad ibn al-Hasan (2004), *The Muwatta of Imam Muhammad*, London.
- Siddiqi, Muhammad Zubayr (1993), *Hadith Literature: Its Origin, Development and Special Features*, The Islamic Texts Society, Cambridge.
- Sourdell-Thomine, Janine (1960), „Amwas” [w:] *The Encyclopaedia of Islam*, red. Bosworth C.E., Donzel van E., Pellat Ch., vol. I: A-B, Leiden.
- Stathakopoulous, Dionysios Ch. (2007), „Crime and Punishment. The Plague in the Byzantine Empire, 541-749” [w:] *Plague and the End of Antiquity. The Pandemic of 541–750*, red. L.K. Little, Cambridge.
- Stathakopoulous, Dionysios Ch. (2016), *Famine and Pestilence in the Late Roman and Early Byzantine Empire*, Birmingham.
- Thomas, David (2010), „Abū Dāwūd Sulaymān ibn al-Ash’ath al-Sijistānī” [w:] *Christian-Muslim Relations 600 - 1500*, red. Thomas D., http://dx.doi.org/10.1163/1877-8054_cmri_COM_23760. [dostęp: 17.04.2022].

Michał Stolarczyk

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Filia w Piotrkowie Trybunalskim

ORCID: 0000-0002-2293-7326

e-mail: michal.stolarczyk@ujk.edu.pl

Imaginarium maladyczne. Mody terapeutyczne. Magnetyzm zwierzęcy a niemiecka medycyna romantyczna

Streszczenie

Niniejszy szkic poświęcony jest kulturowemu wymiarowi choroby oraz zdrowia, koncentrując się na wybranej imaginacji tychże kwestii jak i wynikającej z niej narracji, osadzonej w realiach intelektualnych niemieckiego obszaru kulturowego przełomu XVIII i XIX wieku, obszaru o nieco innym obliczu medycyny niż ówczesnie dominujące.

Najcięższy cios koncepcji ciała podporządkowanego cywilizacji i społeczeństwu zadał w XVIII wieku Jan Jakub Rousseau, określając współczesne normy społeczne jako więzienie dla ciała i maskę dla twarzy. Jego naturalny sposób patrzenia na człowieka spowodował różne konsekwencje w mentalności i kulturze. Współgrał z nowymi nurtami medycyny unikającymi perspektywy somatycznej i dążącymi do poszukiwania filozoficznych i metafizycznych początków choroby, a więc także dostosowania terapii do tych założeń. Zmiany te przyczyniły się do popularności magnetyzmu, który odwoływał się do ukrytego wnętrza człowieka, powoływał na prawa naturalne organizmu i jego związek z naturą.

Wykorzystywanie magnetyzmu w terapii chorób psychosomatycznych jest znane w historii medycyny od czasów starożytnych. Za pomocą tej metody leczono m.in. takie schorzenia, jak zaburzenia nerwicowe i afektywne powstałe wskutek różnego rodzaju urazów psychicznych, zaburzenia odczuć zmysłowych i motoryki ciała, niepłodność i inne. Osiągnano na ogół pozytywne rezultaty terapeutyczne, mimo iż recepcja zachodzących zjawisk odbiegała od standardu interpretacyjnego współczesnych nauk medycznych.

Twórcą najśłynniejszej odmiany magnetyzmu był na przełomie XVIII i XIX wieku wiedeński lekarz Franz Anton Mesmer, postać popularna i wielce kontrowersyjna. Ogromne poruszenie, a często również zgorzenie wywoływały jego eksperymenty „magnetyczne”, mające na celu przywrócenie stanu równowagi psychicznej chorych pacjentów. Dziś obszar tej działalności mieści się na pograniczu hipnozy i bioenergoterapeutki. Mesmer zajmował się nie tylko praktyką leczniczą, ale swoje niezwykle doświadczenia ujął w systemie teoretycznym, będącym interesującą interpretacją świata, ukazującym drogi osiemnastowiecznego myślenia, powiązanego w cały kompleks niewyjaśnionych jeszcze wówczas przypuszczeń i hipotez.

Słowa kluczowe: choroba, zdrowie, historia medycyny, Franz Anton Mesmer, magnetyzm, antropologia filozoficzna, metafizologia

Maladic imaginarium. Therapeutic fashions. Animal magnetism and German Romantic medicine

Abstract

The following essay is devoted to the cultural dimension of disease and health. It focuses on the selected perceptions of these issues as well as the resulting narrative, embedded in the

intellectual realities of the German-speaking cultural area at the turn of the 18th and 19th centuries.

The hardest blow to the concept of a body subordinated to civilization and society was inflicted in the 18th century by Jean-Jacques Rousseau, who defined modern social norms as a prison for the body and a mask for the face. His natural way of looking at man caused various consequences in mentality and culture. It harmonized with new trends in medicine which avoided the somatic perspective and searched for the philosophical and metaphysical origins of the disease, and thus also tried to adapt the therapy to these assumptions. These changes contributed to the popularity of magnetism, which appealed to the hidden human interior, referred to the natural rights of the organism and its relationship with nature.

The use of magnetism in the treatment of psychosomatic diseases has been known in the history of medicine since ancient times. This method was used to treat, *inter alia*, such diseases as neurotic and affective disorders resulting from various types of psychological trauma, disturbances of sensory perceptions and body motor skills, infertility, etc. Generally positive therapeutic results were achieved, despite the fact that the presented interpretations of the occurring phenomena differ from the interpretative standard of modern medical science.

The most famous variation of magnetism was created in the late 18th and 19th centuries by the Viennese physician Franz Anton Mesmer, a popular and controversial figure. His "magnetic" experiments, aimed at restoring the state of mental equilibrium of sick patients, caused a great stir, and often scandal as well. Today, the area of this activity can be placed on the border of hypnosis and bioenergotherapy. Apart from practicing medicine, Mesmer also placed his experiences within a theoretical system which provided an interesting interpretation of the world. It showed how eighteenth-century thought combined various, then not yet explained, hypotheses and assumptions.

Keywords: disease, health, history of medicine, Franz Anton Mesmer, magnetism, philosophical anthropology, metaphilosophy

„Zdrowie stanowi margines tolerancji wobec nieokreśloności środowiska [...] Chorobę cechuje redukcja marginesu tolerancji wobec nieokreśloności środowiska”
(Canquilhaem 2000: 160)¹

Każde empiryczne pojęcie choroby pozostaje w związku z jej pojęciem aksjologicznym. Jakieś badanie można zapewne przeprowadzić w sposób obiektywny, to znaczy bezstronny – powiada Georges Canquilhaem – jednakże jego przedmiot nie może być pojęty i skonstruowany bez odwołania się do pozytywnych czy negatywnych określeń, jest on więc nie tyle faktem, co wartością (Canquilhaem 2000: 190-191). Zatem zdrowie i choroba, normalne

¹ Ów rzeczony margines tolerancji, to rzecz jasna zdolność organizmu człowieka do „(...) przekroczenia normy określającej chwilowo normalne, czyli tolerowania naruszeń obowiązującej w danym momencie normy i ustanawiania nowych norm w nowych sytuacjach. [...] Można pozostawać normalnym mając nawet tylko jedną nerkę. Ale wówczas nie można już sobie pozwolić na luksus utracenia również tej jednej nerki” (G. Canquilhaem, *Normalne i patologiczne*, Gdańsk 2000, s. 160-161). Wydaje się, że aktualność jakiejś normy w odniesieniu zwłaszcza do medycyny ze względu na współczesną akcelerację cywilizacyjną i związaną z nią dynamiką podlega większej fluktuacji niż kiedykolwiek wcześniej. Ileż to już razy, zmieniano nam tzw. prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego, stężenia kwasu moczowego, cukru, cholesterolu, itd., o samej definicji choroby nie wspominając.

i patologiczne są kategoriami normatywnymi stąd ich pojęcia wiążą się z ustaloną – czasami krótkotrwanie – normą², choć z medycznego punktu widzenia pary tych przeciwstawień nie są jednak zamienne ani paralelne. Można być normalnym tzn. mieścić się w normie fizjologicznej, acz niekoniecznie zdrowym, a więc choroba może iść razem z normą.

Kondycję zdrowotną chętnie uznajemy za jakiś rodzaj faktu obiektywnego, ale chyba w większym stopniu, ze względu na człowieka od zawsze uwikłanego w kulturę, za wartość, czyli fakt właśnie kulturowy. Najczęściej przeważało pojęcie, że choroba jest to:

(...) jakaś swoista istota „Ens”, która, wniknąwszy do ustroju, wywołuje objawy chorobowe. Jeszcze na początku XVIII wieku patologowie dzielili się na dwa obozy: jedni upatrywali źródło chorób w przedrażnieniu tkanek ustroju, inni w zmianach chemicznych soków, krążących pomiędzy częściami stałymi(!) tkanek. Byli to tzw. zwolennicy patologii solidarnej, w przeciwstawieniu do patologii humoralnej. W ciągu wieku XIX kładziono wyłączny niemal nacisk na morfologiczne zmiany tkanek, które stanowić głównie mają o naturze i przejawach danej choroby; było to dominujące panowanie w patologii anatomii patologicznej. Z końcem XIX wieku, choroba jest już dla nas zбочeniem prawidłowego, stałego, normalnego toku zjawisk życiowych, wywołaniem(!) przez wpływ czynników przypadkowych, anormalnych – jest tedy(!) przez to samo zjawiskiem anormalnym(!), przypadkowym(!) (Nausbaum 1926: 127).

Niniejszy szkic poświęcony jest kulturowemu wymiarowi choroby oraz zdrowia, koncentrując się na wybranej imaginacji tychże kwestii jak i wynikającej z niej narracji, osadzonej w realiach intelektualnych niemieckiego obszaru kulturowego przełomu XVIII i XIX wieku³, obszaru o nieco innym obliczu medycyny niż ówczesnie dominujące.

Najcięższy cios koncepcji ciała podporządkowanego cywilizacji i społeczeństwu zadał w XVIII wieku, Jan Jakub Rousseau określając współczesne normy społeczne jako więzienie dla ciała i maskę dla twarzy. Jego naturalny sposób patrzenia na człowieka spowodował różne konsekwencje w mentalności i kulturze. Współgrał z nowymi nurtami medycyny unikającymi perspektywy somatycznej i dążącymi do poszukiwania filozoficznych i metafizycznych początków choroby, a więc także dostosowania terapii do tych założeń. Zmiany te przyczyniły się do popularności magnetyzmu, który odwoływał się do ukrytego wnętrza człowieka, powoływał na prawa naturalne organizmu i jego związek z naturą (Karpińska 2012: 107).

² Z punktu widzenia filozofii natury np. choroba „(...) w istocie swej bynajmniej nie różni się od życia, a zatem także jest życiem. Choroba nie jest to nic ujemnego, nie jest brakiem zdrowia, ale jest życiem szczególnem(!), obcem(!), wkraczającym(!) w życie tego, co choruje. Choroba więc ma wspólne z życiem własności” (Skobel 1937:6).

³ Interpretację i rozumienie choroby w XIX w. przez polskich lekarzy przedstawiają prace Bożeny Urbanek. Por. Urbanek (2002).

Wykorzystywanie magnetyzmu w terapii chorób psychosomatycznych jest znane w historii medycyny od czasów starożytnych. Za pomocą tej metody leczono m.in. takie schorzenia, jak zaburzenia nerwicowe i afektywne powstałe wskutek różnego rodzaju urazów psychicznych, zaburzenia odczuć zmysłowych i motoryki ciała, niepłodność i inne. Osiągano na ogół pozytywne rezultaty terapeutyczne, mimo iż percepcja zachodzących zjawisk odbiegała od standardu interpretacyjnego współczesnych nauk medycznych.

Pojęcie magnetyzmu wywodzi się z XVII wieku, kiedy to jezuita Athanasius Kircher określił w ten sposób wzajemne oddziaływania między lekarzem a jego pacjentem, nawiązujące się podczas leczenia rozmaitych chorób za pomocą magnesu⁴. Kuracje magnetyczne opisywane przez Kirchera odbywały się na rozmaite sposoby, na przykład przez przykładanie metalowych namagnetyzowanych sztabek lub przez posypywanie namagnetyzowanym proszkiem. Zawsze jednak przeprowadzenie tego typu zabiegu wymagało osobistej obecności lekarza, który wykonywał procedury lecznicze w stosunku do danego pacjenta (Płonka-Syroka 2013: 107).

W koncepcji tej interpretacja uzdrowień dokonywanych przez lekarza za pomocą specjalnie ułożonych dłoni, którymi wodził wokół ciała chorego, a także za pośrednictwem sugestii, odwoływała się do istnienia kosmicznego fluidu, który wprawny terapeuta był zdolny skoncentrować w swoim ciele. Przekazywał go następnie pacjentowi w postaci kropeł. Interpretacja ta miała charakter naturalistyczny i fizyczny, wyjaśniała bowiem istotę relacji terapeutycznej w kategoriach fizycznych, ogólnie zgodnych z koncepcją patologii humoralnej i jej definicją choroby jako naruszenia równowagi płynów ustrojowych. Stosujący terapię magnetyczną lekarz miał w tym ujęciu przelewać krople magnetycznego płynu do ciała osoby chorej, powodując wyrównanie równowagi humorów (krew, żółć, śluz, czarna żółć) i/ lub uzupełnianie niedobór fluidu w organizmie chorego, powodujący (zgodnie z tą interpretacją) ogólne osłabienie witalności pacjenta (Płonka-Syroka 2013: 462).

Twórcą najsłynniejszej odmiany magnetyzmu był na przełomie XVIII i XIX wieku wiedeński lekarz Franz Anton Mesmer, postać popularna i wielce kontrowersyjna. Ogromne poruszenie, a często również zgorszenie wywoływały jego eksperymenty „magnetyczne”, mające na celu przywrócenie stanu równowagi psychicznej chorych pacjentów. Dziś obszar tej działalności mieści się na pograniczu hipnozy i bioenergoterapeutyki. Mesmer zajmował się nie tylko praktyką leczniczą, ale swoje niezwykle doświadczenia ujął w systemie teoretycznym, będącym interesującą interpretacją świata, ukazującym drogi osiemnastowiecznego myślenia, powiązanego w cały kompleks

⁴ Innym siedemnastowiecznym uczonym, który zasłużył się jako prekursor terapii magnetycznej, był John Maxwell. Sformułował on teorię, według której organizmy żywe emitują promienie.

niewyjaśnionych jeszcze wówczas przypuszczeń i hipotez (Miodoński 2001: 12-13).

Głosił, że wszechświat wypełnia „rozlana ciekłość”, zwana fluidem lub za Newtonem – etherem. Przyływy i odpływy tej „ciekłości” związane z ruchami planet oddziaływały na wszystkie żywe organizmy, także człowieka. Ta część systemu Mesmera zwana magnetyzmem mineralnym, była znana już wcześniej i miała w ówczesnej nauce oddanych zwolenników. Mesmer rozwinął tę koncepcję, zakładając także wzajemne oddziaływanie magnetyczne organizmów żywych⁵. Dlatego jego teoria nazywała się pierwotnie „magnetyzmem zwierzęcym” (Płonka-Syroka 2013: 464).

W terapii Mesmera lekarz przystępujący do terapii magnetycznej, za pomocą dotyku dłoni lub za pomocą przykładania metalowych sztabek uważanych za przekaźniki magnetycznej siły, powinien był najpierw dokonać koncentracji magnetycznego fluidu w swoim ciele. Koncentracja ta miała polegać, zdaniem twórcy doktryny, na intensywnym skupianiu uwagi oraz na pobieraniu przez lekarza w specjalnym stanie świadomości, w który winien był się uprzednio wprowadzić, kosmicznej energii krążącej we wszechświecie w postaci fluidu. Lekarz, zdaniem Mesmera, skupiał w swoim ciele jak w kondensatorze znacznie większą ilość energii niż jej potrzebował do prawidłowego funkcjonowania własnego organizmu. Mógł się więc nią podzielić z pacjentem, z którym miał nawiązać relację terapeutyczną.

Zdaniem Mesmera, do koncentracji kosmicznego fluidu w organizmie zdolny jest każdy człowiek. Jest to bowiem właściwa wszystkim organizmom naturalna własność, nadająca im zdolność utrzymywania się przy życiu. Fluid kosmiczny krąży, według Mesmera, w układzie nerwowym i ożywiając jego działanie stymuluje pracę wszystkich innych układów organizmu. Nie każdy jednak, zdaniem Mesmera, może zostać terapeutą. Wymaga to bowiem większych umiejętności aniżeli te, z którymi dany człowiek się rodzi. Według Mesmera wśród ludzi w danej populacji znajduje się grupa osób obdarzonych szczególnymi zdolnościami do uzyskiwania przewagi nad innymi za pomocą naturalnych zdolności, jakimi zostali obdarzeni. Osoby tego typu zdolne są czerpać kosmiczny fluid w większej ilości, aniżeli pozostali członkowie społeczeństwa, co sprawia, że są obdarzone większą życiową energią (Płonka-Syroka 2007a: 253-254; 2007b: 114).

⁵ W 1766 r. Mesmer obronił na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Wiedeńskiego w którym przedstawił interpretację zjawisk hipnotycznych wpisującą się w standard starszej szkoły wiedeńskiej. Był to standard empiryczny i obserwacyjny, czyniący podstawą medycyny nauki

o przyrodzie i uwalniający interpretacje zjawisk fizjologicznych i patologicznych od elementów metafizycznych. Istotą koncepcji Mesmera było nadanie zjawisku hipnozy interpretacji fizycznej, z której wyeliminował występujące w niej wcześniej wątki supranaturalistyczne (Płonka-Syroka 2013: 464).

Ponieważ w XVIII w. zdawano już sobie sprawę, że działanie układu nerwowego jest jedną z podstawowych funkcji organizmu, umożliwiającą mu nie tylko przeżycie pod względem fizycznym, lecz także warunkującą reakcje psychiki, Mesmer sądził, że kosmiczny fluid sterowany przez terapeutę i poddany jego władzy, przepływając przez mózg pacjenta, wywołuje w nim pożądane przez magnetyzera emocje i wyobrażenia. Z uwagi na to, że emocje występujące podczas terapii magnetycznej miały dla pacjenta ozdrowieńczy charakter, uzależniał się więc od lekarza, pragnąc je powtarzać.

Aby poddać się magnetycznej kuracji w sposób skuteczny, pacjent musi być w pełni przekonany co do istnienia magnetycznego fluidu, który krąży zarówno w kosmosie, jak i w ludzkim ciele. Pacjent ten musi znać i akceptować pogląd, że fluid ten przepływa w jego układzie nerwowym, a co za tym idzie wpływa na całe funkcjonowanie organizmu pod względem fizycznym i psychicznym. Musi być również przekonany, że magnetyzer prowadzący jego kurację jest zdolny do koncentracji fluidu i przekazania go na odległość do organizmu pacjenta (*actio in distans*). Musi godzić się z wytwarzającym się podczas kuracji zjawiskiem uzależnienia od terapeuty. Mesmer zauważył bowiem, że kiedy pacjent nie wiedział, że jest magnetyzowany lub też nie wierzył, że magnetyzer jest zdolny na niego oddziaływać, nie występowały u niego żadnego rodzaju reakcje (Płonka-Syroka 2013: 465-466).

Stereotypową procedurę kuracji magnetycznej w ujęciu kanonicznej postaci doktryny Mesmera rozpoczynało nawiązanie tak zwanego stosunku magnetycznego, zwanego też raportem, jest to specjalna procedura, podczas której pacjent miał sobie uświadomić oraz poczuć, że magnetyzer posiada nad nim przewagę pod względem fizycznym i psychicznym. Uświadomienie sobie tego rodzaju przewagi przez pacjenta wytwarzało w nim poczucie gotowości do poddania się nakazom terapeuty oraz dążenie do kontynuowania terapii. Uzyskaniu tego stanu świadomości przez pacjenta miało służyć stworzenie przez lekarza specjalnej atmosfery, w której były prowadzone terapie magnetyczne. Odbywały się one w miejscach różniących się wyglądem i nastrojem od zwykłego otoczenia pacjenta. Wystrój wnętrza i rozmowy z innymi pacjentami miały wytworzyć nastrój oczekiwania, wzniosłości, kontaktu z tajemnicą. Magnetyzer oddziaływał na wszystkie zmysły pacjenta: terapiom za pomocą dotyku towarzyszyła bowiem często delikatna muzyka, zapach kadzideł, specjalne oświetlenie, wystrój wnętrza oraz strój samego uzdrowiciela. Chorych skłaniano także, by obserwowali zachowanie innych pacjentów, u których już wystąpiły reakcje na oddziaływania magnetyzera. Miało to wzmacniać wiarę pacjenta w zdolności lecznicze terapeuty.

Wszystkie opisane powyżej elementy terapii magnetycznej interpretowano w doktrynie Mesmera odwołując się do pojęć fizycznych, posługując się pojęciem dwóch obiektów – organizmów, pomiędzy którymi zostaje wytworzona specjalnego rodzaju relacja. Organizm lekarza jest fizycznie silniejszy

od organizmu pacjenta. Lekarz także posiada w swoim ciele większą ilość kosmicznego fluidu aniżeli pacjent. Jest on do tego zdolny zarówno ze względu na naturalne zdolności, jakie w tym kierunku wykazuje, jak i ze względu na znajomość procedur umożliwiających czerpanie i koncentrację kosmicznego fluidu. Fluid ten w postaci kropeł jest przekazywany do organizmu pacjenta, który poddaje się w sposób świadomy tej procedurze. Umożliwia to oddziaływanie na układ nerwowy pacjenta (postrzegany ówczesnie jako system rurek), w którym fluid się przemieszcza. Przepływ fluidu z organizmu lekarza do organizmu pacjenta nie osłabia, zdaniem Mesmera, zdolności magnetyzera do właściwego funkcjonowania jego ciała. Terapeuta przekazuje bowiem choremu jedynie skoncentrowany wcześniej w swoim organizmie nadmiar fluidu. Dostarcza wykazującemu niedostateczny poziom energii witalnej pacjentowi odpowiednią jego dawkę, ożywiającą tempo przepływu fluidu lub zwiększającą jego ilość w rurekach systemu nerwowego. W interpretacji Mesmera raport był zjawiskiem o charakterze niemal mechanicznym, był rodzajem fizycznego owładnięcia osoby pacjenta przez silniejszego odeń terapeutę (Płonka-Syroka 2013: 467).

Interpretacja przebiegu terapii magnetycznej dokonana przez Mesmera znajdowała, jego zdaniem, oparcie w faktach. W wyniku „przekazania magnetycznego fluidu” miało według niego nastąpić zwiększenie szybkości jego przepływu, a także zwiększenie ogólnej ilości fluidu w organizmie pacjenta. Skutkiem tego było pojawienie się u pacjentów gwałtownych reakcji (wydawanie okrzyków, drgawki, wykrzywienia i wygięcia ciała). Chorzy tracili także normalne poczucie rzeczywistości. Mesmer opisał te objawy jako tzw. „magnetyczny kryzys”, który mijał po ustabilizowaniu się przepływu fluidu w ciele chorego. Mesmer zabraniał pacjentom znajdującym się we wspomnianym stanie prowadzenia ze sobą rozmów. Prowokował natomiast tak zwany „dialog somatyczny”, to jest wzbudzanie u pacjentów odczuć empatycznych o głębokim wyrazie emocjonalnym. Po nawiązaniu stosunku podległości (raportu) Mesmer zmierzał do wywołania u pacjentów objawów kryzysu, którego przebieg przez cały czas kontrolował. Po ustąpieniu gwałtownych reakcji wielu pacjentów Mesmera zapadało w trwający kilka godzin głęboki sen. Dopiero po przebudzeniu i powrocie do normalnego stanu świadomości opuszczali gabinet.

Nadzorując przebieg terapii, Mesmer zmierzał do jej odpersonalizowania, zachowując dystans do poszczególnych pacjentów. Nie był zainteresowany nawiązywaniem z pacjentami głębszych relacji emocjonalnych i psychicznych, ponieważ zauważył, że podczas magnetycznych terapii może dochodzić do nawiązania się bliskości o charakterze erotycznym. Jedną z tego rodzaju relacji okazała się dla niego na tyle traumatyczna, że nawiązał ze swoją pacjentką romans, co podkopało jego pozycję naukową i towarzyską w Wiedniu, a także zachwiało stabilnością jego małżeństwa. Został oskarżony

o naruszenie etyki lekarskiej, a praktykowanie jego metody zostało zakazane na terenie monarchii habsburskiej przez Kolegium Lekarskie w Wiedniu. Przeniósłszy się z Wiednia do Paryża (1778), prowadził już przeważnie terapie zbiorowe nie chciał już bowiem powtórzyć doświadczeń z Wiednia, które zakończyły jego lekarską karierę w Austrii (Płonka-Syroka 2007b: 44-48).

Nie udało mu się jednak wytworzyć procedur terapeutycznych o neutralnym pod względem emocjonalnym charakterze⁶. Jego metody leczenia wywoływały bowiem pobudzenie erotyczne pacjentów, mimo że pragnął tego uniknąć. Uznał je więc za trwałe elementy terapii związanej z przepływem magnetycznego fluidu między dwoma organizmami (Płonka-Syroka 2013: 468).

Szczególnie interesującym dla samego Mesmera i jego zwolenników był patologiczny stan przepływu określany mianem somnambulizmu – „konwulsyjnego snu i urojenia”. W stanie snu (naturalnego i sztucznego) następuje „wyłączenie” funkcji zmysłowych, co oznacza przerwanie relacji między zmysłami wspólnymi (sensori communis) i zewnętrznymi organami zmysłowymi, skutkujące ustaniem takich funkcji jak: wyobrażenia, pamięć, mowa itd. W tych szczególnych okolicznościach następuje bezpośredni, czyli bez pośrednictwa zmysłów, związek określonego organizmu z przepływem energii kosmicznej. Człowiek „czuje dotknięcie całej natury”. Mesmer zakładał, że podczas nienormalnego, patologicznego snu nie całkiem ulegają przerwaniu relacje zmysły – organizm, lecz może się zdarzyć, że w dalszym ciągu zachodzą pewne „zwierzęce funkcje”, czyli mimowolne ruchy mięśni, manifestujące się np. poprzez mowę. Somnambulizm jest zatem stanem patologicznym, ale bardzo szczególnej natury, a mianowicie zmysłem wewnętrznym, pozostającym w „stałej relacji z całością uniwersum”. Ów całościowy związek wyjaśnia wiele tajemniczych fenomenów (jasnowidzenie, przepowiadanie przyszłości). Somnambulista, zdaniem Mesmera, posiada nadzwyczajne zdolności, których nie da się inaczej wytłumaczyć jak tylko przez ponadnaturalnie rozwiniętą zdolność odbierania subtelnych związków, swoisty „instynkt natury” manifestujący się w jego organizmie. Tak uzasadnione „organiczne” przyczyny zaburzeń nerwowych miały istotne konsekwencje dla dalszego rozwoju przyrodoznawstwa (Miodoński 2001: 21-22).

Za przykład medycznej recepcji mesmeryzmu mogą posłużyć wczesne prace wybitnego lekarza epoki Friedricha Hufelanda. Jego teoria medycyny podejmuje jeden z najbardziej kontrowersyjnych problemów epoki, a mia-

⁶ Komisje, które zajmowały się analizą wartości naukowej Mesmera oceniły jego doktrynę jako niebezpieczną dla moralności publicznej. Pomimo wszystko definitywnie nie zanegowały faktycznego charakteru zjawisk, które stały się podstawą terapii. Odrzuciły jednak przedstawioną przez wiedeńskiego lekarza interpretację. Potwierdziły występowanie u pacjentów specjalnego stanu świadomości, wytworzonego przez terapeutę w wyniku stosowania przez niego praktyk (Płonka-Syroka 2013:468).

nowicie teoretyczne uzasadnienie chorób nerwowych, psychicznych, magnetyzmu zwierzęcego, somnambulizmu „naturalnego” i somnambulizmu „sztucznego”. Odwołując się do całościowego modelu świata, definiuje on chorobę jako stan „zakłócenia całości”, sytuacji, gdy rozpada się naturalna harmonia organizmu, zbudowana według stałych praw natury wielkiego organizmu świata. „Nigdzie nie występują zjawiska *sympatii* [współodczuwania, współczucia] tak wyraźnie – pisze – jak tam, gdzie w człowieku ulegają uszkodzeniu lub stłumieniu wyższe funkcje jego sfery subiektywnej, gdzie przestaje ona działać jako organiczna całość i reagować na świat zewnętrzny” (emfaza i tłumaczenie autora artykułu, Miodoński 2001:23).

Stan snu może być zatem definiowany jako „proces wegetatywny”, albo, co jest również charakterystyczne dla Hufelanda i wielu zwolenników dynamicznego przyrodoznawstwa, jako „proces nieświadomy”, ponieważ sfera subiektywności traci swą aktywność na rzecz sfery obiektywnej. Człowiek w tym stanie przypomina funkcje życiowe zwierzęcia. „Doskonalsza strona jego istoty rozplywa się w ogólnej naturze”. Ów normalny, przypisany człowiekowi stan nie budzi wątpliwości, problem pojawia się, jednak wówczas, gdy następują stany pośrednie, tzn. „niedoskonałego czuwania” oraz „snu na jawie”. Przykładem może być lunatyk, który przy nieczynnych zmysłach, pod działaniem jakiegoś nieznanego wewnętrznego „uczucia” zdąży do jakiegoś określonego przedmiotu, mogącego być formą jego ciemnych, nieokreślonych marzeń, wyjaśnialnych tylko w postaci związku „sympatycznego” (współczulnego).

Pojęcie związku sympatycznego wyłożone zostało w pracy Hufelanda *Lieber Sympathie* (1811). Cała koncepcja nawiązuje do teorii przepływu Mesmera, ale również do tradycji hermetycznej, dla której pojęcie „sympatia” było wyrazem wspólnego związku z naturą (*communis cognatio naturae*), zasady łączącej sferę podksiężycową i sferę niebieską. Z działania sympatii wynikają istotne konsekwencje medyczne, otóż w człowieku skupiają się, rzecz można, indywidualizują się prawa mechaniki bytu, czyli zasada polaryzacji, czyli „cała przyroda”. Oznacza to swoistą spolaryzowaną jedność wyższej i niższej natury, „duchowego” i „zwierzęcego” w człowieku jako organizmie. Jakkolwiek owe dwa bieguny ludzkiego organizmu tworzą nierozzerwalną całość, może się zdarzyć lekka przewaga któregoś z nich. Wówczas następuje zakłócenie kruchej harmonii i zburzenie organicznej jedności, skutkujące cierpieniem i chorobą (Miodoński 2001: 24). „Každy indywidualny organizm magnetyzuje inny, gdy działa pozytywnie na niego, polaryzuje go i mniej lub więcej przyciąga jego sferę”. Fenomen somnambulizmu obiektywizuje szczególnego rodzaju związek magnetyzującego i magnetyzowanego, a mianowicie do tego stopnia spaja się ich wewnętrzna natura, że „tworzą jedno indywiduum”. Dusza magnetyzera zlewa się z duszą

somnambulika, poskramia jego sferę subiektywną i wpływa na jego funkcję (Miodoński 2001: 24).

Jednym z najgłośniejszych magnetyzerów epoki był markiz Armand Marie Jacques de Chastanet de Puységur, który jako pierwszy zaobserwował możliwość wydawania poleceń i wpływania na pacjenta znajdującego się w głębokim uśpieniu hipnotycznym (Płonka-Syroka 2007b: 72-77, 79; Miodoński 2001: 20, 25).

Nawiązując do Puységur i do tzw. strasburskiej szkoły mesmeryzmu Friedrich Schlegl niezwykły magnetyzer i terapeuta dokonuje istotnej reinterpretacji mesmeryzmu w oparciu o model spirytualistyczno-chrystoplogiczny, w którym centralne miejsce bytu zajmuje Jezus jako ucieleśniony Logos i święta historia stworzenia⁷. Te właśnie założenia teoretyczne leżą u podłoża „chrześcijańskiej magnetoterapii” (Miodoński 2001: 20-21).

Pomimo kontrowersji związanych z nową modą terapeutyczną w końcu XVIII i w pierwszej poł. XIX wieku doktryna Mesmera stała się jednak przedmiotem uważnych analiz w medycynie niemieckiej, głównie w krajach protestanckich. Kulminacyjny punkt zainteresowania magnetyzmem zwierzęcym zbiega się w czasie z rosnącą na znaczeniu romantyczną filozofią przyrody, która wpływa na ukształtowanie się paradygmatów tzw. niemieckiej medycyny romantycznej opartej na idealistycznych podstawach, z którą twierdzenia Mesmera nie były sprzeczne i dawały się rozpatrywać jako naukowe. Słynne *actio in distans* (działanie na odległość) posłużył w medycynie romantycznej jako uzasadnienie teoretycznej możliwości mesmeryzmu.

W mnogości tworzonych ówczesznie na niemieckich uniwersytetach doktryn medycznych⁸ występowały nawiązania zarówno do interpretacji fluidystycznej, charakterystycznej dla Mesmera, jak i antyfluidystycznej, spotyka-

⁷ W doktrynach niemieckiej medycyny romantycznej charakterystyczne jest literalne traktowanie ludzkiej duszy jako niematerialnej rzeczywistości fizycznej, której istnienie należy brać pod uwagę nie tylko w kategoriach metafizycznych czy też religijno-światopoglądowych, ale i w koncepcjach z zakresu fizjologii czy patologii (Płonka -Syroka 1997:30).

⁸ Ze zjawiskiem zwanym niemiecką medycyną romantyczną mamy bowiem do czynienia głównie w krajach protestanckich, w których wyznaniem panującym był luteranizm. Tworzył on dogodne podstawy światopoglądowe dla rozwoju medycyny o orientacji niematerialistycznej. Cechą świadomości społeczności lekarskiej, która stworzyła niemiecką medycynę romantyczną, przejawiającą się we wszystkich teoriach i doktrynach przez nią wytworzonych, była dosłownie pojmowana religijność. Podstawowym punktem odniesienia tych koncepcji było ich zakorzenienie w protestanckiej wizji świata. Doktryny medyczne niemieckiego romantyzmu zachowują zawsze uniwersalistyczną perspektywę. Przyroda jest w nich postrzegana w perspektywie Bożej, człowiek – w perspektywie fizycznej i nadprzyrodzonej zarazem, przy czym perspektywa metafizyczna winna mieć zasadnicze znaczenie. Z pewnością religijnymi winny być uzgadniane koncepcje nauk fizycznych. Wszelkie teorie o charakterze szczegółowym powinny znajdować podwójne zakorzenienie wobec obydwu wspomnianych punktów odniesienia (Płonka-Syroka 1997:24) .

nej u Puysegura. Rozwinął się także spirytystyczny nurt interpretacji mesmeryzmu, który był przyjmowany krytycznie przez niemieckich lekarzy klinicznych (Płonka-Syroka 2007a: 24).

Medycyna niemiecka tamtego czasu – ciągle poszukująca swojej teoretycznej i praktycznej tożsamości – odkryła w mesmeryzmie kierunek nowych poszukiwań. W nauce niemieckiej stało się to, co przewidywał pierwszy znaczący zwolennik mesmeryzmu Johann Kaspar Lavater – magnetyzm zwierzęcy, wzbogacony o teorię procesów magnetycznych, uzyskał status dyscypliny naukowej. To niezwykle przejście dokonało się na przestrzeni niewielu lat paralelnie do procesu kształtowania się romantycznej filozofii przyrody.

Zarazem Mesmeryzm staje się także jednym z konstytutywnych elementów nowej romantycznej filozofii przyrody. Jej prekursor Friedrich Schelling odrzucał fizykę eksperymentalną jako „zbiór faktów”. Prawdziwą fizyką może być tylko „fizyka spekulatywna”, czyli „wyższa fizyka”, odnosząca się do pryncypiów bytu. O tym stanowisku filozofa, jego słuchacz Franz von Baader powiedział, że było ono „pierwszym radosnym objawieniem fizyki obudzonej ze śmiertelnego snu atomizmu (Miodoński 2001: 8).

Schellingańska koncepcja organizmu okazała się nadzwyczaj płodną inspiracją dla współczesnych dyskusji toczonych na łamach czasopism naukowych. Szczególną uwagę zwraca rozgłos, jaki uzyskała w środowisku lekarskim, spierającym się wówczas o status medycyny jako nauki. Liczne grono zwolenników Schellinga przyczyniło się do rozwoju jednej z najbardziej prężnych dziedzin przyrodoznawstwa – romantycznej medycyny.

Jeśli w ogóle medycyna byłaby zdalna do jakiegoś naukowego potraktowania, istniałaby potrzeba zastosowania do tego filozofii przyrody, której podstawowe zasady musi przyjąć lekarz jako własne. Czymże bowiem jest podstawa teorii medycznej jak niezastosowaniem filozofii przyrody? Pozbawić medycynę filozofii to niedorzeczny pomysł postrzelonej głowy (Miodoński 2001: 10).

Filozofia stanowi zatem niezbędny składnik, umożliwiający przejście od wiedzy leczniczej (Heilkunde) do sztuki lekarskiej (Heilkunst) i medyny jako nauki teoretycznej.

W tym sensie mesmeryzm traci postać wąsko rozumianej metody terapeutycznej, stając się wyznacznikiem „ciemnej strony natury”, drogą do odkrycia tego, czego w żaden sposób nie można osiągnąć metodami racjonalno-empirycznymi. Magnetyzm zwierzęcy potwierdza duchową naturę świata oraz możliwość uniwersalnej jedności idealnego i realnego. W „ciemnej świadomości” somnambulisty znosi się wszelkie różnicowanie i otwiera się pełnia owej ponadhistorycznej jedności, następuje przejście z „filozofii natury” do „filozofii świata duchowego” jak mówi Schelling.

Podobnie wypowiada się również w sprawach medycyny, rozwijając swoją teorię „absolutnej jedności” obiektywizującej się w organizmie. Z niej wyprowadza, również pojęcie choroby. Jeśli organizm oznacza całość form materialnych i duchowych, czyli „produkt”, w takim razie choroba, którą należy uznać za stan patologiczny jednego z elementów całości, jest „niewłaściwym stosunkiem”. To znaczy, że jako taka powstaje w relacji różnicującej się aktywności, prowadzącej do produktu. Choroba nie stanowi zatem swoistej jakości, lecz wynika z jakościowych stosunków dynamicznego procesu polaryzacji, ze „stosunku form” Miodoński 2001: 14).

Można odnieść wrażenie, że to, co głosi Schelling-filozof, przekłada się na praktyczne pojęcia medycyny Schellinga – lekarza. W ten sposób dokonuje się syntezy schellingiańskiej filozofii przyrody i współczesnych koncepcji medycznych.

Rozważania nad magnetyzmem zwierzęcym i „teorią sympatii” skłaniają innego myśliciela Karla Eberharda do sformułowania zasady „współcierpienia”. W konsekwencji rzeczy na świecie łączą się we wzajemnych stosunkach zależności w taki sposób, że są dla siebie wzajemnie „zwierciadłem swojej aktywności i pasywności”. Opierając się na tak rozumianej spolaryzowanej zależności autor wyjaśnia fenomen terapii magnetycznej, jako współlistnienie i harmonię magnetyzowanego i magnetyzującego:

Wszystko, co widzimy, słyszymy i poruszamy – pisze – widzimy, słyszymy i poruszamy tylko dlatego, ponieważ to samo nas magnetyzuje i stosownie do tego, poprzez nasze zmysły i członki, w każdym momencie wyływa na świat siła (albo coś podobnego). Stamtąd zaś ponownie wraca do nas, ponieważ nie może być wzajemnego leczenia bez wzajemnego działania i przeciwdziałania (Miodoński 2001: 15).

Jego najważniejsza konstatacja brzmi: magnetyzmu zwierzęcego nie należy rozumieć w kategoriach zupełnej odmienności praw przyrodniczych, wręcz przeciwnie jest on tak stary jak stara może być natura, ponieważ wyraża przynależne jej właściwości (Miodoński 2001: 15-16).

Romantyczni poeci i pisarze epoki dokonują „literaryzacji” modelu filozoficzno-przyrodniczego, dostrzegając w transie, magnetycznym objawienie najgłębszych pokładów duszy ludzkiej, za ich sprawą mesmeryzm uzyskuje rozgłos, stając się elementem szeroko rozumianego paradygmatu romantycznego.

O popularności mesmeryzmu i jego niebywałej roli w przyrodoznawstwie przełomu XVIII i XIX wieku świadczy zainteresowanie tym zjawiskiem wśród najwybitniejszych przedstawicieli idealizmu niemieckiego. Johann Gottlieb Fichte pozostawia świadectwo niezwyklej atmosfery seansów magnetycznych, prowadzonych przez berlińskiego lekarza i magnetyzera, ucznia Mesmera, Karla Christiana Wolfarta, który w berlińskiej Armen-Klinik prowadził słynne eksperymenty hipnotyczne. Filozof uczestniczący w seansach

magnetycznych, szczegółowo opisał ich przebieg, mając przede wszystkim na uwadze konsekwencje filozoficzne. W magnetyzmie zwierzęcy dostrzegł obiektywizację „ogólnej zasady”. Wola i ciało tworzą jedno życie i jako takie są „objawiającym się Ja”. Filozof obserwuje daleko posuniętą zgodność zjawiska ze swoją koncepcją świata, czyli jedność „subiektywnego i obiektywnego”, „myślącego i pomyślanego”. Jego stanowisko wyraża więc standard ujmowania magnetyzmu. Rozmowy z Wolfartem przekonały Fichtego, że oto znajdujemy się na granicy odkrycia uniwersalnego środka leczniczego. Fichte uważa więc magnetyzm zwierzęcy za „szósty zmysł całości natury”, za przejaw wznoszenia się życia organicznego na coraz wyższy poziom samoorganizacji i samoregulacji (samoleczenia). Z entuzjazmem poddaje się myśli o niemalże nieograniczonych możliwościach praktycznego wykorzystania zdolności tkwiących w przyrodzie: „Pobudzanie owej samoregulacji byłoby zapewne jedynym prawdziwym uniwersalnym środkiem leczniczym” (Miodoński 2001: 18, 19).

Szczególnie popularnym magnetyzm stał się w XVIII-wiecznej Litwie wśród polskiej elity intelektualnej. Zwłaszcza Adam Mickiewicz i Juliusz Słowacki gustowali w mistycznych odmianach mesmeryzmu, skupiając się na problemach magnetycznej potęgi wzroku. Mickiewicz był ponadto zafascynowany snem, który jak sądził więził ciało, ale nie duszę. Sen magnetyczny zdawał się dlań ważnym elementem uwalniającym duszę od cielesnych doznań w tym od cierpień choroby (Karpińska 2012: 122-123; Płonka-Syroka 1990)⁹. Tego typu doświadczenia nie były obce również Aleksandrowi Fredrze, ale najpełniej magnetyzm zaważył na życiu i twórczości Zygmunta Krasińskiego. Początkowo miał on dla niego znaczenie uczuciowe czy wręcz erotyczne, jednakże z czasem ważniejszy okazał się wymiar terapeutyczny seansów. Otóż, Krasiński jak rzadko który z romantyków, odczuwał ograniczenia wynikłe z cielesności, miał silne poczucie uwięzienia w ułomnym ciele. Od najmłodszych lat chorował na gruźlicę, zaś później dręczyły go i inne przypadłości. Problemy zdrowotne potęgowały działania lekarzy ordynujących pacjentowi modną naówczas hydroterapię. Magnetoterapia, ale i narkotyki miały być katalizatorem uwalniającym od cielesnej i naznaczonej cierpieniem codzienności (Karpińska 2012: 123; Płonka-Syroka 1990).

⁹ Dramatycznie magnetyzm wpłótł się w życie i twórczość innego romantyka Antoniego Malczewskiego. Z magnetyzmem zapoznał się we Francji, gdy sam w 1815 r. poddał się tej kuracji. Po powrocie w rodzinne strony, prawdopodobnie z pragnienia pomocy zgodził się magnetyzować swą kuzynkę Zofię Rucińską cierpiącą na przypadłości o podłożu histerycznym. Pacjentka, matka dwójki dzieci, poczuła tak silny związek ze swoim terapeutą, że nie tylko opuściła męża, ale i wyjechała za Malczewskim do Warszawy. Nie mogąc znieść rozłąki z nim nawet na kilka godzin, nie zezwalała mu na pracę urzędniczą. Wypadki te doprowadziły poetę na skraj nędzy a magnetyczny związek zakończyła dramatyczna śmierć Malczewskiego (Karpińska 1990:123).

Dla samego Mesmera celem naczelnym terapii pozostawało przywrócenie harmonii, czyli innymi słowy wzmocnienie przepływu subtelnej materii poprzez działania terapeutyczne. Dla romantyków zaś stan dysharmonii oprócz tego, że odzwierciedlał w określonym sensie stan patologiczny, niósł ze sobą istotną wartość poznawczą - był innym sposobem bycia w świecie, wglądem w strukturę bytu i świadomości, niedostępnych dla normalnego i zharmonizowanego stanu egzystencji człowieka. Wielką, niedocenianą zasługą romantyzmu - przy wszystkich jego aberracjach oraz ideologizacji filozofii – pozostanie odkrycie i próba opisanie obszarów nieświadomionej egzystencji.

Mesmer zdawał sobie sprawę z niedoskonałości swojej koncepcji. Jego kolejne publikacje zawierały coraz bardziej dopracowane w szczegółach rozwiązania. Ale dopiero oparcie psychologii na pojęciu nieświadomości można uznać za rzeczywisty jakościowo skok teorii magnetyzmu zwierzęcego w kierunku wyjaśnienia patologii procesów życia duchowego człowieka. Przełom ten dokonał się właśnie w nurcie romantycznej filozofii przyrody (Miodoński 2001: 30).

Zainteresowanie mesmeryzmem pojawiło się ponownie w europejskiej medycynie klinicznej dopiero po usunięciu z niemieckich fakultetów medycznych standardu medycyny romantycznej, co dokonało się w latach 1848-1849. Można już było bowiem wtedy podjąć się analizy niektórych problemów medycznych bez konieczności ich interpretowania zgodnie z powyższymi standardami, który większość europejskich lekarzy uznawała za irracjonalny.

Jednym z lekarzy, który zdecydował się podjąć nowego opisanie fenomenów przedstawionych w XVIII w. przez F. A. Mesmera był angielski chirurg, James Braid, który uznał, iż fenomeny te obrosły w medycynie europejskiej w tak bogatą kazuistykę, iż trudno byłoby zanegować ich istnienie. Aby odebrać się od negatywnej atmosfery związanej w medycynie klinicznej z mesmeryzmem, zaproponował stworzenie nowej szaty pojęciowej, za pomocą której będzie można fenomeny te opisać. Wprowadził pojęcie hipnozy, zastępując nim pojęcie magnetyzmu zwierzęcego, stosowane wcześniej przez Mesmera i jego naśladowców.

Do pozostałości niemieckiej medycyny romantycznej po roku 1848 należała szeroka recepcja doktryn medycznych, nawiązujących do tradycji hermetycznej – i mesmeryzmu, także homeopatii (por. Angutek 2017: 33-34) upowszechnionych przez popularną prasę i stosunkowo szeroko utrwalonych w powszechnej świadomości. Zainteresowanie psychicznymi aspektami choroby, jej uwarunkowaniami wykraczającymi poza czynniki materialne, stworzyło dogodne warunki dla badań nad rolą sugestii i upowszechnienia się na przełomie XIX i XX wieku doktryny psychoanalizy, czerpiącej wiele z dokonań dawnego mesmeryzmu (Płonka-Syroka 1997: 33-34).

Bibliografia

- Angutek Dorota (2017), „Paradygmat homeopatii klasycznej w perspektywie antropologiczno-kulturowych koncepcji myślenia magicznego”, *Medycyna Nowożytna. Studia nad kulturą medyczną*, t. 23, z. 1.
- Canquihem Georges (2000), *Normalne i patologiczne*, Gdańsk.
- Karpińska Małgorzata (2012), „Romantyczno-magnetyczna ucieczka od ciała. Od Antośka Golca do Zygmunta Krasieńskiego” [w:] *Somatotes. Cieleśność w ujęciu historycznym*, red. R. Matuszewski, Warszawa.
- Miodoński Leon (2001), „Medycyna romantyczna w Niemczech jako eksplikacja filozoficznego rozumienia świata i człowieka – Mesmer i mesmeryzm”, *Medycyna Nowożytna*, nr 8/2.
- Nausbaum Henryk (1926), *Filozofia medycyny*, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych, Poznań.
- Płonka-Syroka Bożena (2013), *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław.
- Płonka-Syroka Bożena (2007b), *Mesmeryzm. Od astrologii do bioenergoterapii*, Wrocław.
- Płonka-Syroka Bożena (1997), „Niemiecka medycyna romantyczna (1797-1846) jako problem badawczy”, *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, nr 42/1.
- Płonka-Syroka Bożena (2007a), *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa.
- Płonka-Syroka Bożena (1990), *Recepcja doktryn medycznych przełomu XVIII i XIX wieku w polskich ośrodkach akademickich w latach 1784-1863*, Wrocław-Warszawa-Kraków.
- Skobel Fryderyk Kazimierz (1937), *O pojęciu choroby ze stanowiska filozofii natury*, [b.m.w.] Kraków.
- Urbanek Bożena (2002), „Zdrowie i choroba w ujęciu polskich lekarzy II połowy XIX i początków XX wieku”, *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, nr 3.

Anna Sęderecka

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Filia w Piotrkowie Trybunalskim

ORCID 0000-0003-4636-7257

e-mail: anna.sederecka@op.pl

Materialne ślady chorób zakaźnych z okresu nowożytności w Piotrkowie Trybunalskim

Streszczenie

Celem artykułu było opisanie jakie materialne ślady w nowożytności pozostawiły po sobie choroby zakaźne w Piotrkowie. Miasto Piotrków, podobnie jak inne takie ośrodki w Królestwie Polskim w tym okresie, bardzo często miało problem z różnego rodzaju epidemiami chorób zakaźnych. Mimo to nie ma tutaj zbyt wiele materialnych śladów tych wydarzeń. Do dziś zachowały się dwie tablice epigraficzne księży Szymona Kijńskiego i Wojciecha Trzebuchowskiego, którzy zmarli w wyniku zarazy w 1708 roku przy posłudze kapłańskiej. Istnieją też informacje o jednej tablicy, gdzie bezpośrednio wspomniano zarazę. W Piotrkowie zachowały się również dwie kapliczki choleryczne, usytuowane w południowej części miasta, jednakże nie jest jasne, kiedy dokładnie zostały tam umieszczone pierwsze tego typu „znaki ostrzegawcze”.

Słowa kluczowe: zaraza morowa, Piotrków, tablice epigraficzne, jezuici

Material relics of infectious diseases from the early modern period in Piotrków Trybunalski

Abstract

The aim of the article was to describe what material traces were left by infectious diseases in Piotrków in early modern times. The town of Piotrków, like other towns or cities of the Kingdom of Poland in the early modern period, often had a problem with various types of infectious diseases. Despite this, there are not many material traces of such events in the city. Two epigraphic plaques have survived to this day to commemorate Szymon Kijński and Wojciech Trzebuchowski, who died as a result of the plague in 1708 while serving as priests. There is also information about one plaque on which the plague was mentioned directly. Piotrków also had two choleric chapels situated in the southern part of the town, however, it is not known when exactly such “warning signs” were erected in these places for the first time.

Key words: plague, Piotrków, epigraphic plates, Jesuits

Głównym celem niniejszego tekstu jest przypomnienie o zachowanych w Piotrkowie Trybunalskim materialnych śladach epidemii, które dotyczyły miasto w epoce nowożytności. Konkretnie skupiłam się przede wszystkim na epigrafice dotyczącej dwóch księży, zaangażowanych w pomoc zarażonym, w wyniku której to pomocy obaj zostali zakażeni i zmarli. By jednak wprowadzić odpowiednio w ten złożony, a nieodnotowany szerzej w literaturze przedmiotu temat, postanowiłam dokonać kilku krótkich podsumowań in-

formacji odnoszących się do wiedzy i wierzeń dotyczących się problemów chorób zakaźnych w Polsce nowożytnej, znaczenia instytucji kościelnych, przede wszystkim szpitali w tym kontekście, a także zachowanych w literaturze wiadomości odnośnie epidemii w Piotrkowie Trybunalskim, pochodzących z interesującego mnie tu okresu. To wszystko pozwoli lepiej zrozumieć treści zachowane w materiale epigraficznym. Trudno też było nie zauważyć znajdujących się w mieście do dzisiaj śladów epidemicznych w postaci dwóch kapliczek cholerycznych, które w obecnym kształcie funkcjonują od XIX wieku, ale najprawdopodobniej istniały też wcześniej w tych samych miejscach, położonych ówczynie na południe od grodu nad Strawą.

Spojrzenie na zarazę oczami ówczesnych

Powszechność i częstotliwość epidemii sprawiała, że wiadomości o nich znaleźć można we wszelkiego rodzaju źródłach: aktach normatywnych państwowych, dokumentach miejskich i kościelnych, dokumentacji sejmowej i sejmikowej, aktach sądowych, listach, testamentach, pamiętnikach, kronikach, rachunkach, inwentarzach, rejestrach podatkowych, traktatach medycznych, poradnikach, utworach literackich, ikonografii i epigrafice (Karpiński 2000). Między połową XIV a początkiem XVIII wieku najgroźniejszą chorobą zakaźną, nękającą społeczeństwo europejskie, była dżuma, nazywana morową zarazą, choć nazwa ta mogła odnosić się do innych chorób zakaźnych. Ogniska dżumy występowały jednak najczęściej (Scott, Duncan 2020; Chylińska, Zawadzka, Sołtysiak 2008; Kracik 2020). O zarazach morowych pisali między innymi Antoni Walawender w *Kronice kłęsk elementarnych w Polsce i w krajach sąsiednich w latach 1450-1586. Zjawiska meteorologiczne i pomory (z wykresami)* (Walawender 1932) oraz Stanisława Namaczyńska, o latach 1648-1696 (Namaczyńska 1937). Interesujące są również starsze opracowania, między innymi Piotra Umiastowskiego w *Nauce o morowym powietrzu* (Umiastowski 1591), Sebastiana Petrycego na temat *Instrukcji abo nauki, jak się sprawować czasu moru* (Petrycy 1613), Ludwika Gąsiorowskiego w *Zbiorze wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce od czasów najdawniejszych, aż do najnowszych* (Gąsiorowski 1839) oraz Romana Czetyrkin *O zarazie morowej* (Czetyrkin 1846).

Wierzono, że morowe powietrze przychodziło do Polski z innych części świata. Zaczynało się w Egipcie, a następnie przenosiło się przez Sztambuł do Europy. Pojawiało się, gdy wylewała rzeka Nil i na jej brzegu odkładało się mnóstwo robactwa, które gniło na ostrym słońcu. Wówczas powietrze napełniało się szkodliwymi oparami. Według późniejszych badań, faktycznie punktem wyjścia większości epidemii dżumy były tereny wokół Morza Czarnego i Kaspijskiego, Azja Mniejsza i kraje Półwyspu Arabskiego. (Bekus, Majewski 2020: 28-29). Mianem morowego powietrza w epoce staropolskiej określono epidemie dżumy, czarnej ospy, kiły, cholery i innych,

ostro zakaźnych chorób o dużym, falowym nasileniu i wielkiej śmiertelności (Banaś 2020: 51; Franczak, Listwan 2014: 16).

We wcześniejszych wiekach wierzono, że zarazę przynieść mogą zjawiska astrologiczne. Chorobę zwiastowała też duża liczba żab, szczurów, komarów, motyli i much (Giedroyć 1899: 75). Szeroko omawia źródła dotyczące leczenia i zwalczania dżumy Michał Kuran (Kuran 2020). Źródłem informacji na temat wiedzy o chorobach oraz zaleceniach sanitarnych możemy czerpać z opisów Marcina z Klecka i Jana Strachockiego (Marcin z Klecka 1624; Strachocki 1677). Porady oraz modlitwy dotyczące zarazy z 1546 roku znajdują się w bro-szurze z połowy XIX wieku *Krzyż święty przeciw morowemu powietrzu*.

Większość ówczesnych medyków wyobrażała sobie zarazę w postaci jakiejś nieuchwytej, gęstej mgły, wyziewu. Według ich poglądów zaraza zakażała krew, a po dostaniu się do serca, zabijała człowieka (Burchardt, Burchardt 2008: 335). W 1897 roku odkryto rolę pcheł i błon śluzowych w rozprzestrzenianiu się dżumy. Do tamtego czasu lekarze cały czas nosili charakterystyczne stroje: skórzane płaszcze, rękawice, okulary i ostro zakończoną maskę, wyglądającą jak ptasi dziób (Glinkowska 2020: 41). Leczeniem zajmowali się chirurdzy, znachorzy, łąziebnicy i cyrulicy. Usługi medyczne świadczyli również, zupełnie do tego niepowołani, ale posiadający pewną wiedzę o anatomii kaci (Kiełbik 2011: 122). W literaturze przedmiotu opisano sposoby leczenia ludzi dotkniętych morowym powietrzem, proponowane przez staropolskich medyków. Można je podzielić zasadniczo na dwie grupy: religijne i medyczne. Jeśli chodzi o metody religijne, mówi się zwykle o modlitwach do św. Rozalii, uznawanej za bardzo skuteczną wspomóżcielkę, a także do świętych Rocha i Sebastiana (Kamieniecki 2020: 334-335; J.Fr. 1915; Frydrychowicz 1705). O początkach kultu św. Rocha pisał Zdzisław Ossowski w artykule *Epidemie, zarazy i ich patroni. Początki kultu świętego Rocha w Europie* (Ossowski 2021). Więcej o kulcie św. Rozalii można przeczytać w artykule *Kult Świętej Rozalii z Palermo* (Targosz 2008).

Pierwsze polskie szpitale i cmentarze epidemiczne

W Polsce rozwój szpitalnictwa związany był z chrześcijaństwem. Już pierwsze zgromadzenia zakonne prowadziły w swoich opactwach hospicja i szpitale wewnątrzklasztorne oraz zajmowały się pomocą dla potrzebujących i leczeniem chorych. Z ich małych wewnętrznych infirmerii zrodziły się z czasem większe przyklasztorne szpitale, przyjmujące niekiedy formę prepozytur (Surdacki 2015: 49; Bartkowiak 2009). Szpitale średniowieczne przeznaczone były nie tylko dla chorych, lecz również dla ludzi biednych, słabych, ułomnych i w podeszłym wieku. Stwarzały także osobom świeckim możliwość osiągnięcia dwóch celów. Pierwszy, zapewnienie sobie spokojnego żywota na starość, gdy nie starczy sił do pracy oraz drugi, zbawienia duszy po-

przez pobożną donację i sprawowaną w zamian za nią przez zakonników-szpitalników opiekę duchową (Eysymontt 2008: 8; Rozynekowski 2014: 233).

Szpitalnictwo zajmowało szczególne miejsce w przepisach prawa kanonicznego jako prawna emanacja głoszonych przez kościoł ideałów zawartych w Ewangelii (Szarszewski, Zagierski 2010: 440). W 1577 roku duchowieństwo polskie, na synodzie piotrkowskim, przyjęło uchwały soboru trydenckiego, od tego momentu zwierzchnictwo nad szpitalami niemal całkowicie przejął Kościół (Gryko 2010: 49). Istniały również w państwie polskim szpitale parafialne, które na masową skalę zaczęły się rozwijać dopiero pod koniec XVI wieku. Jednym z wyróżników szpitali parafialnych było to, że nie posiadały własnych wezwań i co najwyżej mogły być kojarzone z patronem czy patronką kościoła farnego (Surdacki 2017: 9).

Wśród zorganizowanej służby przeciwepidemicznej ważną rolę odgrywali ludzie zajmujący się pogrzebami ofiar zarazy. Rekrutowali się najczęściej spośród miejskiej biedoty, wyrobników, żebraków lub przykościelnej służby cmentarnej (Karpiński 2014: 367) – stąd ze względu na zatrudnienie ludzi z nizin społecznych, częste podejrzenia o kradzieże czy rozpowszechnianie choroby. Na przykład lubelskich grabarzy z 1711 roku skazano na śmierć za celowe szerzenie zarazy morowej (Pękacka-Falkowska 2021: 212). W XVII wieku postrzegano żebraków i włóczęgów jako grupy roznoszące epidemie i stosowano wobec nich ostre restrykcje prawne (Jarczykowa 2015: 167). Okres nowożytny to także czas, w którym coraz częściej wydzielano jakąś część miasta, najlepiej nieco oddaloną od głównych traktów, na miejsce pochówku osób zmarłych w wyniku zarazy.

Zaraza w Piotrkowie i pierwszy w mieście szpital

W Piotrkowie temat chorób zakaźnych był również istotny. W 1543 roku z powodu zarazy przesunięto obrady sejmku piotrkowskiego na 6 stycznia następnego roku (Giedroyć 1899: 50). Z takiej samej przyczyny odwołano lub przesunięto obrady sejmku również w latach 1521 i 1553. Zaraza w mieście pojawiła się też w latach 1653, 1661, 1674 (Żerek-Kleszcz 1989: 160; Gwiżdza 2008: 47). Franciszek Giedroyć wymienia Piotrków wśród miast, które najbardziej ucierpiały w wyniku zarazy w latach 1709-1711 (Giedroyć 1899: 60). Źródłem epidemii najprawdopodobniej były wojska szwedzkie, które w lipcu 1701 roku wkroczyły na tereny Rzeczypospolitej. Rok później zajęły Warszawę, a po zwycięskiej bitwie pod Kliszowem zdobyły Kraków. Dla chorych i rannych żołnierzy szwedzkich wzniesiono w tym czasie w Pińczowie lazaret, w którym miały pojawić się pierwsze przypadki zachorowań na dżumę (Pękacka-Falkowska 2019: 8; Flis 1960: 474; Górka 2010: 282). W latach 1702-1711 dżuma pochłonęła w Rzeczypospolitej od 12 do 25 procent ludności. Na podstawie relacji osiemnastowiecznych na temat przebiegu zarazy można przyjąć, że dżuma bądź towarzyszące jej inne choroby zakaźne

pochłonęły w miastach przynajmniej jedną trzecią ludności, a szczyt umieralności następował w czwartym miesiącu od pierwszych zachorowań. (Barański, Łampika 2020: 215-216). Miasta XVIII wieku były wylęgarnią zarazków, wiązało się to z wysoką gęstością zaludnienia oraz złymi warunkami higienicznymi (Srogosz 1997: 88). Z powodu zarazy z lat 1708-1710 zmarło w Piotrkowie ponad 500 osób. Jest to istotna epidemia, gdyż w jej wyniku przy posłudze chorym swoje życie zakończyli kapłani Szymon Kijński i Wojciech Trzebuchowski z klasztoru jezuitów, uzyskując w ten sposób szacunek piotrkowian. Tablice pamiątkowe obydwu duchownych znajdują się w kościołach piotrkowskich (Paluszkiwicz 1995: 3-4; Renkiel 2013). Zaraza morowa zaatakowała miasto ponownie w 1756 roku (Żerek-Kleszcz 1989: 160).

Mimo tego, że epidemie odegrały dużą rolę w życiu mieszkańców Piotrkowa nie zachowało się zbyt wiele wzmianek na ten temat w literaturze przedmiotu. Z pewnością zagadnienie to wymaga pogłębionych studiów archiwalnych, do których wstępem jednak powinno być przyjrzenie się zachowanemu materiałowi epigraficznemu.

W Piotrkowie od XV wieku istniał szpital Świętego Ducha, związany z postacią Andrzeja Szydłowskiego, który złożył darowiznę na jego rzecz. Były to nabyte 4 łany gruntu w Piotrkowie. Andrzej Szydłowski był też fundatorem piotrkowskiego przytułku dla starców i kalek, a w 1539 roku ufundował za Bramą Krakowską, obok mostu na Strawie, kaplicę Świętej Trójcy. O fundacji Andrzeja Szydłowskiego wspomina się na tablicy poświęconej, znajdującej się w kościele farnym w Piotrkowie (Rawita-Witanowski 1918: 28; Rawita-Witanowski 2017: 393). Początki szpitala są jednak wcześniejsze. W 1484 roku odnotowano legatem ks. Stefana Lunka fundację szpitala z tak zwanym kościółkiem Świętego Ducha, później nazwanym Kaplicą Św. Trójcy nad Strawką (Głowacki 1984: 28). O szpitalu w Piotrkowie wspomina również wizyta kanoniczna arcybiskupa Łaskiego z 1521 roku, a miał być założony przez burmistrza i rajców miejskich (Rawita-Witanowski 2017: 843). W 1656 roku zabudowania zostały spalone przez Szwedów. Szpital miał zostać odbudowany w 1757 roku, był on murowany z gankiem od wschodu, sklepioną sienią, dwiema izbami i sklepioną kaplicą (B. a. 1950: 235). W 1763 roku szpital i przytułek zostały połączone w jedną instytucję szpitala parafialnego staraniem radnego miejskiego Kazimierza Kurowskiego (Rawita-Witanowski 2017: 844). W 1851 roku, z powodu procesu niszczenia budynku, szpital przeniesiono w inne miejsce (B. a. 1950: 235). Warto podkreślić, że wymienione powyżej przybytki znajdowały się w południowej części miasta, tam też, w odpowiedniej odległości, usytuowano cmentarz choleryczny.

Jezuici i zaraza w Piotrkowie

Zanim jezuita osiedlili się na stałe w Piotrkowie najpierw przez kilkanaście lat głosili kazania i spowiadali w farze, dojeżdżając z Rawy Mazowieckiej (Paluszkiewicz 1995: 3). Jan III Sobieski nadanym dokumentem pozwolił na postawienie kościoła i kolegium. Wkrótce jezuita uzyskali kolejny przywilej, pozwalający na wykonywanie w mieście i okolicy obrzędów sakramentalnych oraz prowadzenie na tym obszarze misji (Głowacki 1982: 12). W roku 1695 położyli kamień węgielny pod budowę kościoła (Głowacki 1982: 15). Dopiero w 1700 roku otrzymali z Rzymu ostateczne zatwierdzenie piotrkowskiej fundacji przez generała zakonu (Głowacki 1982: 18). Świątynię budowano w latach 1701-1727 (Orzyński 2008: 77; Verdmon-Jacques 1902: 199), wcześniej korzystano z prowizorycznie przygotowanego domu zakonnego.

Zaraza stawiała jezuitów wobec dwóch zasadniczych wyzwań. Jednym z nich było spełnianie misji zakonu, która polegała na wspomaganiu bliźnich w osiągnięciu zbawienia. Drugim wyzwaniem było zabezpieczanie zasobów ludzkich i materialnych zgromadzenia (Mariani 2016: 65; Żołądź-Strzelczyk 2008). Zazwyczaj w zapowietrzonych miastach zostawało kilku zakonników. Z powodu epidemii jezuita w latach od 1708 do 1711 roku opuścili Piotrków i schronili się w Starej Wsi, a potem w Kruszowie, po jej wygaśnięciu wrócili do miasta. Dwóch pozostało i zmarło w wyniku zarazy w 1708 roku (Załęski 1905: 1575; b.a. 2007). Byli to pierwsi osiadli jezuita w Piotrkowie. Wojciecha Trzebuchowskiego pochowano w farze, a Szymona Kijńskiego prawdopodobnie w kościele Nawiedzenia Najświętszej Marii Panny, ze względu na to, że nie był jeszcze ukończony kościół zakonny (Rawita-Witanowski 2017: 387, 838).

Zachowane materialne ślady piotrkowskich epidemii

Temat śladów epigraficznych związanych z zarazami nie był do tej pory najistotniejszym problemem badawczym. Jedyny znany mi artykuł na temat materiału epigraficznego dotyczącego epidemii (z 1709 roku, w Poznaniu) napisał Adam Górski (Górski 2008). W piotrkowskich kościołach zachowały się dwie tablice upamiętniające właśnie epidemię z 1708-1711 roku. Obie dotyczą zakonników z Towarzystwa Jezusowego.

O Wojciechu Trzebuchowskim nie posiadamy zbyt wielu informacji pochodzących z literatury przedmiotu. W Herbarzu Polskim Kaspra Niesieckiego pojawia się wzmianka, że pochodził on z rodziny szlacheckiej herbu Ogończyk i zmarł jako zakonnik jezuita (Niesiecki, Bobrowicz 1842: 137-138). Na pokazanej w materialne ilustracyjnym (nr 1) tablicy nagrobnej z piotrkowskiego kościoła farnego znajdziemy natomiast nieco więcej wiadomości. Są one przykładem typowego dyskursu upamiętniającego osoby duchowne, które swoje powołanie zrealizowały poprzez pomoc innym, tutaj – m.in. chorym. Według zachowanego napisu Trzebuchowski był członkiem

Towarzystwa Jezusowego. Zmarł w wyniku zarazy 22 sierpnia 1708 roku. Miał on zajmować się niesieniem ostatnich posług chrześcijańskich zagrożonym śmiercią mieszkańcom miasta. W tekście podkreślono, że życie swoje Trzebuchowski zakończył w czasach, które należałoby uznawać za trudne dla Piotrkowa. Jego praca nazwana została „apostolską” – autor tekstu tablicy stwierdził, że Trzebuchowski stąpał drogą życia apostolskiego. Podkreśla się też jego oddanie działaniom dobroczynnym, wynikającym z miłości do obywateli miasta. Zaznacza się jego uczynność, umiejętności przywódcze, jest nazywany czcigodnym ojcem. W kontekście śmierci wspomina się o zarazie, jak i o czymś zatrutym:



Ilustracja nr 1. Tablica nagrobna ojca Wojciecha Trzebuchowskiego. Zdjęcie autorki z 2021 roku.

D(EO) O(PTIMO) M(AXIMO) MORTI IN RAPINAM CEDENTE [PE]TRICOV
R(EVERENDVS) P(ATER) ALBERTVS TRZEBVCHOWSKI SOC(IETATE) IESV
[C]ESSIT FACTO IN SPOLIVM NEMPE IN VITAE DIS[C]RIMEN INVOLAVIT
IMPVLSVS PROXIMI CHARITA[TE] [E]T HVIVS CIVITATIS OBSEQVIO
FVGAVIT [H]ARVM TOXICVM [F]IDVS ACHATES SED VIR[VS] HAVSIT
POST NAVATAM [P]ESTIFERIS OPERAM IN HOC QVAM COLCAS VIA
CVRSVM VITAE AP[O]STOLICAE CONSVMAVIT VIATOREM TRAMES
[D]VCEM LOQVVN[T]VR C[I]VES QVOS MANV DVXIT ET PRAEI[VIT] AD
PAT[RE]M ANNO 170[8] DIE 22 AVGVSTI SICQ(VE) SO[CIE]T[A]S IESV
PETR[I] COVIENSIS DIVISIT CHA[RIT]ATEM V[IT] VNO CIVITAS ALTERO
SVBVRBIA G[LO]RIENTVR APOSTOLO (Szymczak 1993:187; Rawita-
Witanowski 2017: 387; B. a. 1950: 177).



Ilustracja nr 2: Tablica nagrobna Szymona Kijńskiego. Zdjęcie autorki z 2021 roku

Podobnie jak w przypadku Trzebuchowskiego, nie posiadamy zbyt wielu informacji na temat Szymona Kijńskiego, które można byłoby znaleźć w dostępnej literaturze przedmiotu. W tejsze wspomina się oczywiście, że był członkiem Towarzystwa Jezusowego, podkreśla się, że umarł w wyniku zarazy. Można również zapoznać się ze szczątkowymi wiadomościami na temat jego pochodzenia szlacheckiego – herbu Serokomla, syn Jana i Eufrozyny z Dobromirskich (Niesiecki 1840: 93; Szabelski 1909: 69). Tablica Kijńskiego znajduje się w Kościele Nawiedzenia Najświętszej Marii Panny, przy którym istniał cmentarz choleryczny. Szymon Kijński w tekście nazywany jest *reverendus pater* – czcigodnym ojcem (podobne określenie występuje również w formie skrótu na tablicy dotyczącej Trzebuchowskiego). Zgodnie z tekstem należał do *Societatis Iesu*, nazywany jest *vere apostolus* – prawdziwym apostołem. W materiale epigraficznym wspomina się też o zakaźnej pladze, która objęła Piotrków. Autor tekstu podkreślił, że Kijński ożywił swoją świętością lud, a wielką apostołską gorliwością przygotował sobie niebo i złożył ofiarę z samego siebie, umierając na zarazę 2 sierpnia 1708 roku.

D(EO) O(PTIMO) M(AXIMO) HOC SAXO R[EVERENDVM] P[ATREM] SIMONEM KIJNSKI SOCIETATIS IESV PESTIFERA ALLISIT LVES CVM INVNDAVIT PETRICOVIAM OPEN MANVMQ(VE) FERENS SACRAM CVM FATIS LVCTANTI POPVLO OCCVBVIT VERE APOSTOLVS ANIMATIS SANCTIORE PNEVMATE PLVRIB(VS) POPVLI EXSPIRAVIT AGONE EXTRA VERBIS MAENIA NE MIRERE VRBE MAIOR ZELVS APOSTOLI CAELO SVPPAR CHARITAS HOC LOCO VICTIMAM IMMOLAVIT ANNO 1708 DIE 2 AVGV(VSTI) (Szymczak 1993: 208; Rewita-Witanowski 2017: 838; B.a. 1950: 195).

Warto przytoczyć tłumaczenie, które kilkanaście lat temu zaproponował miejscowy badacz, związany z Towarzystwem Jezusowym:

Bogu Najlepszemu Najwyższemu ten kamień czcigodnemu ojcu Szymonowi Kijnskiemu Jezuicie; kiedy Piotrków nawiedziła zaraza on niósł pomoc ludowi, okazał się prawdziwym apostołem, gdy inni umierali był bardzo gorliwym boskim apostołem i to wszystko działo się poza murami miasta, w tym miejscu poświęcił w roku 1708 (Sasin 2009).

Temat zarazy pojawia się również na tablicy nagrobnej z 1677 roku, upamiętniającej Annę Zarembinę, o której nie ma informacji w literaturze przedmiotu. Pojawiają się jedynie wzmianki o istnieniu samej tablicy dotyczącej Anny Zarembiny w kościele Nawiedzenia Najświętszej Marii Panny. Nie posiadamy również żadnych wiadomości o synach Anny, wspomnianych w epitafium – Wojciechu i Stanisławie, którzy zgodnie z treścią byli kapłanami w kościele farnym, zmarłymi z powodu moru i pochowanymi na cmentarzu przy kościółku NNMP. Ta informacja potwierdzałaby, że przy kościele znajdowało się miejsce pochówku dotkniętych zarazą (Niemcewicz 1858: 470; Rawita-Witanowski 2017: 838; Szymczak 1993: 207; B. a. 1950: 194-195; Łoziński 1953: 15; Stępień 2006: 8).

TV ANNA ZAREMBINA LEZY POGRZEBIONA IASNOSCIA CNOT
WSZELKICH WIELCE OZDOBIONA TV IEY SYNOWIE LEZAM STANU KA-
PLANSKIEGO DWAI WOYCIECH Y STANISLAW KOSCIOŁA FARSKIEGO TV
IM MOR POGRZEB SPRAWIEŁ ACH BARDZO MIZERNY WESTCHNIĘY ZA
NICH DO BOGA KATOLIKV WIERNY VMARŁA R(OKV) P(ANSKIEGO)
M(ILLESIMO) 1677. (Szymczak 1993: 207; B.a. 1950: 194-195).

Dodajmy, że oprócz przedstawionego powyżej materiału epigraficznego, za materialne ślady problemów epidemicznych w mieście należy uznać tzw. kapliczki choleryczne. Wspomniałam już, że jeden z wymienionych powyżej jezuitów został prawdopodobnie pochowany na terenie cmentarza cholerycznego, znajdującego się w południowej części miasta. We wstępie podkreśliłam zaś powtarzający się w dawnej literaturze motyw południowego pochodzenia chorób zakaźnych, które nawiedzały Polskę. Potwierdzenie tej wiary odnajdujemy również w logice usytuowania tej specyficznej małej architektury sakralnej, jaką są kapliczki. W Piotrkowie zachowały się do tej pory dwa tego typu założenia. Pierwsza z nich to kapliczka przy ul. Zalesickiej. Wiemy, że była wielokrotnie przebudowywana. Jeszcze w XIX wieku kapliczka traktowana była jako chroniąca przed zarazą.

(<http://www.dawnypiotrkow.pl/picture.php?/13266/category/163> dostęp: 26.04.2022).



Ilustracja nr 3: Kapliczka przy ul Zalesickiej. Zdjęcie autorki z 2022 r.

Druga kapliczka znajduje się przy ul. Krakowskie Przedmieście. Jej obecna wersja powstała najprawdopodobniej w 1873 roku, przy tzw. trakcie częstochowskim, dla odstraszenia zarazy, która panowała w okolicy. Obecny wygląd zawdzięcza przeprowadzonej w roku 1982 renowacji.

(<http://www.dawnypiotrkow.pl/picture.php?/13275/category/163> dostęp: 26.04.2022).



Ilustracja nr 4: Kapliczka przy ul. Krakowskie Przedmieście. Zdjęcie autorki z 2022 r.

Podsumowanie

Podsumowując ten krótki przegląd, w Piotrkowie istnieją nadal materialne ślady występowania epidemii, a są to dwie tablice epigraficzne odnoszące się do zarazy z 1708 roku i zakonników, którzy zmarli w jej wyniku, o których najczęściej informacji znajduje się na tychże oraz kapliczki mające chronić mieszkańców miasta przed zarazą. W obecnej formie pochodzą one jednak z XIX wieku, nie dysponujemy natomiast informacjami pozwalającymi ustalić jak wyglądały wcześniej. Warto jednak zauważyć, że usytuowane zostały w południowo-wschodniej części miasta, a więc ze strony, z której miały przybywać choroby zakaźne według dawnych wierzeń. Biorąc pod uwagę znane skądinąd natężenie epidemii w Piotrkowie Trybunalskim, zastawia tak niewielka ilość materialnych zabytków świadczących o tym problemie nęka-

jącym miasto. Treść zachowanych tablic nie pozwala również wyciągnąć jakichkolwiek wniosków co do charakteru zarazy, jej zasięgu, objawów, czy też szerszych społecznie skutków. Należy więc uznać, że w tym zakresie piotrkowska epigrafika nie przynosi zadowalających możliwości badawczych.

Bibliografia:

- B. a. (brw), *Krzyż święty przeciw morowemu powietrzu*, Czcionkami Thomasa Hoffmana, Ostrów.
- B. a. (1950), *Zabytki sztuki w Polsce. Inwentarz topograficzny IV. Powiat piotrkowski województwo łódzkie*, Biuro Inwentaryzacji Zabytków, Warszawa.
- Banaś Agnieszka (2020), „XVII – wieczny „Diskurs” Jana Wojciecha Strachockiego jako przykład poradnika dotyczącego walki z morowym powietrzem w dawnej Polsce” [w:] *Acta Urobori - w kręgu epidemii*, t. 3, red. Dąsala M., Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Barański Jarosław i Łampika Kamila (2020), „Dotyk zatrutej strzały – epidemia dżumy w Lesznie w 1709 r.” [w:] *Ciało, choroby i świadomość społeczna – społeczne i metafizyczne aspekty profilaktyki i terapii*, t. 6, red. Płonka-Syroka B., Dąsala M., Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław.
- Bartkowiak Edyta (2009), „Z tradycji szpitalnictwa w dawnej Polsce”, *Colloquia Theologica Ottoniana*, nr 1.
- Bekus Ewelina i Majewski Łukasz (2020), „Metody przeciwdziałania i walki z czarną śmiercią według „Traktaciku o powietrzu morowym” Abrahama Emanuela Wolffa” [w:] *Acta Urobori -w kręgu epidemii*, t. 3, red. Dąsala M., Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Burchardt Jarosław i Burchardt Dorota (2008), „Morowe powietrze – krótki szkic do historii zarazy na ziemiach polskich w pierwszej połowie XVIII wieku”, *Nowiny lekarskie*, nr 77, z. 4.
- Chilińska Agata, Zawadzka Urszula i Sołtysiak Arkadiusz (2008), „Pandemia dżumy w latach 1348-1379 na terenie Królestwa Polskiego: model epidemiologiczny i źródła historyczne” [w:] *Epidemie, kłęski, wojny*, red. Dzieduszycki W., Wrzesiński J., Grupa Osiem Czwartych, Poznań.
- Czetyrkin Roman (1846), *O zarazie morowej*, W drukarni Stanisława Strąbskiego, Warszawa.
- Duncan Christopher i Susan Scott (2020), *Czarna śmierć. Epidemie w Europie od starożytności do współczesności*, przeł. A. Siennicka, Bellona, Warszawa.
- Eysymontt Rafał (2008), „Średniowieczny szpital pw. św. Macieja we Wrocławiu”, *Quart*, nr 4 (10).
- Flis Stanisław (1960), „Dżuma na Mazurach i Warmii w latach 1708-1711”, *Komunikaty Mazursko-Warmińskie*, nr 4.
- Franczak Paweł i Listwan Karolina (2014), „Cmentarze choleryczne na Podbabiogórze jako świadkowie wielkich dziewiętnastowiecznych epidemii chorób zakaźnych”, *Rocznik Babiogórski*, t. 15.
- Frydrychowicz Dominik (1705), *Duchowne Morowego Powietrza Lekarstwo, S. Rozalia Panna, Osobliwa, Chrystusa Jezusa Oblubienica Z Krolow Sycylijskich y Karola Wielkiego Rzymskiego Cesarza Familiey Xiężna Przesławna na Kwiskwini y Rożach Hrabina Wychowana między skałami gorzystymi Pustelnica: Od Stolicy Świętej Apostolskiej Deklarowana Skuteczna przeciw śmiertelnym zarazom Patronka : Cudownym życiem wstawiona*

- y do Polskiej wiadomości z Autentycznych Włoskich y Łacińskich Historyków, piorem Pol-
skim uprzeymie Zalecona, Drukarnia Akademicka, Kraków.
- Gąsiorowski Ludwik (1839), *Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce od
czasów najdawniejszych, aż do najnowszych*, T. 1, Wydawca autor, Poznań.
- Giedroyc Franciszek (1899), *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych: zarys historyczny*, Druk L.
Szkaraździński, Warszawa.
- Glinkowska Anna (2020), „Dżuma i jej oblicza” [w:] *Acta Urobori -w kręgu epidemii*, t. 3,
red. Dąsala M., Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Głowacki Kazimierz (1982), *Kościół Św. Franciszka Ksawerego i Kolegium jezuickie w Pio-
trkowie Trybunalskim*, Muzeum Okręgowe, Piotrków Trybunalski.
- Głowacki Kazimierz (1984), *Urbanistyka Piotrkowa Trybunalskiego*, T. I, Towarzystwo
Przyjaciół Piotrkowa Trybunalskiego, Piotrków-Kielce.
- Górska Liliana (2010), „Dżuma – epidemia duszy i ciała? Sposoby zwalczania dżumy w no-
wożytnym Gdańsku” [w:] *Człowiek wobec choroby*, t. 3, red. Płonka-Syroka B., Akademia
Medyczna we Wrocławiu, Wrocław.
- Górski Adam (2008), „Wspomnienie zarazy 1709 roku w zachowanych artefaktach epigra-
ficznych” [w:] *Epidemie, klęski, wojny*, red. Dzieduszycki W., Wrzesiński J., Grupa Osiem
Czwartych, Poznań.
- Gryko Beata (2010), „Sapieżyńskie fundacje szpitali jako przejaw miłosierdzia?”, *Białostoc-
kie Teki Historyczne*, t. 8.
- Gwiazda Edyta (2008), „Życie codzienne w Piotrkowie podczas sesji Trybunału Koronnego
(XVI-XVIII w.)”, *Badania nad dziejami regionu piotrkowskiego*, z. 7.
- Jarczyk Mariola (2015). "Powietrzna zaraza" w Wielkim Księstwie Litewskim w ujęciu
Walentego Bartoszewskiego i Piotra Kochlewskiego” [w:] *Świat bliski i świat daleki w sta-
ropolskich przestrzeniach*, red. Jarczyk M., Mazurkowska B., Dąbrowski S., Wydawnic-
two Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- J. Fr. (1915), *Modlitwy i litanie do św. Rocha i św. Rozalii patronów od morowej zarazy:
modlitwy na czas wojenny o pokój i śmierć szczęśliwą*, Drukarnia Katolicka Bolesława Wi-
niewicza, Poznań.
- Kamieniecki Jan (2020), „Problematyka medyczna w pismach staropolskich polemistów
religijnych”, *Oblicza Komunikacji*, nr 12.
- Karpiński Andrzej (2000), *W walce z niewidzialnym wrogiem. Epidemie chorób zakaźnych
w Rzeczypospolitej w XVI-XVIII wieku i ich następstwa demograficzne, społeczno-
ekonomiczne i polityczne*, Wydawnictwo NERITON, Warszawa.
- Karpiński Andrzej (2014), „Kopacze — grabarze morowi w miastach Rzeczypospolitej XVI
–XVIII wieku”, *Kwartalnik Historii Kultury Materialnej*, R. 62, nr 3.
- Kiełbik Jerzy (2011), „Z zagrożenia epidemiami w miastach warmińskich w epoce nowożyt-
nej” [w:] *Między Zachodem a Wschodem. Kondycja zdrowotna i demograficzna społeczeń-
stwa polskiego na przestrzeni wieków*, t. V, red. Mikulski K., Zielińska A., Pękacka-
Falkowska K., Toruń.
- Kracik Jan (2020), *Pokonać czarną śmierć. Staropolskie postawy wobec zarazy*, Wydawnic-
two M, bmn.
- Kuran Michał (2020), „Źródła barokowej wiedzy medycznej i ich autorytetu oraz zaufanie
wobec leczących w świetle wybranych tekstów z pierwszej połowy XVII w. o zwalczaniu
dżumy”, *Analecta*, R. 29, z. 2.
- Łoziński Jerzy (1953), *Katalog zabytków sztuki w Polsce*, Państwowy Instytut Sztuki, T. 2,
z. 7, Warszawa.
- Marcina z Klecka (1624), *Preserwatiwa przeciwko morowemu powietrzu doświadczona. Na
którą iato bogaty tak y ubogy snadno się zdobędzie bo niekażdy na lekarstwa ma pieniądze.
Na cześć y na chwałę Panu Bogu w Troycy jedynemu, Najświętszey Pannie Mariey, a na*

- pomoc pospolytemu człowiekowi. Napisana przez X. Marcina z Klecka Doktora M. y M. Teraz znowu do druku podana*, bw, Poznań.
- Mariani Andrea (2016), „Jezuici prowincji litewskiej wobec epidemii dżumy z lat 1708–1711”, *Zapiski historyczne*, t. 81, z. 2.
- Namaszczyńska Stanisława (1937), *Kronika klęsk elementarnych w Polsce i w krajach sąsiednich w latach 1648-1696. Zjawiska meteorologiczne i pomory*, Kasa im. Rektora J. Mianowskiego – Instytut Popierania Polskiej Twórczości Naukowej, Lwów.
- Niemcewicz Julian Ursyn (1858), *Podróże historyczne po ziemiach polskich między rokiem 1811 a 1828 odbyte*, Nakładem B. M. Wolff, Petersburg 1858.
- Niesiecki Kasper (1840), *Herbarz polski Kaspra Niesieckiego S. J.*, T. V, Breitkopfa i Hærtela, Lipsk.
- Niesiecki Kasper i Bobrowicz Jan Napomucen (1842), *Herbarz polski Kaspra Niesieckiego powiększony dodatkami z późniejszych autorów, rękopismów, dowodów urzędowych i wydany przez Jana Nep. Bobrowicza*, T. 9, Breitkopf i Haertel, Lipsk.
- Orzyński Jarosław (2008), „Zabytki miasta i okolic” [w:] *Piotrków trybunalski i okolice. Przewodnik turystyczny*, red. Ratajski M., Gąsior M., Urząd Miasta Piotrkowa Trybunalskiego, Piotrków Trybunalski-Łódź.
- Ossowski Zdzisław (2021), „Epidemie, zarazy i ich patroni. Początki kultu świętego Rocha w Europie”, *Studia Pelplińskie*, nr 55.
- Paluszkiewicz Felician (1995), *Jezuici w Piotrkowie*, bw, Piotrków.
- Petrycy Sebastian (1613), *Instrukcja abo nauka, jak się sprawować czasu moru*, W drukarni Mikołaja Loba, Kraków.
- Pękacka-Falkowska Katarzyna (2019), *Dżuma w Toruniu w trakcie III wojny północnej*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Pękacka-Falkowska Katarzyna (2021), „Mit pestilentia manufacta w XVI–XVIII w. (wybrane przykłady)”, *Studia Historica Gedanensia*, t. 12.
- Rawita- Witanowski Michał (2017), *Monografia Piotrkowa Trybunalskiego*, oprac. Głowacki P., Miejska Biblioteka Publiczna im. A. Próchnika w Piotrkowie Trybunalskim, Piotrków Trybunalski.
- Rawita-Witanowski Michał (1918), *Wspomnienia o starym Piotrkowie Trybunalskim*, Tłocznia M. Dobrzańskiego w Piotrkowie, Piotrków.
- Renkiel Katarzyna (2013), „J jak jezuici, b jak bernardyni, czyli kolejne hasła w Alfabcie Piotrkowskim”, *Nasze Miasto*, 13 stycznia, https://piotrkowtrybunalski.naszemiasto.pl/j-jak-jezuici-b-jak-bernardyni-czyli-kolejne-hasla-w/ar/c13-1684635?fbclid=IwAR14B4mcaFZsWBPXeg4mwP7VPXOGC8v9JY4chWy-PUf-mkFNTYc9COc_lik [dostęp: 22.04.2022].
- Rozynkowski Waldemar (2014), „Po drodze do św. Jakuba – o szpitalach w państwie zakonu krzyżackiego w Prusach” [w:] *Święci i błogosławieni na drodze Św. Jakuba. W 800 rocznicę pielgrzymki Św. Franciszka z Asyżu do Santiago de Compostela*, red. Jackowski A., Mróz F., Wydawnictwo Czuwajmy, Kraków.
- Sasin Piotr (2009), „Z dziejów Jezuitów w Piotrkowie”, *Trybunalscy*, 24 czerwca, <http://www.trybunalscy.pl/node/1366> [dostęp: 22.04.2022].
- Srogosz Tadeusz (1997), „Trwałość i zmienność warunków zdrowotnych ludności chłopskiej w Rzeczypospolitej w XVIII wieku”, *Medycyna Nowożytna*, nr 4/1-2.
- Surdacki Marian (2015), „Szpitalnictwo zakonne w średniowiecznej Polsce”, *Roczniki Humanistyczne*, t. 63, z. 2.
- Surdacki Marian (2017), „Szpitale w służbie dawnego społeczeństwa polskiego. Próba typologizacji”, *Medycyna Nowożytna Studia nad Kulturą Medyczną*, t. 23, z. 1.
- Stępień Zygmunt (2006), „Kościółek na Krakówce”, *Tydzień Trybunalski*, nr 16.
- Strachocki Jan (1677), *Krótki o Morowym Powietrzu dyskurs. Oraz iakim sposobem od onego sie prezerwować i w nim kurować informacya. Ku dobru pospolitemu Miasta I.K.M. Ka-*

- lisza Wiece i Obywatelów pobliszych w Sądzie z Miastem tym zostających, z-okazyey postrachow Morowego powietrza po stronach sie szerzącego. Przez Iana Albrachta Strachockiego I.K.M. Sekretarza i Medyka Na prętcie napisana. A zacnie sławnemu panu Macieciowi Czechowicowi Raycy i Aptekarzowi Kaliskiemu przypisana, bw, Kalisz.*
- Szabelski Stanisław (1909), „Krótka monografia kościołów w Piotrkowie” [w:] *Kalendarz Towarzystwa Dobroczynności dla Chrześcijan w Piotrkowie na rok zwyczajny 1909*, Tłocznia M. Dobrzańskiego, Piotrków.
- Szarszewski Adam i Zagierski Maciej (2010), „Powstanie szpitali gdańskich a szpitalnictwo europejskie w średniowieczu”, *Forum Medycyny Rodzinnej*, t. 4, nr 6.
- Szymczak Jan (1993), *Corpus Inscriptionum Poloniae. Województwo piotrkowskie*, T.VI, Łódź-Piotrków.
- Targosz Andrzej (2008), „Kult Świętej Rozalii z Palermo”, *Peregrinus Cracoviensis*, z. 19.
- Umiastowski Piotr (1591), *Nauka o morowym powietrzu*, W drukarni Andrzeja Piotrkowczyka, Kraków.
- Verdmon-Jacques Leonard (1902), *Krótka monografia wszystkich miast, miasteczek i osad w Królestwie Polskiem*, Nakładem Felicjana Borysławskiego, Warszawa.
- Walawender Antoni (1932), *Kronika klęsk elementarnych w Polsce i w krajach sąsiednich w latach 1450-1586. Zjawiska meteorologiczne i pomory (z wykresami)*, Kasa im. Rektora J. Mianowskiego - Instytut Popierania Polskiej Twórczości Naukowej, Lwów.
- Wojna Karolina (2007), „Święci na ulice”, *Nasze Miasto*, 27 marca, <https://piotrkowtrybunalski.naszemiasto.pl/swieci-na-ulice/ar/c1-6624381?fbclid=IwAR0aAPErnTJ1QmPRgm86fSQDwvSzO0nsOC3A9KAoABUG3pt96PwAt98vD2g> [dostęp: 22.04.2022].
- Załęski Stanisław (1905), *Jezuici w Polsce*, T. IV, cz. IV, Drukiem i Nakładem Drukarni W. L. Anczyc i SP., Kraków.
- Żerek-Kleszcz Hanka (1989), „Klęski elementarne w dziejach miasta w XVI-XVIII w.” [w:] *Dzieje Piotrkowa Trybunalskiego*, red. Baranowski B., Wydawnictwo Łódzkie, Łódź.
- Żołądź-Strzelczyk Dorota (2008), „Wpływ, epidemii na funkcjonowanie poznańskiego kolegium jezuickiego w XVI i XVII wieku” [w:] *Epidemie, klęski, wojny*, red. Dzieduszycki W., Wrzesiński J., Grupa Osiem Czwartych, Poznań.
- <http://www.dawnypiotrkow.pl/picture.php?/13266/category/163> [dostęp: 26.04.2022].
- <http://www.dawnypiotrkow.pl/picture.php?/13>

Katarzyna Szymczyk

Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Filia w Piotrkowie Trybunalskim

ORCID: 0000-0001-6768-7319

e-mail: katarzyna.szymczyk@ujk.edu.pl

Higiena szkolna w Polsce międzywojennej z uwzględnieniem opieki zdrowotnej nad dziećmi

Streszczenie

Sytuacja higieniczno-zdrowotna dzieci w Polsce międzywojennej wymagała podejmowania radykalnych działań ze strony władz niepodległego państwa, szczególnie ze względu na ogrom zaniedbań w tym względzie. Poziom zdrowia i jakość życia najmłodszych, szczególnie tych najuboższych, był, nawet w ocenie ówczesnych lekarzy i pedagogów, zatrważający. Stąd wszelkie próby przychodzenia im z pomocą przyjmowały najczęściej charakter biologicznego ratownictwa. Pozostawała też kwestia samego dotarcia do dziecka. I tu rozwiązaniem był szkoła. Poprzez placówki oświatowe i wprowadzenie obowiązku szkolnego w międzywojniu, kontakt z dzieckiem przyjął charakter bezpośredniej pomocy. Tworzone naówczas struktury opieki higieniczno-lekarskiej, min. w postaci gabinetów szkolnych i organizowania akcji pomocowych, pozwoliły na realizację szeregu działań w tym obszarze. Ich zakres i funkcjonowanie w niniejszym artykule ukazano na tle ogólnej sytuacji zdrowotnej dzieci i ich środowisk wychowawczych. Niestety, wszystkie nakreślone w tym materiale poczynania zmierzające do poprawy kondycji zdrowotnej uczniów, z uwagi na ograniczone możliwości i zasoby, nie pozwalały jednak na udzielenie tej pomocy w wystarczających rozmiarach.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, opieka higieniczno-lekarska, dziecko, higiena szkolna, lekarz szkolny

School hygiene in the interwar Poland with regard to child health care

Abstract

The hygienic and health situation of children in the interwar Poland required taking radical actions on the part of authorities of the independent state, especially due to the magnitude of negligence in the field. Even in the opinion of the doctors and the educators of that time the level of health and the standard of living of the youngest, particularly the poorest ones, was indeed alarming. Therefore, all attempts to provide them with aid took the form of biological rescue. There was also a question of how to reach the child. The school system offered the most proper solution. Owing to educational institutions and the introduction of the compulsory education in the interwar period, the contact with a child provided direct help. The structures of medical and hygienic care created in that time by establishing a number of doctor's offices or organising relief work, among others, allowed for the implementation of series of campaigns. Their range and functioning have been presented in this paper against the background of general health situation of children and their educational environments. Unfortunately, all endeavours aimed at the improvement of health condition of pupils outlined in this work did not suffice due to limited financial resources.

Key words: health care, hygienic and medical care, child, school hygiene, school doctor

Wstęp

Sprawy higieny najmłodszych, tak ściśle powiązane z ochroną zdrowia, były jednymi z najważniejszych obszarów działań władz podejmowanych w niepodległej Polsce (Majchrzyk-Mikuła 2009: 227). Aczkolwiek już w czasie I wojny światowej, gdy kształtowała się przyszła administracja państwa polskiego został powołany w 1915 r. Komitet Obywatelski miasta Warszawy, wraz z Wydziałem Oświecenia, gdzie wśród licznych jednostek utworzono z inicjatyw Stanisława Kopczyńskiego Sekcję Higieny Szkolnej. Objęła ona swym nadzorem szkolnictwo elementarne i średnie. Zaczęto też organizować szkolne gabinety lekarskie i dentystyczne. Jednakże z chwilą odzyskania przez Polskę niepodległości uwidoczniły się zapóźnienia w tej dziedzinie. Były one skutkiem stukilkudziesięcioletniej niewoli i wymagały zaangażowania ogromnych nakładów finansowych oraz podjęcia wielu działań wobec najmłodszych. Relatywnie niski stan ogólnej higieny społeczeństwa podyktowany w dużej mierze złą sytuacją mieszkaniową i sanitarną, miał niewątpliwie wpływ na poziom zdrowia i jakość życia dzieci. Zwłaszcza higiena osobista pozostawiała wiele do życzenia. Zaniedbania wynikały również z braku podstawowej wiedzy w tym zakresie. Znaczną część populacji najmłodszego pokolenia trapiły choroby na tle niedożywienia i rażących zaniedbań higienicznych. Ówczesni lekarze i pedagodzy, świadomi istniejących potrzeb jak i ograniczeń, starali się wypracować dostępne rozwiązania dotyczące tej kwestii. Obok regulacji społeczno-prawnych, najtrudniejszym jednak wyzwaniem było podjęcie starań o zmianę dotychczasowych nawyków higieniczno-zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Niestety, na tym gruncie występowały największe deficyty. Świadomość, szczególnie mieszkańców mniejszych ośrodków opierała się jeszcze na wielowiekowych przesądach i nieracjonalnych uprzedzeniach (Bołdyrew 2003: 92-93; 2008:108-115; Paciorek 2010: 349-351). Stąd słowa wypowiedziane jeszcze na początku XX stulecia nie tracą na aktualności:

(...) ochędństwo winno nam stale towarzyszyć: w zdrowiu, by zapobiegać chorobie, w chorobie, by łatwiej ją przetrwać i swych bliskich od niej uchronić. O tej prawdzie jeszcze wielu mieszkańców naszego kraju jeszcze nie wie, jednak niemało jest takich, co ją doskonale rozumieją i tylko przez lenistwo i gnuśność do niej się nie stosują. Oświaty więc nam potrzeba bardzo, ale potrzeba także pracy i zapobiegliwości, jeśli chcemy dojść do dobrobytu i ogólnej pomyślności (Brzeziński 1908: 38).

Największe potrzeby w zakresie zorganizowania opieki zdrowotnej istniały przede wszystkim w grupie dzieci szkolnych (Kopczyński 1919: 9). To do nich kierowano wiele akcji pomocowych i edukacyjnych, wynikało to z faktu bezpośredniego dostępu poprzez realizację obowiązku szkolnego. W związku z powyższym koniecznością stało się zapewnienie każdemu z nich miejsca w szkole powszechnej oraz opieki tym z utrudnionym dostępem do edu-

kacji lub pozbawionych kurateli rodzicielskiej. Szkoły, szczególnie powszechne, prócz ustawowej edukacji, podejmowały się zadań opiekuńczych, głównie w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, szczepień ochronnych, pomocy materialnej, dożywiania oraz sprawowania funkcji wychowawczej w czasie pozalekcyjnym, a nadto pomocy dla mających trudności w nauce. Istotną stała się wówczas pomoc higieniczno-lekarska szkoły. „Zdrowa szkoła poprzez zdrowych uczniów spełniać miała swój obowiązek na rzecz zdrowia publicznego i za ich pośrednictwem krzewić dalej kulturę zdrowotną¹ w społeczeństwie” (Sosnowski 1920: 72). W wydanym na początku lat dwudziestych podręczniku higieny szkolnej Stanisław Kopczyński mocno podkreślał indywidualny i społeczny aspekt szerzenia zdrowia w szkole i przez szkołę:

(...) szkoła powinna służyć do celów propagandy higieny. Już wzorowy lokal szkolny jest praktyczną szkołą higieny, poza tym jednak wdrażanie dzieci przez szkołę do zwyczajów higienicznych, uświadamianie dzieci teoretycznie w zasadach higieny uczynić może z uczniów pionierów podstaw zdrowotnych, na jakich siły i zdrowie społeczeństwa opierać się powinny (*Higiena szkolna. Podręcznik zbiorowy* 1921: 3).

Natomiast cytowany już Marcin Kacprzak w sposób zbliżony do Kopczyńskiego uznawał szkołę nie tylko za najodpowiedniejszą, ale traktował ją jako jedyną instytucję, która ma „(...) zasady higieniczne wpoić w ogół mas obywatelskich, by one chciały je stosować, żyć według nich” (Kacprzak 1933: 247). Te słowa starano się wdrażać w życie przez całe dwudziestolecie.

Sytuacja higieniczno-zdrowotna najmłodszych

Po pierwszej wojnie światowej polscy pediatrzy opisywali stan zdrowia dzieci w Polsce jako zatrważający. Były one niedożywione, słabe, późno zaczynały chodzić, rozwijały się wolno, częściej miały krzywicę i gruźlicę. Jednym z głównych problemów, który rzutował na taki stan zdrowotności były niedo-

¹ Pojęcie kultury zdrowotnej pojawiło się u progu niepodległości Polski i użyte zostało w wydanej w 1917 r. pracy Kazimierza Sosnowskiego: *Szkoła jako krzewicielka kultury zdrowotnej i energii twórczej*, Wydawnictwo Akademii Handlowej, Kraków 1917. W rozumieniu tego autora kultura zdrowotna była zadaniem szkoły polegającym na wzmacnianiu sił witalnych swych wychowanków oraz przeciwdziałaniu zagrożeniom ich zdrowia (szerzej: M. Themerson 1913: 36). Jednak w okresie dwudziestolecia międzywojennego dla oznaczenia tak działań profilaktycznych, jak i ich efektów prozdrowotnych, dokonujących się *w szkole i poprzez szkołę* – częściej jednak używano pojęcia *higiena szkolna*, wskazując jako jej działy: budynek szkolny i jego wyposażenie, rozwój fizyczny oraz psychiczny dzieci i młodzieży, choroby szkolne, ogólne zasady wychowania fizycznego w szkole, zasady organizacji procesu nauczania, kształcenie dzieci anormalnych, organizację dozoru lekarsko-higienicznego w szkole. Zakres tego pojęcia był więc bardzo obszerny (Szczepańska 2013: 175-176).

statki w zakresie higieny i trudne warunki bytowe, spowodowane złą kondycją finansową znacznej liczby rodzin. Stan utrzymania szkół, domostw, jak również czystość odzieży czy higiena osobista przedstawiała się fatalnie (Renz 2008: 104-105). Codzienna toaleta ograniczała się jedynie do przemywania twarzy i rąk wodą, najczęściej bez użycia mydła (Kacprzak 1929: 2), nie mówiąc już o wytarciu się własnym ręcznikiem. Posiadanie takowego, dla każdego domownika, był rzeczą nieosiągalną (Felchner 2006: 32). Całe ciało myto tylko przed specjalnymi okazjami, ale i wówczas popełniano podstawowe błędy higieniczne, chociażby wykorzystywanie tej samej wody do kąpieli dla wszystkich członków rodziny. Osobny temat to zupełny brak higieny jamy ustnej u ówczesnego społeczeństwa.

Jeżeli trudno spotkać człowieka, który choć raz na tydzień nie umył rąk i twarzy lub czasami nie przejechał grzebieniem po głowie, to jakże łatwo, bo prawie na każdym kroku spotkamy takich, co nigdy sobie ust nie wypłukali, ani nie uznają potrzeby tego. Płukanie ust i czyszczenie zębów uważane jest powszechnie w naszym kraju za zbyteczne i zgoła niepotrzebne (Brzeziński 1908: 23).

Na co dzień praktykowano mnóstwo zgubnych dla zdrowia nawyków, chociażby niehartowanie maluchów, ubierając je w odzież krępującą ruchy, zbyt ciepłą, powodującą przegrzewanie organizmu oraz fatalne odżywianie, co rzutowało na dużą zachorowalność i śmiertelność dzieci. Wysoka liczba zgonów i zapadalność na wiele ostrych chorób infekcyjnych, występujących głównie wśród najmłodszych świadczyła o dużych problemach zdrowotnych noworodków, niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, a także tych, już uczęszczających do szkół.

Choroby, które wówczas nękały najmłodszych określano najczęściej jako tzw. „wielu przedszkolnego i szkolnego”², „choroby społeczne” i zakaźne³.

² Pod pojęciem „chorób wieku szkolnego” w okresie międzywojennym rozumiano wszelkie schorzenia, powstałe wskutek długotrwałego poddawania organizmu dziecka nieodpowiednim czynnikom środowiskowym. Do nich zaliczano wówczas oprócz szkoły także najbliższe otoczenie dziecka, czyli warunki mieszkaniowe. Zgodnie z przeprowadzonymi badaniami, o których pisali w latach dwudziestych J. Szmurło i W. Mikułowski, ówczesna szkoła i jej środowisko mogła jedynie wpływać i często wpływała niekorzystnie na pogłębianie się nabytych już wcześniej schorzeń narządu ruchu czy wzroku (Kacprzak 1934: 18; Paciorek 2010: 335).

³ Okres „małego dziecka”, a przede wszystkim „dziecka w wieku przedszkolnym” zdaniem higienistów, stanowił najbardziej niebezpieczny etap w jego rozwoju. Przyczyną zachorowalności były wówczas choroby zakaźne zwłaszcza nagminne zapalenie przyusznic czyli świnka, a także gruźlica, której przebieg właśnie w danym okresie rozwoju, należał do wyjątkowo groźnych. Największa liczba zgonów dotyczyła właśnie gruźlicy płuc i opon mózgowo-rdzeniowych. Należy również podkreślić, że w okresie przedszkolnym obserwowano także nasilenie rozwoju krzywicy. W 1922 r. miała ona stanowić 24,4% wszystkich zachorowań młodzieży. W latach 1922-1929, w mniejszym natomiast stopniu obserwowano zapadalność na

Do tych dwóch ostatnich, najniebezpieczniejszych dla życia, zaliczano wówczas odrę, ospę, płonicę, błonicę, krztusiec, gruźlicę, jaglicę a także stosunkowo rzadziej występujące w przypadku nieletnich, różne postacie tyfusu – dur plamisty, brzuszny, powrotny, a także alkoholizm dziecięcy (Kacprzak 1934: 18). Wśród schorzeń niezakaźnych pojawiały się natomiast takie schorzenia jak: krzywica, anemia, choroby przewodu pokarmowego (wywołane błędami żywieniowymi), do których zaliczano również próchnicę zębów, dalej choroby skóry, układu nerwowego, a także skrzywienia kręgosłupa czy nawet, rozpoznawane u dzieci w wieku szkolnym, choroby serca (Szymczyk 2017: 219-221).

Walka z wszelkimi chorobami możliwa była dzięki wcześniejszemu rozpoznaniu ich etiologii. Do najczęściej wymienianych przyczyn opisywanych schorzeń należały; zjawisko tzw. „głodu mieszkaniowego”, kwestie czystości mleka jako podstawowego pokarmu niemowląt, niedożywienia bądź wręcz złego odżywiania dzieci, również nieodpowiednie warunki środowiska szkolnego, a także przesady i zabobony. Wszystkie, więc przyczyny dotyczyły tak naprawdę aktualnych warunków społeczno-bytowych dziecka. Potrzeba było wypracowania systemu opieki higieniczno-lekarskiej opartego na działaniach kompensacyjno-zapobiegawczych. Szybka zmiana świadomości higieniczno-zdrowotnej rodziców i poprawa wspomnianych warunków bytowych była niestety niemożliwa. Najłatwiej dało się dotrzeć do dziecka poprzez szkołę i inne placówki opiekuńcze. Wielce pomocne w tym względzie stały się, funkcjonujące od połowy lat dwudziestych, ośrodki zdrowia (Majchrzyk-Mikuła 2013: 305-307). Działalność ich była dość szeroka, starano się zarówno leczyć, jak i zapobiegać różnym chorobom, wspierając szczególnie uczniów z rodzin najuboższych, często zmieniając ich złe przyzwyczajenia higieniczno-zdrowotne.

Ale największym naówczas problemem zdawała się wysoka umieralność niemowląt. W 1926 r. liczba zgonów wynosiła 15-20%, w kolejnych latach, tj. 1928-1932 – 14,1%, w 1933 – 12,8%, w 1934 – 14,4%, a w 1935 – 12,7% (Wiadomości Statystyczne 1936: VII), zwracano przy tym uwagę na jeszcze wyższy wskaźnik śmiertelności dzieci nieślubnych (Gromski, Bartel 1932: 15)⁴. Wysiłki zmierzające do ograniczenia umieralności niemowląt przez cały

choroby zakaźne, tj. świnka (10,4% w 1922 r.), odra (5-8,9%), ospa (0,02%), płonica (1,4-5,6%), błonica (0,5-0,8%), które z racji zwiększania się, wraz z wiekiem odporności organizmu, nie stwarzały już poważniejszego zagrożenia dla życia. Charakterystyczne dla wieku były natomiast dość częste przypadki anemii, jakie odnotowano przykładowo w latach 1924-1925, niedożywienia, schorzeń układu ruchu, (skrzywienia kręgosłupa, reumatyzmu), a także krótkowzroczności. Por: (Kopczyński 1927: 167-200; Majchrzyk-Mikuła 2013: 220. Szerzej Szymczyk 2017: 217-220.

⁴ Dla porównania w Łodzi, w 1924 r. zmarło 31,4% żywo urodzonych – panięskich, w 1926 r. – 31,2%, a w 1928 r. aż 57,6%⁴. Według danych GUS w 1927 r. liczba zgonów dzieci w pierwszym roku życia wynosiła 151 na tysiąc żywych urodzeń, a w 1937 r. – 136 na ty-

okres międzywojnia koncentrowały się na kwestii upowszechnienia wiedzy na temat karmienia piersią niemowląt przez własne matki czy mamkę oraz poprawienie jakości i wyników żywienia sztucznego. Realizację powyższych założeń w międzywojniu przejęły miejskie stacje opieki nad matką i dzieckiem. W 1925 r. w Polsce zarejestrowano 88 stacji, które obejmowały opieką 20 916 niemowląt (Krakowski 1925: 155-168). W 1926 r. przybyło ich zaledwie 21 (Jonscher 1926: 253-263), w 1937 r. funkcjonowało już 488 takich, inne źródła określają ich stan na 570 (Kopeć 1936: 12; *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia* 1939: 69)⁵. Ale nawet i ta ilość nie była wystarczająca. Ówczesnie oceniano, że aby móc objąć opieką dzieci z środowisk osób niezamożnych i nieubezpieczonych, potrzeba w Polsce 1600 takich placówek (Rosiówna 1937: 1098-1109). Przy poradniach dziecięcych funkcjonowały też żłobki i przedszkola, zapewniające dalszą ciągłość działań opiekuńczo-wychowawczych. Również szkoła wpisywała się w ten zakres pomocowy, łącząc funkcje edukacyjno-wychowawcze z opieką higieniczno-lekarską.

Organizacja i stan higieny szkolnej okresu międzywojnia

Największe potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej istniały w grupie dzieci szkolnych. Dotyczyły one z jednej strony zapewnienia każdemu dziecku miejsca w szkole elementarnej z drugiej zaś opieki i pomocy dziecku, które miało utrudnione warunki uczęszczania do szkoły lub było pozbawione opieki domu rodzinnego. Już spełnienie pierwszego warunku niejednokrotnie nastroczało trudności. Szkoły w Polsce różnie wywiązywały się z tego obowiązku (Mauersberg 1988: 25).

Przed największym zadaniem stanęły władze samorządowe, by móc zorganizować właściwą pomoc medyczną, w tym prowadzić działania profilaktyczne i lecznicze dla dzieci. Najczęściej realizowano ją poprzez zapewnienie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia ucznia w szkole, pomocy materialnej, dożywiania oraz opieki wychowawczej w czasie pozalekcyjnym oraz pomocy uczniom mającym trudności w nauce. „Widna, czysta, odpowiadająca wymogom zdrowotności szkoła, spokojny o swój byt nauczyciel i uwolnione od głodu i chłodu dziecko, oto trzy warunki kardynalne dobrej szkoły – szkoły naprawdę powszechnej” (*Szkoła Powszechna* 1921: 7). Już pierwszy postulat

siąc. W całym województwie łódzkim na przełomie 1937 r. i 1938 r. zmarło 9 114 najmłodszych obywateli. W 1928 r. w Katowicach zmarło 33,3% dzieci do 1 roku życia, we Lwowie – 10,9% (*Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej* 1929: 19).

⁵ Częściej przyjmuje się liczbę 488 ośrodków. Przy czym ilość stacji w miastach była wyraźnie większa i wynosiła 402, a na wsiach było ich 168. Obejmowały one opieką 19,9 tys. matek i 187,9 tys. dzieci, którym udzielono łącznie 662,5 tys. porad lekarskich, dokonano 347,97 tys. odwiedzin domowych, wydano 3260,7 litrów mleka oraz 10 303 tys. porcji mieszanek (Balcerek 1977: 293).

dotyczący samej szkoły stanowił w tym okresie wyzwanie. Podstawową trudnością ówczesnej oświaty, był bowiem brak odpowiednio przygotowanych budynków szkolnych. Najczęściej zajęcia lekcyjne odbywały się w wynajętych, niewielkich, ciasnych budynkach, które nawet w najmniejszym stopniu nie spełniały podstawowych zasad higieniczno-sanitarnych. Wyzwania stojące przed polską oświatą w tym względzie były zatem ogromne. Zmiany w tym zakresie wymuszało również polskie prawodawstwo. Ustawy z dnia 17 lutego 1922 r. *o zakładaniu i utrzymywaniu publicznych szkół powszechnych* (Dz.U. RP 1922: poz. 143) oraz *o budowie publicznych szkół powszechnych* (Dz.U. RP 1922: poz. 144) między innymi regulowały sprawy organizacji szkół oraz zakresu świadczeń w dziedzinie oświaty ponoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego i państwo. Pierwsza z nich wprowadzała obwody szkolne, w których to droga dziecka do szkoły nie mogła przekraczać 3 km, stawiając tym samym w uprzywilejowanej sytuacji miasta, powodując przy tym wyraźne upośledzenie środowisk wiejskich. Z kolei ustawa *o budowie publicznych szkół powszechnych* nałożył na gminy obowiązek dostarczenia odpowiednich pomieszczeń na izby szkolne i mieszkania dla nauczycieli⁶. Realizacja powyższych założeń obciążała finansowo lokalne samorządy, które *de facto* decydowały się na budowę (...) sposobem gospodarczym, po najmniejszych kosztach. Niewątpliwie wpływało to na jakość budynków, a z tym związany komfort nauki dzieci i ich zdrowie (Majchrzyk-Mikuła 2013: 144).

Powyższe zapisy prawne wpłynęły w znaczący sposób na zahamowanie budownictwa szkolnego. Standard budynków szkolnych był też nierozzerwalnie związany z warunkami sanitarno-higienicznymi w nich panującymi. Nie tylko bowiem liczba, ale i jakościowy stan lokali szkolnych budził po odzyskaniu niepodległości niepokój nie tylko lekarzy-higienistów, ale i władz szkolnych. Tadeusz Łopuszański – ówczesny Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego – określił go na „(...) co najmniej jako smutny” (Kronika. Minister Oświecenia 1920: 147). Najczęściej

⁶ Jeżeli gmina takich nie posiadała, zadaniem jej było przebudować do potrzeb już istniejące budynki lub wydzielić grunty pod nowe zabudowania, a także na boiska i ogrody szkolne. Zgodnie z art. 3 powyższej ustawy „(...) obszar gruntu na szkołę wraz z boiskiem i ogrodem szkolnym winien wynosić dla szkół 1,2 i 3-klasowych co najmniej 0,56 ha, a dla szkół 4,5,6 i 7- klasowych co najmniej 0,85 ha. Obszar gruntu na budowę domów mieszkalnych dla nauczycieli wraz z podwórzem winien wynosić co najmniej 500 m kw. na każde mieszkanie. Na zmniejszenie obszaru powyższego dla miast, a w wyjątkowych wypadkach dla wsi – może zezwolić, po wysłuchaniu rady szkolnej powiatowej, kurator okręgu szkolnego” [Dz. U. RP 1922, nr 18, poz. 144, art. 3]. Na realizację powyższych zadań władze państwowe udzielały gminom dotacji w wysokości 50% kosztów budowy, natomiast na pokrycie pozostałej kwoty mogły się one starać o pożyczki długoterminowe ze Skarbu Państwa. Dz. U. RP 1922, nr 18, poz. 144, art. 10.

(...) nikt nie rozważa spraw higieny: suchości, jasności izb szkolnych (...) ilości powietrza przypadającego na 1 dziecko, rozmieszczenia okien takiego, by światło padało dobrze na zeszyty uczniów. Wentylacje, umywalnie, szerokie korytarze, sale rekreacyjne to zbytki, o których się w szkole powszechnej nie marzy (...) Dzieci zamieszkujące nory proletariackie: sutereny i poddasza w mieście, (...) gdy znajdują się pod opieką państwa w publicznej szkole „powszechnej”, w olbrzymiej większości siedzą stłoczone w ciemnych, brudnych, niehigienicznych celach szkolnych – w warunkach fatalnych dla zdrowia, nie dających nic dla wychowania nie tylko estetycznego, ale nawet fizycznego, dla podniesienia kultury zdrowia – którą dać szkoła powinna (Sempołowska 1962: 299).

Obok więc wytycznych związanych z tworzeniem nowych placówek oświatowych powoływano też odrębne przepisy, normujące ich warunki higieniczne. W 1922 r. Wydział Budownictwa Szkolnego MWRiOP przedstawił takowe dla poszczególnych pomieszczeń funkcjonujących obiektów, według których każde dziecko powinno mieć „(...) zabezpieczoną należytą ilość przestrzeni, powietrza i światła, ażeby szkoła posiadała wszystkie niezbędne pomieszczenia pomocnicze, których liczba przy współczesnych metodach nauczania stale wzrasta” (Kopczyński 1921: 2). Dokument ten wydany w formie rozporządzenia, w sposób bardzo szczegółowy regulował kwestie dotyczące warunków, jakie powinna spełniać prawidłowo zbudowana i urządzona placówka (Dz. U. MWRiOP 1922: poz. 112), jak również pomieszczenia wewnątrz budynków szkolnych. Odstępstwo od nich możliwe było tylko w szczególnych wypadkach za zgodą kuratora Okręgu Szkolnego (Szalit, 1924: 150; Kopczyński, 1924: 33). Przeciętna powierzchnia izb lekcyjnych, co prawda mieszcząca się w normach wynosiła w latach dwudziestych 43 m², co jednak przy średniej liczbie uczniów (od 51 do 80) pomimo dwuzmianowej, a czasami i trzymianowej nauki powodowało ogromne zagęszczenie.

Znaczącym czynnikiem, który z punktu widzenia higienistów miał istotny wpływ na funkcjonowanie ludzkiego organizmu, był dostęp do świeżego powietrza. Generalnie w omawianym okresie w większości domów nie rozumiano tej potrzeby, stąd dzieci najczęściej przebywały w dusznych i zawilgoconych pomieszczeniach. Dlatego też tak istotnym było przy projektowaniu i budowie szkół uwzględnienie tej kwestii, tak, by na każde dziecko w sali szkolnej przypadła odpowiednia ilość powietrza (Eychhorn 1933: 85-90). W Polsce lokale szkolne, zwłaszcza te wynajmowane, nie posiadały odpowiedniej wentylacji i ogrzewania. Czynność otwierania drzwi i okien w izbie lekcyjnej wykonywana przez nauczycieli była dość sporadyczna, zwłaszcza w porze chłodnej, w obawie przed wyziębieniem pomieszczenia. Ministerialne wytyczne i wskazania higienistów dotyczące tej problematyki, szczególnie w latach 20. XX w. nie znajdowały odzwierciedlenia w szkołach powszechnych, zwłaszcza tych mieszczących się w wynajmowanych lokalach. Mimo wydawanych ustaw i rozporządzeń, które miały w sposób zasadniczy wpłynąć na polepszenie infrastruktury szkolnej przez całe międzywoj-

nie oświata borykała się z wieloma problemami (Jamrożek 2002:123-125).

Opieka higieniczno-lekarska nad uczniem

Osobną kwestię higieny szkolnej obok warunków lokalowych stanowiła opieka higieniczno-lekarska nad uczniem. Ówczesne władze, jak również lekarze, nauczyciele i pedagodzy, świadomi istniejących z jednej strony olbrzymich potrzeb, a z drugiej ograniczeń, wynikających ze złej sytuacji ekonomicznej odbudowującego się kraju, starali się wypracować optymalne rozwiązania dotyczące higieny szkolnej (Felchner 2006: 282; Majchrzyk-Mikuła 2013: 452). Jednak nieliczny personel medyczny, zwłaszcza w pierwszych latach niepodległości, nie był w stanie sprawować należytej opieki higienicznej nad wszystkimi uczniami. Często z przyczyny braków kadrowych, obowiązki wynikające z regulaminów zawodowych lekarzy, jak i higienistek szkolnych wypełniane były niejednokrotnie bardzo powierzchownie. Do głównych obowiązków zależało roztoczenie opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą poprzez okresowe, profilaktyczne indywidualne badania, kontrolę chorobowości oraz udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej, w tym stomatologicznej, dozór nad stanem sanitarno-higienicznym pomieszczeń szkolnych, jak i zagadnienia higieny nauczania oraz zdrowia psychicznego uczniów. W roku 1929 na ogółem 26 470 publicznych szkół powszechnych w całym kraju pod właściwą opieką medyczną znajdowało się zaledwie 1 292 (4,88%) z nich. Nie najgorzej sytuacja przedstawiała się w miastach, gdzie na 2 338 tego rodzaju placówek oświatowych opieka medyczna była zorganizowana już w 997 (42,6% – prawie w co drugiej)⁷. Właściwy jej rozwój przypadł na lata trzydzieste, gdy wraz z tworzeniem ośrodków zdrowia jednym z ważnych pól działalności tych instytucji była właśnie opieka medyczna nad uczniami – zarówno działalność lecznicza, jak i zapobiegawcza.

W okresie międzywojennym w tworzącym się systemie opieki higieniczno-lekarskiej nad dziećmi w wieku szkolnym niepodważalnie ważną rolę odgrywała pozycja lekarza szkolnego (Kopczyński 1929: 103; Majchrzyk-Mikuła 2013: 309-311; Cisińska 2013: 186) i higienistki szkolnej (Urbanek 2000: 115-115; 2008: 56-79). W Polsce w 1927 r. było jedynie 257 lekarzy szkolnych. Jeszcze w roku 1932 niewiele ponad 1 000, większość z nich jednak pracowała w szkołach średnich. Szkoły powszechne tylko w większych miastach pozwolić sobie mogły na tę formę opieki nad dziećmi. Rzecz jasna w dzisiejszych realiach oczywistym wydawać by się mogło, że największe

⁷ Fatalnie za to kształtowała się sytuacja na wsi, gdzie zaledwie 279 szkół powszechnych na blisko 25 tys. mogło się pochwalić opieką medyczną (niewiele ponad 1%). Również stan sanitarno-higieniczny większości wiejskich placówek oświatowych, zwłaszcza wiejskich, był bardzo zły. „Przeważnie są to izby niewielkie; niskie, niedostatecznie oświetlone bez wentylacji, wilgotne, zimne. Ściany podłogi zniszczone, często podłogi nie ma wcale, brudne” (Felchner 2006: 283).

potrzeby i liczne obowiązki stoją przed wspomnianym personelem medycznym w szkolnictwie powszechnym, ale niestety ówczesna rzeczywistość stanowiła przykład funkcjonowania pewnych sprzeczności w tym względzie. Paradoksem było, np. obsadzanie w pierwszej kolejności stanowisk lekarza szkolnego nie w szkolnictwie powszechnym, ale w średnim, uważanym pod względem społecznym za zamożniejsze, a tym samym mniej wymagające nadzoru lekarskiego. Tendencja ta znajduje odzwierciedlenie w danych statystycznych. Już w latach 1924-1925 około 67% szkół średnich ogólnokształcących objętych było opieką higieniczno-lekarską, a pod koniec lat dwudziestych już nawet przeszło 90% (Kopczyński 1929a: 21; 1929b: 6; 1933: 36; 1927: 169; Świdorska 2001: 31). Opieka lekarska nad szkołami powszechnymi prezentowała się zdecydowanie gorzej. W latach 1925/1926 opiekę lekarską zapewniało zaledwie 5% szkół na poziomie powszechnym (Kopczyński 1929a: 23). W 1932 r. było w Polsce ponad tysiąc lekarzy szkolnych, większość z nich jednak pracowała nadal w szkołach średnich. Szkoły powszechne tylko w wielkich miastach pozwolić sobie mogły na tę formę opieki nad dziećmi (Balcerek 1977: 251). Znaczne było też zróżnicowanie pomiędzy szkołami powszechnymi miejskimi a wiejskimi, z niekorzyścią niestety dla tych drugich.

Zakres czynności higieniczno-lekarskich miejskich lekarzy szkolnych szczegółowo określał *Regulamin pracy personelu lekarsko-higienicznego w publicznych szkołach powszechnych*. Ich działalność polegała głównie na szczegółowym badaniu stanu zdrowia młodzieży szkolnej, zapobieganiu chorobom zakaźnym i prowadzeniu ambulatorium szkolnego, corocznego udziału w Komisji do spraw remontu, higieny szkolnej i stanu sanitarnego posesji oraz lokali szkolnych, organizowaniu pogadanek na temat zdrowia. W nagłych i pilnych przypadkach udzielania pomocy lekarskiej w domu dziecka. W badanym okresie lekarz szkolny zarówno w szkolnictwie średnim, jak i powszechnym zatrudniany bywał na stałe lub, jak ówczesnie określano – sporadycznie. Opieka stała, według statystyk z lat 1925-1926, oznaczała w przypadku szkolnictwa powszechnego, wizytowanie placówki minimum raz w tygodniu. Tego rodzaju formę opieki lekarskiej deklarowała wówczas połowa objętych nadzorem szkół powszechnych, gwarantowano ją w 62,8% placówkach oświatowych. Pozostała część uczniów, szczególnie w środowisku wiejskim, mogła liczyć na tzw. odwiedziny sporadyczne. Dramatycznie wyglądała także sytuacja z niedoborem higienistek szkolnych. W latach 1925-1926 statystycznie, na jedną higienistkę wskaźnik ten wynosił 1647 (Kopczyński 1929a: 23). Przyczyn dopatrywano się zarówno w zbyt małej liczbie szkół pielęgniarskich (*Wobec braku pielęgniarek* 1937: 93-94; Wrońska 1993: 184; Maksymowicz 1977: 58-60), jak i we wspomnianym już braku funduszy samorządów gminnych, decydujących o liczbie przyznanых etatów oraz dalszym kształceniu pielęgniarek. Warto również wspomnieć o leka-

rzach szkolnych innej specjalności – o okulistach i dentystach. W 1926 r. znikoma ich liczba, bo licząca zaledwie 28 stanowisk w Polsce (Kopczyński 1929a: 23), wiele mówiła o potrzebach i ogromnym wręcz niedoborze opieki higieniczno-lekarskiej w ówczesnym szkolnictwie powszechnym.

Lekarze szkolni, opiekę lekarsko-higieniczną nad dziećmi sprawowali przy współdziałaniu higienistek szkolnych, określanych zwłaszcza w pierwszych latach dwudziestolecia międzywojennego mianem „szkolnych opiekunek zdrowia”. Zakres ich obowiązków zawarty został w *Regulaminie dla higienistek szkół powszechnych* wydanym m.in. jako załącznik do okólnika wydanego przez MWRiOP z 1924 r. i niewiele różnił się od wcześniej opublikowanego *Regulaminu dla pielęgniarek szkolnych*, z 1919 r. (*Regulamin dla pielęgniarek szkolnych* 1919: 58-59; Kopczyński 1924).

W szkołach całość podejmowanych przedsięwzięć, dość szerokich jak na ówczesne warunki, obejmujących zarówno opiekę lekarską, jak i zapobieganie różnym chorobom kierowano szczególnie do dzieci najuboższych. One zresztą stanowiły większość uczniów szkół powszechnych. Działania te przyjmowały często charakter biologicznego ratownictwa. Najliczniejszą grupę tych dzieci w Polsce, bo ponad 82%, stanowiły dzieci robotników i rodziców zajmujących się rolnictwem, rzemiosłem lub drobnym handlem, a jedynie około 5% uczniów pochodziło z domów osób wykształconych. Co ciekawe w latach 20. XX w. charakterystyczne było zjawisko bojkotu szkół powszechnych przez inteligencję, uważali oni, że publiczne placówki są skupiskiem dzieci z rodzin „patologicznych” (Majchrzyk-Mikuła 2013: 194).

W ramach podejmowanych przez państwo akcji profilaktycznych masowo przeprowadzono szczepienia ochronne przeciwko niektórym chorobom zakaźnym. Była to w tym czasie najskuteczniejsza metoda zapobiegania ich występowaniu (Urbanek 1993:187-192). Zresztą w Polsce, z wyjątkiem przymusowego szczepienia przeciwko ospie, obowiązującego od 1919 r., nawet szczepienie przeciwko gruźlicy było w okresie międzywojennym sprawą indywidualną. Dopiero w 1936 r. wydano rozporządzenie wprowadzające obowiązkowe szczepienie dzieci przeciwko błonicy. Najprawdopodobniej w braku konsekwentnej regulacji prawnej szczepień ochronnych można upatrywać przyczyn tak szeroko propagowanej wówczas kampanii szczepień ochronnych dzieci i młodzieży.

Wszystkie powyższe poczynania, zmierzające do poprawy kondycji zdrowotnej uczniów, wspierały najczęściej samorządy terytorialne, finansujące, a nawet organizujące niektóre akcje pomocowe. Jednak ograniczone możliwości i zasoby nie pozwalały na udzielenie tej pomocy w wymaganych rozmiarach.

Podsumowanie

Polska służba zdrowia w okresie międzywojnia była wielosektorowa i niejednolita organizacyjnie. Publiczna, państwowa spełniała funkcje legislacyjne oraz kontrolne, organizowała np. walkę z ostrymi chorobami zakaźnymi czy społecznymi. Prowadziła też niektóre, nieliczne placówki lecznicze, przeważnie specjalistyczne. Główny wysiłek w dziedzinie lecznictwa, podobnie jak w przypadku opieki społecznej spoczywał na samorządach terytorialnych, korzystających w tej dziedzinie ze wsparcia finansowego państwa. Lecznictwem zajmowały się też instytucje ubezpieczeń społecznych, religijne, wyznaniowe i różne organizacje.

Organizowana w międzywojniu higiena szkolna pozwalała jak ówczesne warunki na szeroki program działań pomocowych kierowanych do uczniów. Wsparcie to nie kończyło się w tym czasie tylko na opiece zdrowotnej. Władze szkolne i samorządowe realizowały jeszcze szereg innych form pomocy doraźnej, obejmujących chociażby dożywianie dzieci w świetlicach szkolnych, prowadzenie akcji kolonijnej oraz udzielanie wszelkich zapomóg dla sierot naturalnych i społecznych.

Bibliografia

- Balcerek Marian (1977), *Dzieje opieki nad dzieckiem w Polsce*, PWN, Warszawa.
- Bołdyrew Aneta (2008), *Matka i dziecko w rodzinie polskiej, Ewolucja modelu życia rodzinnego w latach 1795-1918*, Neriton, Warszawa.
- Bołdyrew Aneta (2003), „Przesady i zabobony dotyczące zdrowia, higieny i wychowania dzieci w społeczeństwie polskim w XIX i na początku XX wieku” [w:] *Życie codzienne w XVIII-XX wieku i jego wpływ na stan zdrowia ludności*, red. B. Płonki-Syroki, A. Syroki, „Arboretum”, Wrocław.
- Brzeziński Józef (1908), *Ochędostwo – jako główny warunek zdrowia*, Tłocznia WŁ. Łazarzskiego, Warszawa.
- Cisińska Anna (2013), „Sekcja higieny szkolnej w łódzkich szkołach w okresie II Rzeczypospolitej”, *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej*, nr 1 (7).
- [b.a.] (1939), *Dwadzieścia lat publicznej służby zdrowia w Polsce odrodzonej 1918-1939*, Drukarnia Państwowa w Warszawie, Warszawa.
- Dz. U. MWRiOP 1926, nr 13, poz. 162, art. 25.
- Dz. U. MWRiOP 1922, nr 12, poz. 112
- Dz. U. RP 1922, nr 18, poz. 143.
- Dz. U. RP 1922, nr 18, poz. 144.
- Eychhorn Franciszek (1933), „Higiena(!) budynku i urządzeń szkolnych”, [w:] *Higiena(!) szkolna*, red. S. Kopczyński, Warszawa.
- Felchner Andrzej (2006), *Zdrowie i zdrowotność piotrkowian. Z problematyki zdrowotności mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i powiatu piotrkowskiego na tle całego kraju (od końca lat 20-tych do początku 70-tych XX wieku)*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław.
- Gromski Marcei, Bartel Lucjan (1932), *Stacja opieki nad matką i dzieckiem. Organizacja i prowadzenie*, Biblioteka Związku Pracy Obywatelskiej Kobiet, Warszawa.
- Higiena szkolna. Podręcznik zbiorowy dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych (1921)*, red. S. Kopczyński, Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie, Warszawa, Poznań, Lwów, Lublin, Łódź, Wilno.

- Jamrożek Wiesław (2002), „Opieka nad dzieckiem w opinii poczynaniach galicyjskiej socjalnej demokracji” [w:] *Dziecko w rodzinie i społeczeństwie*. T. 2. *Dzieje nowożytne*, red. K. Jakubiak, W. Jamrożek, Wydaw. Uczelniane AB im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Kacprzak Marcin (1929), „Szlachetne i nieszlachetne”, *Orędownik Zdrowia*, z. 2.
- Kacprzak Marcin (1933), „Współczesne poglądy na higienę szkolną”, „Praca i Opieka Społeczna”, nr 1.
- Kacprzak Marcin (1934), *Współczesne poglądy na służbę zdrowia*, Warszawa.
- Kopczyński Stanisław (1921), „Cele i zadania higieny (!) szkolnej, historia(!) higieny szkolnej w Polsce” [w:] *Higiena(!) szkolna*, Warszawa.
- Kopczyński Stanisław (1933), *Higiena szkolna*, Warszawa.
- Kopczyński Stanisław (1929b), „Opieka higieniczno(!)-lekarska nad dzieckiem normalnym(!) w szkole” [w:] *Zagadnienie opieki nad macierzyństwem dzieci i młodzieżą w Polsce*, [b.m.w.], Warszawa.
- Kopczyński Stanisław (1919), *Rola lekarza powiatowego w dozorze higieniczno-lekarskim nad szkołami*, Druk. Państwowa, Warszawa.
- Kopczyński Stanisław (1927), „Stan higieny szkolnej w szkołach RP – 1924/1925”, *Zdrowie*, z. 4.
- Kopczyński Stanisław (1924), *Zasady higieny szkolnej*, M. Arct, Warszawa.
- Kopczyński Stanisław (1929a), *Zdrowie dziatwy szkół powszechnych w Polsce*, [b.m.w] Warszawa.
- Kopeć Tadeusz (1936), „Rozwój opieki społecznej nad matką i dzieckiem”, *Pediatrya Polska*, z. 1.
- Krakowski Bogdan (1925), „Stan opieki nad dziećmi w Polsce i najpilniejsze w tej dziedzinie potrzeby”, *Opieka nad Dzieckiem*, nr 3.
- [b.a] (1920), „Kronika. Minister Oświecenia o higienie szkolnej”, *Wychowanie Fizyczne*, nr 3-4.
- Majchrzyk-Mikuła Joanna (2013), *Higiena szkolna na Lubelszczyźnie w latach 1918-1939 na tle całego kraju*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski.
- Majchrzyk-Mikuła Joanna (2009), „Lekarze szkolni w Polsce w latach 1918-1939” [w:] *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX w.*, red. B. Urbanek, Śląski Uniwersytet Medyczny, Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk, Warszawa.
- Maksymowicz Alicja (1977), *Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym*, Warszawa.
- Mauersberg Stanisław (1988), *Komu służyła szkoła w II Rzeczypospolitej? Społeczne uwarunkowania dostępu do oświaty*, PWN, Warszawa.
- Paciorek Magdalena (2010), *Higiena dzieci i młodzieży w polskim czasopiśmiennictwie medycznym dwudziestolecia międzywojennego*, PWN, Warszawa.
- Regulamin dla pielęgniarek szkolnych* (1919), [w:] S. Kopczyński, *Rola lekarza powiatowego w dozorze higieniczno-lekarskim nad szkołami*, Druk. Państwowa, Warszawa.
- Renz Regina (2008), *Kobieta w społeczeństwie międzywojennej Kielecczyny. Dom – praca – aktywność społeczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego, Kielce.
- Rosiówna J. (1937), „Zadania stacji opieki nad matką i dzieckiem w świetle dzisiejszych potrzeb i możliwości”, *Zdrowie Publiczne*, nr 12.
- Sempołowska Stefania (1962), „Z tajemnic Ciemnogrodu” cz. I [w:] S. Sempołowska, *Pisma pedagogiczne i oświatowe*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1962, s. 299.
- Sosnowski Kazimierz (1920), *Szkoła a zdrowie*, Akademia Handlowa w Krakowie, Kraków-Warszawa.
- Statystyki Rzeczypospolitej Polskiej* (1929), GUS.

- Szalit Edward (1924), *Podręcznik higieny publicznej i szkolnej dla seminariów nauczycielskich oraz nauczycieli szkół powszechnych*, Tarnów.
- Szczepańska Barbara (2013), „Zagraniczne inspiracje dla kultury zdrowotnej szkoły polskiej na łamach czasopism medycznych i pedagogicznych w Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej” [w:] *Addenda do dziejów oświaty. Z badań nad prasą Drugiej Rzeczypospolitej*, red. I. Michalska, G. Michalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- [b.a.] (1921), *Szkoła Powszechna w Piotrkowie. Jednodniówka 25 września 1921 r.*, Wydawnictwo Wydziału Szkolnictwa i Oświaty Pozaszkolnej Magistratu miasta Piotrkowa, Piotrków.
- Szymczyk Katarzyna (2017), *Opieka społeczna nad dzieckiem w Piotrkowie Trybunalskim w okresie Rzeczypospolitej. 1918-1939. Kontekst ogólnopolski*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Piotrkowie Trybunalskim, Piotrków Trybunalski.
- Świdarska Mariola (2001), „Henryk Jordan – wychowawca młodzieży”, *Hygeia*, nr 22.
- Themerson M. (1913), „O krzewieniu kultury higienicznej przez szkoły początkowe”, *Zdrowie*, b.n.
- Urbanek Bożena (2000), „Kształtowanie się zawodu pielęgniarstwa na ziemiach polskich w latach 1830-1938” [w:] *Kobieta i praca. Wiek XIX i XX. Zbiór studiów*, red. A. Żarnowska, A. Szwarc, DiG, Warszawa.
- Urbanek Bożena (1993), „Profilaktyka zdrowotna i początki pielęgniarstwa społecznego w Polsce”, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, z. 2.
- Urbanek Bożena (2008), „Zmagania o profesję w XIX i XX wieku (do roku 1963)” [w:] *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX wieku*, red. B. Urbanek, Makmed, Warszawa.
- Wiadomości Statystyczne* (1936), nr 20, z dn. 15.07.1936.
- [b.a.] (1937), „Wobec braku pielęgniarek”, *Pielęgniarka Polska*, z. 6.
- Wrońska Irena (1993), „Rozwój pielęgniarstwa zawodowego w okresie dwudziestolecia międzywojennego”, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny*, z. 2.

Badania literackie

Literary studies

Katarzyna Szmigiero

Instytut Literaturoznawstwa i Językoznawstwa
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
ORCID 0000-0002-1648-3217
e-mail: katarzyna.szmigiero@ujk.edu.pl

Construction of illness identity in chosen English-language autopathographies

Abstract

Among the great variety of texts belonging to the life-writing category, pathographies or illness narratives stand out as unique. The rising popularity of the genre can be explained by the dehumanisation of modern medicine and the unwillingness of contemporary culture to cope with anguish, ugliness and disability. Despite its private, or even confessional, nature pathographies play important social roles: raise the readers' awareness, push for reforms in health care and recommend treatments seen by their writers as beneficial. They also challenge misconceptions surrounding illness and death.

The aim of this article is to have a closer look at autobiographies written by English-speaking men and women who received a psychiatric diagnosis. Their accounts drastically differ depending on gender. Women construct their stories differently, defining exceptional or outstanding events in a distinct way. They are more willing to admit to failures but also pay more attention to cultural and social aspects of mental disorders. Men, on the other hand, tend to accept a biomedical explanation of their illness and focus on their public activity after recovery.

Key words: autobiography, gender, madness narrative, mental illness, pathography.

Konstruowanie tożsamości chorobowej w wybranych autopatografiach anglojęzycznych

Streszczenie

Wśród literatury autobiograficznej, szczególną popularnością cieszą się ostatnio patografie, czyli opowieści o doświadczeniu choroby. Ich fenomen można przypisać rosnącej dehumanizacji służby zdrowia i niechęci, z jaką współczesna kultura podchodzi do cierpienia, brzydoty czy niepełnosprawności. Choć jest to gatunek z definicji konfesyjny i intymny, patografie pełnią ważną funkcję społeczną. Podnoszą one świadomość społeczeństwa, nawołują do reform w służbie zdrowia oraz zalecają terapie uważane przez autorów patografii za skuteczne. Podważają także mity panujące na temat choroby i śmierci.

Celem tego artykułu jest analiza anglojęzycznych autopatografii poświęconych doświadczeniu choroby psychicznej. Relacje te różnią się znacznie w zależności od płci autora. Kobiety inaczej konstruują swoją narrację i w odmienny sposób definiują wydarzenia odbierane jako nietypowe czy niezwykle. Częściej przyznają się do niepowodzeń i porażek, ale także przywiązują większą wagę do kulturowo-społecznych aspektów choroby psychicznej. Z kolei mężczyźni chętniej akceptują biomedyczny model choroby i skupiają się na opisach działalności społecznej, którą często podejmują po odzyskaniu zdrowia.

Słowa kluczowe: autobiografia, choroba psychiczna, patografia, płeć jako kategoria kulturowa.

The last few decades brought a noticeable increase in the popularity of widely understood autobiographic writing, both in terms of readership and scholarly research. Kathlyn Conway even claims the popularity of life writing rivals that of a novel in the USA (2007: 10). The umbrella term life writing refers to the wide variety of texts about the self – autobiographies, diaries, memoirs, letters, confessions, witness testimonies, travelogues or even personal essays. Some critics even go further including into life writing fictional genres, such as biomythographies, *roman á clef* and *Bildungsroman* (Henke 2000: xiii). Thus, the term life writing encompasses both texts that are a natural outcome of someone’s life and have a specific addressee (such as letters) and are of personal, or even intimate, character as well as literary texts marketed at an anonymous reader and aimed for publication.

Sidonie Smith and Julia Watson (2001) distinguish and define fifty-two subcategories of the autobiography alone. Among them, there is also a pathography (from Greek *pathos* meaning, among others, pain and suffering), a narrative about the experience of being ill. Some features of pathographies overlap with the so-called misery literature (Rothe 2011) or what Nancy Mairs labels, probably more politely, “literature of personal disaster or the memoir of mischance” (1997: x) as they swamp the readers with explicit descriptions of abuse and unbearable physical pain. Both also often present suffering as leading to further triumph over adversity, be it illness, addiction or other trauma. As the word pathography comes across as rather scholarly, many researchers prefer the more natural sounding term illness narrative. They convincingly argue that since the aim of most illness narratives is to provide a human angle to suffering and reclaim the individual experience of illness from the clutches of depersonalising contemporary biomedical discourse, the name of the genre should also be free of literary jargon.

The rise of illness narratives is usually attributed to the development of modern medicine. Ironically, the more advanced and fool-proof medical knowledge has become (and therapies more effective and safe), the greater the discrepancy between subjective experience and its scientific description. Rita Charon, an unquestionable authority in the field of medical humanities, observes that “medical practice and training” are characterised by “[...] impersonality, [...] fragmentation, [...] coldness, [...] self-interestedness, [...] lack of social conscience” (2006: 10). Focusing on the symptoms of the disease and test results, doctors tend to overlook the actual human being who lives with the illness. They also seldom perceive the patients as equal partners in treatment, who should be able to decide how, when and, first of all, whether at all, they want to be treated. Bureaucracy and depersonalisation of health care often mean that many patients fear treatment and hospitalisation more than the illness itself. Writing one’s own account of the experience of living with an illness is aimed at freeing it from the dehumanising, hermetic

medical register and authoritarian interpretation of biomedicine. It is a way of reassessing one's agency, regaining dignity of which medical we are frequently robbed by medical procedures. Just as the representatives of colonised peoples 'write back' to present their version of the discovery and conquest of the so-called New World, liberating it from Eurocentric interpretation, so do patients penning their illness narratives, when they question medicine's usurpation of being a sole authority on their experience.

For instance, describing clinical depression, biomedical psychiatry analyses faulty neurotransmitters and the way medication can fix their functioning. Yet, for a person living with depression, serotonin or dopamine are meaningless terms. The way they feel can be better encapsulated in the quotation from a play that is nearly half a thousand years old:

I have of late—but wherefore I know not—lost all my mirth, forgone all custom of exercises; and indeed it goes so heavily with my disposition, that this goodly frame, the earth, seems to me a sterile promontory; this most excellent canopy, the air, look you, this brave o'erhanging firmament, this majestical roof fretted with golden fire, why, it appeareth nothing to me but a foul and pestilent congregation of vapors. What a piece of work is a man, how noble in reason, how infinite in faculties, in form and moving, how express and admirable in action, how like an angel in apprehension, how like a god! The beauty of the world; the paragon of animals; and yet to me what is this quintessence of dust? Man delights not me—nor woman neither, though by your smiling you seem to say so (Shakespeare 1994: 69).

A modern psychiatrist treating prince Hamlet would simply note down his negative affect and lack of interest in activities previously enjoyed, which is hardly adequate.

English language has two terms to differentiate between the seemingly objective medical entity called disease and the subjective experience of living with its symptoms, called illness (Kleinman 1980: 71-119; Kleinman 1988: 3-6). Disease is perceived as independent of social, cultural and historical circumstances. It is the subject of interest for medicine – its aetiology, symptoms and treatments. Obviously, the assumption that all diseases are never socially constructed is a myth. It might be true in case of, for instance, some bacterial infections. Sinusitis had the same symptoms in ancient Egypt as it has now. Yet many diseases, especially mental health issues, do not exist without social context. Illness, on the other hand, is a socio-cultural response towards the disease – discomfort, pain, disability, anger, embarrassment – the wide range of reactions one experiences living with particular symptoms and their consequences as well as behaviours of carers and patients considered 'legitimate' in a particular culture. The experience of illness is always individual and depends on one's social status, age, gender, life circumstances and

professed world view. Disease, on the other hand, is a fixed diagnostic category (or, more accurately, it is perceived as such).

Narratives about illness also tend to fill the gap in contemporary mainstream culture that is unwilling to deal with unpleasant topics, such as physical deformity, disability or death (Kleinman 1988: 28 and 47). We live surrounded by the media populated by attractive, able-bodied, healthy people who seem not to grow old. Aging and loss of a supple body are viewed as a result of unhygienic lifestyle, lack of exercise, unwise dietary choices and general neglect. Susan Sontag (1990) perfectly captured the contemporary unease with the loss of health describing connotations evolving round cancer or AIDS. Yet, with the nearly doubled average life span in the so-called developed world (at least for the more privileged members of the society), disease and disability are impossible to be avoided. Blaming people for getting ill and not being able to recover is unfair and cruel yet conceptual metaphors that compare the life with an illness to a battle increase the feelings of failure in those who succumb, or 'lose the fight'. Thus, many pathographies address the issue of stigma and remind the readers of the brutal yet inevitable ugliness of physical pain and disability.

Many illnesses are still surrounded by shame and social ostracism. That is especially the case with mental health problems, which still constitute a taboo. Hardly any other illnesses are so much misunderstood and stereotyped (Thornicroft 2007). Mental illness, as a symbolic loss or reason, discredits the account of the sufferer – the insane are not to be trusted as their perception of reality is flawed. That is why, admitting to be a mental health care service user is problematic in autobiographic accounts. Individuals who have lived with a psychiatric diagnosis being simultaneously established academics write about that hiatus, for example Kay Redfield Jamison (1994) and Elyn R. Saks (2007). Furthermore, there exists a visible difference between the manner in which male and female writers pen their madness narratives. Gender has a great impact not only on the perception of illness, but the construction of illness identity and the structure of the whole autobiographic testimony.

First of all, the most striking difference is in sheer numbers. Writing about illness narratives as a genre, Nancy Mairs observes "more women than men write, and write more intimately, about psychical and emotional distress" (1997: xi). That observation is even more accurate if madness narratives are concerned. Texts authored by women have by far outnumbered those by men. Women are more inclined to mention the subject of their emotional wellbeing in their autobiographies, frequently devoting the whole book just to the issue of their mental health struggles. Men are less likely to write about that subject, and, even if they do, it is often done as a footnote to the description of an otherwise fulfilling and productive life story. If they admit they were ever

mad, their madness must be counterbalanced with achievements in the public field.

For instance, such titles as Sylvia Plath's *The Bell Jar* (1963), Janet Frame's *Angel at my Table* (1984), Susanna Kaysen's *Girl, Interrupted* (1993) or Elizabeth Wurtzel's *Prozac Nation* (1995) are well-known to the general audiences worldwide, have been adapted by acclaimed film makers and had Hollywood stars cast in the main roles. One cannot provide a similar example of a text written by a male author that has reached a comparable success.

Obviously, one can endeavour to explain this disproportion by the fact that some mental health issues, such as depression, borderline personality disorder or eating disorders, are more commonly diagnosed in women. Since more women fall ill, they are more likely to write about it. Yet the explanation why some behaviours are more frequently medicalised in women and criminalised in men, why women are more likely to seek psychiatric treatment and men tend to avoid resorting to medical discourse to label their experiences is much more elusive and controversial as each attempt at an answer is ideologically charged (Busfield 1986; Prior 1999; Ussher 1991, 2011). It must be kept in mind that standards of mental health are conventional and culturally dependent. Traditional female gender roles allow for greater submissiveness and emotionality. Furthermore, women are allowed to be more demonstrative about some feelings (such as sadness) and forbidden to express others (esp. anger, which tends to be internalised, see Valentis and Devane 1995; Chemaly 2018). It may make them more susceptible to be diagnosed with an affective disorder.

That is why, any comparison made between illness narratives penned by men and women is not just a topic of academic interest for literary scholars, but also historians of medicine, sociologists, psychologists ... to name but a few. Medical staff and social workers can also benefit from analysing the pathographies on madness as they offer "a rare insight into the richness of psychopathology as experienced, rather than as drawn out and described by psychiatrists" (Oyebode 2009: 25). Furthermore, the great majority of women writers who write about their depression are relatively young and their pathographies are usually their literary debuts. Because of their age, they can seldom boast spectacular achievements or even a professional career. Their illness prevented them from graduating or having a job or at least greatly obstructed ordinary functioning. On the other hand, the most acclaimed madness memoir written by a man is William Styron's *Darkness Visible* (1990), which was published when the author was in his mid sixties. By then, Styron enjoyed an international reputation and was an acclaimed author known, among others, for *Sophie's Choice* (1979, film adaptation 1982). Styron did not need to convince anyone about his talent, contribution to contemporary

US literature or even his financial status. His essay is filled with name-dropping digressions about French novelists he befriended, literary prizes he received, European capitals he frequented... He even has a country house in Martha's Vinyard, where his neighbours include the US presidents or Hollywood stars. The renowned English philosopher, John Stuart Mill was also well past his middle age when his autobiography was published. He admits in it he suffered from juvenile bouts of melancholy yet it is a mere episode when compared to his later productive and fulfilling life. It can be seen as a phase a young sensitive gentleman brought up in the Romantic period could succumb to, not a serious psychiatric disorder. The way he recalls this period trivialises its seriousness: "It was the autumn of 1826. I was in a dull state of nerves, such as everybody is occasionally liable to, unsusceptible to enjoyment or pleasurable excitement; one of these moods when what is pleasurable at other times becomes insipid or indifferent (...)." (Mill 1876 quoted in Oyebode 2009: 26). If this mood is known to everyone, there is nothing morbid or pathological about it.

Less known nineteenth century writers, for example John Thomas Perceval, a son of an English Prime Minister, also includes in the account of his life his stay in a mental asylum, *Narrative of the Experience of a Gentleman during a State of Mental Derangement to Explain the Causes and the Nature of Insanity, and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards Many Sufferers under that Calamity* (1838). Yet it is mentioned solely to explain the reformatory zeal to which he later devoted his life. The omnipresent dinginess of the institution and the cruel treatment of the inmates he witnessed made him a champion for their cause. Just like Mill, Perceval lived till ripe old age without any relapse. The memoir penned by the US-born Clifford Whittingham Beers in 1908, *A Mind That Found Itself*, looks like a clone narrative of its English equivalent published a few decades earlier. Subjected to severe treatment during his hospitalisation, Beers became an activist campaigning for the improvement of mental asylums. He never denies being mentally ill, yet hardly mentions his symptoms focusing instead on sadistic staff or appalling sanitary conditions. A contemporary pathography, *The Day the Voices Stopped. A Memoir of Madness and Hope* (2001) by Ken Steele and Claire Berman, hardly differs in structure from the earlier ones. Steele writes about the horrors of schizophrenia and the consequences of the illness – becoming a homeless drunk and a criminal, yet finishes his story with a miraculous recovery. After years of hardships, he finally receives medication that works, which turns him from a hobo into an activist known across the country. He is responsible for an attempt to encourage the mentally ill to register as voters. Being perceived as potential voters, mental health service users would have a real impact on political programs. For Perceval, Beers and Steele illness serves a catalytic function. It is because of their illness (not

in spite of it) that they become respected citizens, achieve national reputation as public figures, etc. The balance between the illness stage and the healthy stage of life is turned towards the latter. Also, it is the activism and achievement that gives their lives value.

Frequently, as it can be concluded from the examples above, the men writing about their madness come from privileged backgrounds: apart from the cultural advantage of being male, they also have university education, their families are relatively wealthy, white and middle-class. Women-writes, apart from restrictive gender roles, have to battle social exclusion connected with ethnicity and class. Janet Frame, for instance, comes from a working class family, is often dirty and badly dressed as a child, which leads to peer ostracism. Her ambition to become a poet is seen as whim or even a schizophrenic delusion of grandeur. Many female authors of pathographies address the topic of their Judaism – Elizabeth Wurtzel, Susanna Kaysen or Elyn Saks can be mentioned here. Mental illness is yet another factor excluding them from the mainstream US society. Obviously, illness is a painful experience for the rich and poor alike, yet economic status usually allows speedier and more effective treatment, access to therapy and better medication. It also prevents (or at least delays) extreme poverty, homelessness and susceptibility to violence, which are the likely outcomes of prolonged mental health problems for many others. Furthermore, many women writers' pathographies do not have a retrospective character. They are not written by middle-aged or elderly authors who left their struggles long behind. Marya Hornbacher's two memoirs, *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia* (1997) and *Madness. A Bipolar Life* (2008), Wurtzel's *Prozac Nation. Young and Depressed in America* and *More, Now, Again. A Memoir of Addiction* (2001) as well as Frame's early autobiographic novels are written "to the moment", to use Samuel Richardson's expression ("Samuel Richardson"). They are produced during the illness or after its last episode but by no means is it ever suggested that the narrator is cured. Even a work written a few decades after the events it describes, Susanna Kaysen's *Girl, Interrupted*, focuses solely on the period of the narrator's hospitalisation. The readers do not learn what happened to Susanna after she left the hospital. Thus, it is impossible for anyone to determine if the described illness was just a juvenile episode, a difficult transition into adulthood, or whether it is going to accompany the writers/narrators for the rest of their lives. Narratives authored by Mill, Perceval or Mark Vonnegut's *The Eden Express* (1975) offer that time perspective¹. The same can be argued

¹ Ironically, James Frey's *A Million Little Pieces* (2003) was marketed as an autobiography of a merely 23-year old man with serious addiction issues, whose new found sobriety was yet to be tested. The narrator was not a known individual. The book, however, turned out to be

about Matt Haig's bestseller *Reasons to Stay Alive* (2015), the title of which is self-explanatory. It might be a veiled allusion to YA fiction classic *Thirteen Reasons Why* (2007) by Jay Asher, in which the main character kills herself. With Haig, it is obvious he will prove to his readers why staying alive is a better option. Moreover, he describes his first, most shattering episode of depression, which happened in his early twenties from a perspective of a happily married middle-aged man, a published author and a father of two healthy children.

It is also worth noticing some formal aspects of madness narratives written by men and women. The differences could be merely coincidental or idiosyncratic of a particular author; they might also be explained by the level of education and professional background². Yet, looking at a greater number of texts certain patterns are discernible. Men tend to write chronologically ordered narratives which focus on one dominant plot – the story is linear. They often avoid wider analysis of their family backgrounds or intimate relationships. For example Steele informs the readers he prostituted himself to earn a living. He never discusses the issue whether he did engage in sex with other males as it was the only way a young, attractive boy with no education and provincial background could support himself in a big city as schizophrenia prevented him from coping with the demands of keeping other jobs or whether the sexually liberated New York enabled him to discover his orientation. Styron, for instance, hardly mentions his family life. Women's narratives, on the other hand, are much more digressive and unchronological as their authors seem to realise "the limits of linear story for representing illness and disability", as medical conditions have "indeterminate beginning and unknown ending" (Conway 2007: 99). Frame frequently uses flash-forward narration or interprets past events from a contemporary perspective. Women's stories are likely to be intertwined with information about their family members and friends, they are multileveled and multiplotted. Frequently, polyphonic narration is used as family members, medical staff, school friends and other significant individuals are asked to contribute their perspective – it is the case with Lori Schiller's book, *The Quiet Room. A Journey Out of the Torment of Madness* (1994). She is aware that there were long stretches of time when she was simply too ill to recall accurately her thoughts and feelings. Even when male authors appear to take into consideration the family

a literary fake. It was not an autobiography but a work of fiction, which destroyed its appeal for many readers who harboured an illusion they were dealing with an authentic story.

² For example, those women who write about their experience of mental illness wholeheartedly embracing the biomedical model of psychiatry are, simultaneously, academics who write about mental health issues professionally (Jamison 1994; Slater 1998; Saks 2007). Would questioning the dominant discourse of their field endanger their credentials or are they really convinced it is the only framework to explain illness?

context of mental disorder as it effects both the diagnosed individual and his significant others, the roles of the co-authors are not balanced. Patrick and Henry Cockburn's book *Henry's Demons. A Father and Son's Journey out of Madness* (2011) can serve as a case in point. Though both names appear on the cover as authors, their contributions are far from equal. In fact, it is the father's account that dominates. The professional journalist and seasoned war correspondent neatly combines his research into his family background, history of psychiatry with the ordeal of looking after a psychotic son. Henry's voice is hardly heard – and when it is, his incoherent babbling stands in sharp contrast to his father's elegant style. There are a few other similar texts in which a male writer presents the story of his troubled male relative from his perspective. For example, in Sherwin B. Nuland's *Lost in America* (2003) the author's own depression becomes an excuse for moving reminiscences about his volatile immigrant father and the whole closely-knit, Jewish family. Likewise, Stefan Merrill Block's semi-fictional *The Storm at the Door* (2011) presents the story of his bipolar grandfather. Though valuable as offering insight into how madness affects the whole family, they are not polyphonic in terms of narrative style. Hornbacher's two memoirs are a mosaic of her own reminiscences, anecdotes, psychological theories, excerpts taken from scientific articles. Kaysen, on the other hand, includes copies of her medical records, which she constantly questions and undermines their apparent objectivity. Wurtzel supplements her text with Lou Reed's, Bruce Springsteen's and Bob Dylan's lyrics. Women tend to use more poetical language, using a plethora of rhetorical devices such as paradoxes or complex metaphors and are more willing to experiment with the text's layout. Since the experience of madness goes beyond the limitations of language, as Conway writes in *Beyond Words. Illness and the Limits of Expression* (2007), they feel the need to experiment to convey their insanity accessibly yet without the objective rationality of ordinary speech.

Another crucial feature distinguishing men's and women's madness narratives is the way the authors interpret their illness. Men predominantly accept the biomedical model of mental disorders perceiving the illness as a result of faulty brain biochemistry. It needs to be properly diagnosed and fixed with medication. Psychotherapy is usually described by them as childish and ineffective. As Dariusz Galasiński notes, depressed males seldom locate their illness in the psyche or discuss their low moods, focusing instead on their loss of productivity (2008: 90). Styron makes it clear to his readers that

The madness results from an aberrant biochemical process. It has been established with reasonable certainty (...) that [it] is chemically induced amid the neurotransmitters of the brain, probably as a result of systemic stress, which for unknown reasons causes a depletion of the chemicals norepinephrine and serotonin, and the increase of a hormone, cortisol (2004: 46).

It does not matter that neither Styron nor all his readers without medical training are able to follow these explanations. What matters is that they sound scientific and complex, thus objective and convincing. A more perceptive reader, however, may spot an irony in the above fragment. Establishing something with reasonable certainty cannot be followed by unknown reasons. Moreover, is madness the result of faulty brain biochemistry or is it chronic stress that causes faulty brain chemistry in the first place? Styron offers another likely organic cause of his depression. For years he has been taking sleeping pills the side-effect of which is lowering of mood (Styron 2004: 48). He also mentions his alcohol dependency yet not as an addiction but rather a stimulant and an accompanying attribute of many an American writer. Drinking provided “the magical conduit to fantasy and euphoria, and to the enhancement of the imagination” (Styron 2004: 39). He never tries to force himself to any self-scrutiny: why did he have to rely on sleeping pills? why did he drink so much? That would mean attributing to some weakness and probing into his anxieties, fears or painful memories. That might be a reason why Styron is disdainful of individual and group psychotherapy as well as art therapy – they all need honest insight.

According to many researchers, issues that take a form of symptoms of depression in women manifest themselves as alcoholism in males (Busfield 1996; Prior 1999). In societies where liquor is banned, mainly for religious reasons, there is hardly any gender difference in the diagnosis of depression. In many Western countries heavy drinking is often culturally accepted among males – it is not perceived as a symptom of psychiatric illness but rather a social problem. It is thus quite possible that Styron’s alcohol abuse was not a way to seek artistic inspiration, but simply a method to mask an underlying mental disorder or emotional distress. Yet Styron, just like Steele, prefers to construct depression as any other organic illness, analogous to, let’s say, diabetes. Then, it has little to do with one’s personality, life choices and experiences or culture in which one lives. There is no need to explain it or analyse it. Considering the fact that Styron is a professional writer known for intimate portrayals of characters’ inner conflicts such a decision not to delve into one’s own psyche might be baffling.

In a similar manner, Mark Vonnegut, the son of the famous science-fiction author Kurt Vonnegut, supports the biomedical model of schizophrenia in *The Eden Express. A Memoir of Insanity* as the most useful since “that in itself can cut much of the pain and frustration for you and your friends. No one’s to blame. Psychological heroics are not required to improve things (...) the biochemical model gives you many helpful clues about how to get bet-

ter”³. Vonnegut claims he returned to full health as a result of an idiosyncratic therapy: prescription medicine combined with a large dose of vitamins yet he also considers a theory of a spontaneous disappearance of symptoms. Since he experienced a psychotic episode living in a utopian hippie commune in extreme weather conditions, without sufficient shelter, rest and nourishment yet a generous supply of psychoactive substances, it is possible a stable lifestyle, regular diet, rest and detox might have removed his psychosis. After his recovery, Vonnegut graduated from college with a degree in medicine and never experienced any psychiatric problems in later life. It is quite likely he never suffered from schizophrenia but a drug induced psychosis.

A similar explanation can be found in Steele’s book. His terrifying auditory hallucinations incessantly tell him he is a worthless, evil person nobody likes or cares about. He interprets them solely as a symptom of his illness – their content is meaningless, just like a rash or a swelling has no metaphysical significance. The fact his parents have treated him with indifference bordering on cruelty and finally rejected him knowing he is seriously ill and unable to function on his own bears no relationship to his voices. Though Steele meticulously enumerates all acts of parental negligence he makes no connection between his past and the content of his voices. Once only he remarks: “If my parents had stayed by my side from early on, if they’d supported me, who knows what a different course my illness might have taken” (Steele 2001: 89). He is, nevertheless, certain he would have developed schizophrenia anyway, regardless of the type of upbringing he might have received. Styron, Vonnegut and Steele attribute their recovery only to medication and are convinced their illness was endogenous; thus, it cannot be attributed to any external factors.

Haig blames the rapid development of technology, the speed of modern life and the demands of capitalist economy for the rise in the numbers of people seeking help for mental health issues. Evolutionary psychology, according to him, explains why so many people are unable to cope as “our minds weren’t made for the lives we live. Human brains – in terms of cognition and emotion and consciousness – are essentially the same as they were at the time of Shakespeare or Jesus or Cleopatra or the Stone Age” (Haig 2016: 76). Yet, most people are not mentally ill (though they share equally ‘unadjusted’ brains) while some individuals used to suffer from melancholy in antiquity so his arguments do not really explain why he gets his anxiety and panic attacks in village shops while most of his contemporaries are able to shop unperturbed.

³ To give Vonnegut justice, in his times, as a result of anti-psychiatric ‘findings’ many people assumed parents were responsible for the development of schizophrenia. See Christopher Frith and Eve Johnstone (2003: 110-115).

Most male writers try to convince their readers how good their lives were as if to prove their mental illness must have an underlying biological basis. No financial worries or personal problems, supportive parents or wives/girlfriends, devoted friends – the number of successes is long. Patrick Cockburn's list of his and his wife's (née Montefiore) ancestors includes military leaders, journalists, academics, bankers, even a bishop – a rather impressive pedigree. Haig, giving an account of his first serious depressive episode, mentions it took place in a picaresque sea-side villa on Ibiza. Obviously, rich and happy people do fall ill. Yet, the insistence on the objective indicators of social success could suggest underlying shame. Women writers, on the other hand, often employ a reverse strategy, wallowing in descriptions of poverty, dysfunctional families and abusive relationships. It also may suggest an unease with their diagnosis as discrediting their value. Yet, men insist their lives were great but they simply became ill since the malfunctioning brain is just like a malfunctioning thyroid. Women, on the other hand, prefer blaming their environment for literally driving them mad.

Women who have experienced mental illness tend to interpret their experiences differently. Most of them, however, are far from becoming advocates of radical anti-psychiatry that perceives therapy and pharmacology as means of disciplining rebellious individuals. They accept the reality of their illness – it objectively exists and is not just a social construct or an oppressive label. Yet the shape the illness takes, the contents of obsessive thoughts or inner voices mean much more than a mere biological symptom. Cultural expectations towards women, traditional class and gender roles, discrimination, and social powerlessness contribute to the development of an illness as much as genetics does. Hornbacher, who has been struggling with eating disorders in her teens and early twenties to be later diagnosed as bipolar captures it very aptly in *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*:

While the personality of an eating-disordered person plays a huge role (...) and while the family of an eating-disordered person plays a fairly crucial part in creating an environment in which an eating disorder may grow like a hothouse flower, I do believe that the cultural environment is an equal, if not greater, culprit in the sheer *popularity* of eating disorders. There were numerous methods of self-destruction available to me, countless outlets that could have channelled my drive, perfectionism, ambition, and an excess of general intensity, millions of ways in which I could have responded to a culture that I found highly problematic. I did not choose those ways, I chose an eating disorder. I cannot help but think that, had I lived in a culture where “thinness” was not regarded as a strange state of grace, I might have sought out another means of attaining that grace perhaps one that would not have so seriously damaged my body, and so radically distorted my sense of who I am (1999: 6-7).

The writer acknowledges the role the objectification of women's bodies played in the development of her bulimia and anorexia. The Western culture

has prioritised the spirit over the matter for centuries. Religious obsessions which saw in the body the tool of temptation that needs to be constantly monitored developed into an equally oppressive modern cult of eternally slim and young-looking figure, which also relies on constant vigilance and denial. The body has always been a fiend to be subjected to harsh discipline of fasting and mortification in the past or diet and exercise in the present. Hornbacher does not call her hatred of her body as a symptom of illness, but refers to it as “the history of Western culture made manifest” (1999: 124), culture that associates goodness with an abstract soul and evil with the body. She observes that in the languages she is familiar with body is something individuals have, not something they are, which intensifies the feelings of alienation towards one’s corporeality.

Plath also examines her depression in a wider social and cultural context. In probably the most frequently quoted fragment of her only novel she compares life choices available to Esther to branches of a fig tree:

I saw my life branching out before me like the green fig tree in the story. From the tip of every branch, like a fat purple fig, a wonderful future beckoned and winked. One fig was a husband and a happy home and children, and another fig was a famous poet and another fig was a brilliant professor, and another fig was Ee Gee, the amazing editor, and another fig was Europe and Africa and South America, and another fig was Constantin and Socrates and Attila and a pack of other lovers with queer names and offbeat professions, and another fig was an Olympic lady crew champion, and beyond and above these figs were many more figs I couldn't quite make out.

I saw myself sitting in the crotch of this fig tree, starving to death, just because I couldn't make up my mind which of the figs I would choose. I wanted each and every one of them, but choosing one meant losing all the rest, and, as I sat there, unable to decide, the figs began to wrinkle and go black, and, one by one, they plopped to the ground at my feet (Plath 2005: 73).

It is not surprising that an intelligent and ambitious girl who is coming of age in the conservative world of the 1950s United States does not feel confident in the patriarchal environment imposing on her strict gender norms. She can be a wife and a mother in a neat suburbia or a celibate professional. She cannot satisfy her budding sexual urges as it would mean no decent man would want her for his wife (although he himself has had quite a few premarital adventures with lower class girls). The character’s depression is a legitimate reaction towards the oppressive world in which she is expected to function.

It is obvious women writers perceive the notion of what is exceptional in one’s autobiography differently than men. Jerome Bruner noticed that “narrative in all its forms is a dialectic between what was expected and what came to pass. Story is enormously sensitive to what challenges our conceptions of the canonical” (2003: 15). Every serious illness distorts our plans and assumptions about the future. In the discussed women’s autobiographies the loss of mental health (or even hearing the diagnosis as not everyone accepts

biomedical psychiatry and its medicalisation of unusual behaviour) is a sufficient reason to write a book about it. They are not embarrassed to describe disappointment, failure, sadness, multiple hospitalisations or suicide attempts. For men, illness is yet another obstacle to be overcome on the way to a fulfilling life, a distant episode or a trigger to become an activist or a reformer. It is the later achievements and their stamina when faced with an apparently incurable disease that are worth remembering and recording for posterity, not the illness itself. They differently understand the Aristotelian concept of *peripeteia*, the unexpected and sudden change of circumstances. The best illustration of that difference is Stephen Mark Goldfinger's words from the introduction to Steele's autobiography "Ken Steele's personality and accomplishments are extraordinary, but I hope that soon his recovery will become one of the less remarkable aspects of his story" (2001: xi). What matters is Ken – the activist, Ken – the reformer, Ken – inspirational speaker invited to political rallies and conferences. One could venture saying that if Ken had not recovered his story would not have been worth telling.

In their autobiographies, male authors appear as individuals who never doubt their agency and ability to mould their own lives. In contrast, women admit that they lost control of their lives because of the illness and started seeing life events as something completely random. This approach is expressed in the title of Kaysen's memoir, *Girl, Interrupted*. It is an allusion to Johannes Vermeer's canvas, entitled *Girl Interrupted at her Music*. While someone or something can interrupt the girl's playing the piano, one cannot interrupt a girl. Yet Kaysen's title suggests it was the person that was interrupted – she not only removed the second part of the painting's title but also added a grammatically baffling comma to intensify the pause. The hospitalisation and diagnosis, whether accurate or not, indeed disrupted her girlhood and irrevocably changed the course of her life. What she experienced changed her perception of the world and validity of previous assumptions about the meaning of life. Kaysen's insights echo those of Frame's:

The six weeks I spent at the Seacliff hospital in a world I'd never known among people whose existences I never thought possible, became for me a concentrated course in the horrors of insanity and the dwelling-place of those judged insane, separating me for ever from the former acceptable realities and assurances of everyday life. From my first moment there I knew that I could not turn back to my usual life or forget what I saw at Seacliff (Frame 2004: 193).

Men appear less likely to admit there are life developments which are outside their control and which may prevent one from living happily ever again. To quote G. Thomas Couser, for men, retrospectively, illness seems "an interruption of life rather than an integral part of it" (1997: 6) while women, even when recovered, seem forever marked by their ordeal. It is consistent with the

centuries-long tradition of male autobiography, which focused on great men and their achievements, outstanding feats and heroic deeds. Nearly a hundred years ago, the pioneer of theory and criticism of autobiography as a literary genre, Georg Misch, observed that the necessary features that simultaneously contribute to the success of an autobiography depend on its subject being “people who have lived their lives in the public sphere, people who have been actors in important historical events or moments, people who have achieved fame or notoriety in public” (Smith and Watson 2001: 114). These ideas are deeply ingrained and internalised, especially among male authors. Illness, seen as disappointment and failure, is not an appropriate subject for a story, unless it is a heroic battle with the illness, ending with victory and further public successes. Men’s illness narratives more willingly fit into what Conway (2007) calls a triumph narrative. Their pathographies express a profound “refusal to recognise the possibility of failure, the refusal to accept the tragic nature of life” (Charles Mee, quoted in Conway 2007: 27) as incompatible with their notion of masculinity. Women’s stories, even if they incorporate recovery, finish with a note of modesty, acceptance of fragility of mental health and futility of human plans. They endorse that a reoccurrence can always unexpectedly incapacitate them. As Charon caps it “in fact, we all know that many events are random, unpredictable, unexplainable, and unknowable” (2006: 49). It is not, however, a leitmotif of men’s madness narratives.

The way women construct their illness narratives can be attributed to the so-called “relational identity” (Miller 2002: 2). Women are said to define their selfhood mainly as social beings whose identity is formed through relationships with others. Men’s autobiographies are more individualistic. Commonly, we even tend to perceive historic events as a result of the activity of outstanding individuals, not a result of wider social, political and cultural processes. In a similar manner, male writers, when describing their recovery, ascribe it solely to medication, while women mention wise therapists, friendship among patients or supporting family members. Long accounts of therapeutic sessions that help to understand wrong coping mechanisms fill the pages of, for instance Norah Vincent’s *Voluntary Madness. My Year Lost and Found in the Loony Bin* (2008) or Rachel Reiland’s *Get Me Out of Here. My Recovery for Borderline Personality Disorder* (2004).

Men and women, writing about their mental health issues, deliberately, or as a result of internalised cultural script, duplicate the autobiographic models created a long time ago. As Kimberly K. Emmons stresses, to write a pathography is “to respond to and incorporate the stories of others, and thus, to author the self through a collective discourse” (2014: 128). According to Conway, “from their family and friends, from popular culture that surrounds them, and from the stories of other ill people, storytellers have learned formal structures of narrative, conventional metaphors and imagery, and standards of

what is and what is not appropriate to tell” (2007: 38). The subject of mental illness still remains a relative taboo for them. Traditional understanding of masculinity is related to rationality, agency, stability, and independence. As Galasiński observes the Western requirements expect men to be “active, enterprising, always tough and powerful” (2008: 1). He also adds being in paid employment and being engaged in purposeful activity to that list (2008: 87). All these stand in opposition to madness, thus being mentally ill, especially suffering from depression, “undermines the very core of what it means to be male” (Galasiński 2008: 1). Since the Enlightenment, masculinity and madness have been mutually exclusive concepts – a madman must be of a lower class, inappropriate ethnicity or his illness must be a result of moral transgressions (Gilman 1985, 1993, 1994). An analysis of cultural representations of mentally ill men proves here are three basic manners in which these seemingly incompatible concepts coexist: a psychopath (deeply disturbed but cunning and dangerous), a mad genius (ill, but of exceptional talent) or a effeminate man, often a homosexual, whose gender identity is questioned (Szmigiero 2008). Hardly anyone would like to admit being a psychopath or a sissy, thus most writers opt for the disturb genius variety, balancing their illness with a story of outstanding achievements.⁴ The need to prove the ‘purposeful activity’ is especially noticeable as many former male patients embark of a life of hectic social activism. There are relatively few medically accurate cultural representations of male madness. Also, scholarly analysis of the subject is either officially gender-neutral or focuses solely on women (Ussher 1991, 2001; Wenegrat 1995; Russell 1995) A notable exception can be provided by Galasinski’s *Men’s Discourses of Depression* (2008).

Estelle C. Jelinek (1986), drafting an outline of the tradition of women’s autobiography since antiquity, notes that “in contrast to the self-confident, one-dimensional self-image that men usually project, women often depict a multidimensional, fragmented self-image colored by a sense of inadequacy and alienation, of being outsiders or ‘other’; they feel the need for authentication, to prove their self-worth” (xiii). Smith and Watson express an opinion that those writing about their lives, apart from recording their story, want to perform some rhetorical act and influence the readers: explain their convictions, build their reputation, dismiss other people’s accounts, etc. (2001: 10). Women usually want to justify their choices, make an apology, convince the readers of their worth. Yet, as Jelinek notes, they do not use a heroic tone,

⁴ Curiously enough, gay men writing about their struggles with mental health often follow the pattern of women’s madness narratives. Andrew Solomon’s *Noonday Demon* (2001), for instance, is deeply personal and confessional in character. It also includes references to various psychiatric theories as well as life stories of individuals Solomon talked to about depression. He also speculates on the role of his sexual orientation – or rather its public perception – in the development and intensity of his illness.

concentrating rather on the private than the public aspects of their past. As Emmons observes public reactions to pathographies vary depending on the gender of the author. Those written by women are praised for “emotional disclosure”, those by men “for objectivity” (2014: 140). Readers apparently dislike men when they become too sentimental or confessional. She also notices that men are allowed to admit to their ‘weakness’ of being a user of mental health care services as long as they have already established “a more prestigious identity” (Emmons 2014: 140). Published writers, renowned academics, show-biz celebrities can openly discuss their disorders as the public already knows they are prominent in their fields.

Comparing accounts of madness authored by men and women it is noticeable that these texts are structured following stereotypical gender expectations as well as the tradition of the genre of an autobiography, which developed separately depending on the author’s gender. Men seldom author pathographies about mental health, explain their illness within biomedical frames, believe in pharmacological solutions and pen a coherent, linear story the climax of which is the restoration of health and public career, not wanting to jeopardize the dominant cultural notions of masculinity and their own self-image. Women usually attribute their illness to multiple factors, not just genetics, are in favour of combining medication with psychotherapy and create episodic and digressive narratives. These differences prove “cultural conceptions about sickness influence the prevalence, morphology, and course of particular disorders” (Kleinman 1980: 18). The experience of mental disorder is indeed heavily gendered.

References

- Beers Clifford (2011), *A Mind That Found Itself*, La Vergne, The Book Jungle.
- Block Stefan Merrill (2011), *The Storm at the Door*, London, Faber and Faber.
- Bruner Jerome (2003), *Making Stories. Law, Literature, Life*, Cambridge, Harvard University Press.
- Busfield Joan (1996), *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Charon Rita (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press.
- Chemaly Soraya (2018), *Rage Becomes Her. The Power of Women’s Anger*, New York, Atria.
- Cockburn Patrick and Henry Cockburn (2011), *Henry’s Demons. A Father and Son’s Journey Out of Madness*, London, Simon and Schuster.
- Conway Kathlyn (2007), *Beyond Words. Illness and the Limits of Expression*, Albuquerque, University of New Mexico Press.
- Couser G. Thomas (1997), *Recovering Bodies. Illness, Disability and Life Writing*, Madison, The University of Wisconsin Press.
- Emmons Kimberly K (2014), *Black Dogs and Blue Words. Depression and Gender in the Age of Self-Care*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Frame Janet (2004), *Autobiography: To the Is-Land. An Angel at my Table. The Envoy from Mirror City*, Auckland, Vintage Books.

- Frith Christopher and Eve Johnstone (2003), *Schizophrenia. A Very Short Introduction*, Oxford, Oxford University Press.
- Galasiński Dariusz (2008), *Men's Discourses of Depression*, London, Palgrave Macmillan.
- Gilman Sander L. (1985), *Difference and Pathology. Stereotypes of Sexuality, Race and Madness*, Ithaca, Cornell University Press.
- Gilman Sander L. (1993), *Freud, Race, and Gender*, Princeton, Princeton University Press.
- Gilman Sander L. (1994), *The Case of Sigmund Freud. Medicine and Identity at the Fin de Siècle*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Frey James (2018), *A Million Little Pieces*, London, John Murray.
- Goldfinger Stephen Mark (2011), "Foreword" [in:] *The Day the Voices Stopped. A Memoir of Madness and Hope*, eds. Steele K. and Berman C., New York, Basic Books.
- Haig Matt (2016), *Reasons to Stay Alive*, Edinburgh, Canongate.
- Henke Suzette A. (2000), *Shattered Subjects. Trauma and Testimony in Women's Life-Writing*, New York, St. Martin's Press.
- Hornbacher Marya (1999), *Wasted. A Memoir of Anorexia and Bulimia*, London, Flamingo.
- Jelinek Estelle (1986), *The Tradition of Women's Autobiography: From Antiquity to the Present*, Boston, Twayne Publishers.
- Jamison Kay Redfield (1996), *An Unquiet Mind. A Memoir of Moods and Madness*, New York, Vintage Books.
- Kaysen Susanna (1993), *Girl, Interrupted*, New York, Vintage Books.
- Kleinman Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman Arthur (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- Mairs Nancy (1997), "Foreword" [in:] *Recovering Bodies. Illness, Disability and Life Writing*, ed. G. Thomas Couser, Madison, The University of Wisconsin Press.
- Miller Nancy K. (2002), *But Enough About Me. Why We Read Other People's Lives*, New York, Columbia University Press.
- Nuland Sherwin B. (2003), *Lost in America. A Journey with my Father*, New York, Vintage Books
- Oyebode Femi (2009), "Autobiographical narrative and psychiatry" [in:] *Mindreadings. Literature and Psychiatry*, ed. Oyebode F., London, RCPsych Publications.
- Perceval John Thomas (2016), *Narrative of the Experience of a Gentleman during a State of Mental Derangement to Explain the Causes and the Nature of Insanity, and to Expose the Injudicious Conduct Pursued towards Many Sufferers under that Calamity (1838, 1840)*, [accessed 3 30 2016].
https://archive.org/stream/percevalsnarrati007726mbp/percevalsnarrati007726mbp_djvu.txt
- Plath Sylvia (2005), *The Bell Jar*, London, Faber and Faber.
- Prior Pauline (1999), *Gender and Mental Health*, New York, New York University Press.
- Reiland Rachel (2004), *Get Me Out of Here. My Recovery for Borderline Personality Disorder*, Center City, Hazelden.
- Russell Denise (1995), *Women, Madness and Medicine*, Cambridge, Polity Press.
- Rothe Anne (2011), *Popular Trauma Culture. Selling the Pain of Others in the Mass Media*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Saks Elyn R. (2007), *The Center Cannot Hold. My Journey Through Madness*, New York, Hyperion.
- "Samuel Richardson", [accessed: 11 22.2021].
<https://www.bl.uk/people/samuel-richardson>
- Schiller Lori and Amanda Bennett (1994), *The Quiet Room. A Journey Out of the Torment of Madness*, New York, Warner Books.

- Shakespeare William (1994), *Hamlet*, London, Penguin Books.
- Slater Lauren (1999), *Prozac Diary*, New York, Penguin Books.
- Smith Sidonie and Julia Watson (2001), *Reading Autobiography. A Guide for Interpreting Life Narratives*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Solomon Andrew (2001), *The Noonday Demon. An Anatomy of Depression*, London, Vintage Books, 2002.
- Sontag Susan (1990), *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*, New York, Picador.
- Steele Ken and Claire Berman (2001), *The Day the Voices Stopped. A Memoir of Madness and Hope*, New York, Basic Books.
- Styron William (2004), *Darkness Visible*, London, Vintage Books.
- Szmigiero Katarzyna (2008), "Masculinity and madness: cultural representations of mentally ill men" [in:] *Gender and Citizenship in a Multicultural Context*, eds. Oleksy E., Petö A., Waaldijk B., Frankfurt am Main, Peter Lang Verlag.
- Thornicroft Graham (2007), *Shunned. Discrimination against People with Mental Illness*, Oxford, Oxford University Press.
- Vincent Norah (2009), *Voluntary Madness. My Year Lost and Found in the Loony Bin*, London, Chatto and Windus.
- Vonnegut Mark (2002), *The Eden Express. Memoir of Insanity*, New York, Seven Stories Press.
- Wenegrat Brant (1995), *Illness and Power. Women's Mental Disorders and the Battle between the Sexes*, New York, New York University Press.
- Wurtzel Elizabeth (1995), *Prozac Nation. Young and Depressed in America*, New York, Riverhead Books.
- Ussher Jane M. (1991), *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?* London, Harvester Wheatsheaf.
- Ussher Jane M. (2011), *The Madness of Women. Myth and Experience*, London, Routledge.
- Valentis Mary and Anne Devane (1995), *Female Rage. How women can unlock their rage and empower their lives*, London, Piatkus.

Agnieszka Stanecka
Uniwersytet Jana Kochanowskiego
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Zakład Języka, Literatury i Kultury Angielskiej
ORCID: 0000-0003-2342-0289
e-mail: agnieszka.stanecka@ujk.edu.pl

„Nie ma się czego bać” – zagrożenia w obliczu pandemii na podstawie *Przebłąsków* Zadie Smith

Streszczenie

Rok 2020 przyniósł niespodziewane zmiany, wstrząsnął całym światem i zachwiał naszym poczuciem bezpieczeństwa. Nowa rzeczywistość, z jaką przyszło nam się mierzyć, wywołała u niejednego z nas kryzys tożsamości. Media i pisarze szybko zareagowali na to co działo się wokół nas i powstały pierwsze publikacje na ten temat.

Jedną z pierwszych autorek, która opublikowała swoje spostrzeżenia dotyczące pandemii była Zadie Smith. Ta niezwykle popularna i spostrzegawcza obserwatorka współczesnego świata w esejach opublikowanych w tomie *Przebłąski* stawia liczne pytania o zachowanie człowieka w czasie zagrożenia pandemią. Kim jesteśmy? Co jest ważne? Czy pomagać sobie nawzajem czy ratować swoich bliskich? A co z ludźmi samotnymi, bezdomnymi i biednymi? Oto niektóre z pytań na jakie Smith szuka odpowiedzi w swoich autobiograficznych esejach.

Słowa kluczowe: koronawirus, pandemia, bezdomni, samotni, przemoc domowa

“Nothing to be afraid of” – danger in the face of pandemic in *Intimations* by Zadie Smith

Abstract

The year 2020 shattered the whole world and destroyed our sense of security. The new reality we faced entailed identity crisis. Media and numerous writers reacted immediately to what was happening in the world, and, therefore, the first publications appeared very quickly.

One of the first writers who published her reflections on pandemic was Zadie Smith. This popular and exceptionally observant writer in a collection of essays entitled *Intimations* poses numerous questions about human behaviour in the face of danger. Who are we? What is important? Should we help each other or save our families? What about the homeless, the lonely, the poor? These are some of the question Smith tries to answer in her autobiographic essays.

Key words: coronavirus, pandemic, the homeless, the unemployed, domestic violence

Rok 2020 postawił przed całym światem nowe wyzwania. Rzeczywistość, z jaką przyszło nam się zmierzyć zaskoczyła ludzi w każdym zakątku ziemi, zwykłych obywateli i polityków, a nade wszystko służby medyczne. Każda grupa zawodowa musiała zmierzyć się nie tylko z nowymi realiami, ale także z koniecznością dostosowania się do pracy zdalnej lub innego sposobu prowadzenia działalności. Słusznie twierdzą autorki opracowania na temat dyskursu powiązanego z wydarzeniami 2020 roku: „Pandemia Covid-19 na długi

czas zrewolucjonizowała funkcjonowanie ludzi na niemal każdej płaszczyźnie życia” (Bryła, Bryła-Cruz 2021: 8). Ogromna większość ludzi nie miała pojęcia o zbliżającym się zagrożeniu, albo nie doceniła jego wagi. Zajęci własnymi sprawami i planami, które nas angażowały, nie zauważyliśmy zbliżającego się zagrożenia i zignorowaliśmy doniesienia o „jakiejś” chorobie, która pojawiła się w Chinach. Aż w końcu stało się: 11 marca 2020 zmienił wszystko. Ogłoszenie pandemii koronawirusa przez Światową Organizację Zdrowia zatrzymało cały świat w miejscu. Tysiące zachorowań, sprzeczne informacje, strach, dezorganizacja, struktury, w których do tej pory operowaliśmy zostały wystawione na próbę. Ludzi zamknięto w domach, a cały świat poznał słowa „lockdown”, „pandemia” czy „covid”.

Przymusowa separacja i nadmiar wolnego czasu zaowocowały dość szybko nie tylko zadziwiającą kreatywnością w życiu codziennym, ale także licznymi publikacjami i tekstami literackimi na tematy powiązane z nowymi realiami. Niniejszy artykuł prezentuje rozważania wokół tematu choroby, zagrożeń z nią związanych i zachowań ludzkich na podstawie zbioru esejów Zadie Smith opublikowanych pod tytułem *Przebłytki*. Należy podkreślić, iż Smith była jedną z pierwszych pisarek, która zareagowała na wydarzenia początku 2020 roku tekstami opublikowanymi w grudniu tego samego roku. Z racji swojego pochodzenia Smith klasyfikowana jest często jako pisarka postkolonialna. Jej ojciec był Anglikiem, matka pochodzi z Jamajki, zaś sama pisarka urodziła się w Anglii, gdzie również dorastała. Dziś, oprócz poczytnych powieści, pisze też opowiadania dla *The New Yorkera* i uczy kreatywnego pisania na New York University, wykorzystując nie tylko swoje doświadczenie w pisaniu książek, ale także wielokulturowe postrzeganie świata.

W 2019 roku, zaledwie rok przed pandemią, Dan Carlin, amerykański dziennikarz i komentator polityczny opublikował w Stanach Zjednoczonych książkę pod tytułem *Koniec jest zawsze blisko*, w której dowodził, że „my, dzięki współczesnej nauce, rozumiemy mechanizm rozwoju oraz przyczyny epidemii, które dla [nach przodków] były niepojęte” (Carlin 2021: 168). Nawet jeśli przyjmiemy, że przyczyny pandemii koronawirusa były poniekąd znane, to nie ulega wątpliwości, że ogrom, tempo rozprzestrzeniania się wirusa i liczba zgonów przytłoczyły nie tylko służbę zdrowia, ale także przeciętnego obywatela i odbiorcę wiadomości. Jeśli przyjmą definicję wydarzeń kryzysowych Małgorzaty Taraszkiewicz i Zofii Nalepy, które określają je jako zdarzenia „które przekraczają skalę normalnego doświadczenia życiowego, zaburzają *status quo* i poczucie bezpieczeństwa” (Taraszkiewicz, Nalepa 2020: 11), to bez wątpienia takim wydarzeniem była właśnie pandemia.

Na przestrzeni wieków świat wielokrotnie zmagał się z masowymi zachorowaniami, wirusami i nieznanymi wcześniej plagami. Dan Carlin wspomina już Tukidydesa, starożytnego historyka greckiego, który „był naocznym

świadkiem tragicznej epidemii, jaka nawiedziła Ateny w roku 430 p.n.e. podczas wojny peloponeskiej” (Carlin 2021: 169). Michalina Treder w opracowaniu zatytułowanym *Pandemie zagrożeniem XXI wieku* podkreśla, że „rok 1348 został nazwany rokiem „czarnej śmierci”, w którym wydarzyła się jedna z najtragiczniejszych epidemii na świecie” (Treder 2012: 32). Zmarło wówczas około 20 milionów Europejczyków, co równało się z jedną trzecią całej populacji Europy. W 1665 roku wybuchła w Londynie dżuma zwana „wielką zarazą”. Jonathan Crowther w swoim przewodniku po kulturze anglojęzycznej, twierdzi, że „choroba była roznoszona przez pchły na szczurach i zabiła ponad 70 000 ludzi” (Crowther 1999: 233), co stanowiło jedną czwartą populacji Londynu. Kiedy na początku XX wieku wydawało się, że opowieści o epidemiach możemy schować już do lamusa, wiosną 1918 roku wirus hiszpanki zaatakował najpierw Stany Zjednoczone, potem Europę, a w końcu każdy zakątek ziemi. Mimo, że wirusem odpowiedzialnym za śmierć milionów ludzi była grypa hiszpanka, choroba zabijała głównie ludzi młodych i sprawnych, a „w ciągu sześciu miesięcy jej trwania śmierć poniosło więcej ludzi niż we wszystkich wojnach w dwudziestym stuleciu” (Treder 2012: 35). Ewa Krawczyk, biolog i autorka książki *Plagi świata*, pisze nawet o 100 milionach ofiar (Krawczyk 2021: 244). Prawie dokładnie sto lat później, w 2019 roku Carlin napisał: „Natura ma prawdopodobnie własne sposoby przywracania zaburzonej równowagi. Jeżeli ekosystem nie jest już w stanie zaspokoić potrzeb konsumpcyjnych tak wielkiej liczby ludzi, to może jakaś nowa epidemia upora się z tym problemem (...)” (Carlin 2021: 317). Niestety rok później okazało się, że wydarzenia na świecie potwierdziły jego prorocze słowa.

Literatura od wieków odzwierciedlała wydarzenia na świecie i towarzyszyła człowiekowi w jego zmaganiach z naturą, zmianami społecznymi i politycznymi. I tym razem okazało się, że pisarze i dziennikarze nie pozostawiali w tyle i bardzo szybko po ogłoszeniu pandemii zaczęły pojawiać się reportaże, powieści, opowiadania, eseje czy nawet poradniki, jak radzić sobie w czasach kryzysu. Sytuacja była krytyczna, ulegała zmianie z dnia na dzień, śmiertelność rosła w zastraszającym tempie, a przeciętny człowiek pozostawał bezradny. Świetnie uchwyciła to w swoich esejach Zadie Smith, nazywając czas początku pandemii „globalnym spokornieniem” (Smith 2020: 22). Smith twierdzi, że „tuż przed nadejściem bezprecedensowego kwietnia, który każdą linijkę zamienia w nonsens” (Smith 2020: 25) cały świat się zatrzymał i patrzył z przerażeniem na raporty ze wszystkich zakątków ziemi. Nastąpiła wielka cisza, świat wstrzymał oddech, wszyscy obserwowali z niedowierzaniem: plaga, pandemia, covid, wirus, zaraza – wszystkie te terminy budziły strach i niedowierzanie. Wydawało się bowiem, że skoro mamy XXI wiek, takie wydarzenia można już prezentować tylko na lekcjach historii. Jak pisze Marek Zamorski „wizje ludzi zżeranych przez chorobę, bezsilnie dogorywa-

jących na ulicach i placach, obrazy stosów palonych trupów i ciał płynących z prądem rzek niezwykle silnie działają na wyobraźnię” (Zamorski 2020: 36). Media dodatkowo podsycaly naszą wyobraźnię wywołując panikę i niepokój.

W eseju pod tytułem „Amerykański wyjątek” Smith wspomina o tęsknocie za dawnym życiem, tym sprzed pandemii. Sentymentalne słowa o „dawnym świecie” wypowiedziane w pierwszych dniach po ogłoszeniu sytuacji krytycznej sprawiły, że ludzie zostali przyłapani w chwilach słabości:

w szlafrokach, we łzach lub w trakcie służbowego dyżuru czy też z dzieckiem na biodrze w trakcie służbowego dyżuru albo gdy wkładali kombinezon ochronny domowej roboty, żeby mężnie pojechać metrem do pracy, bo akurat mieli do zrobienia coś, czego nie da się zrobić w domu, podczas gdy miliony znudzonych dzieci jak kraj długi i szeroki chodziły po ścianach (Smith 2020: 30).

Sytuacja wymagała nagłych zmian i przystosowania się do warunków pandemicznych. Wszyscy zostaliśmy postawieni w obliczu zagrożeń nie tylko zdrowotnych, ale także utraty źródła dochodu. Niektórzy z kolei nie potrafili poradzić sobie z nadmiarem czasu wolnego lub czasu, który przyszło im spędzać w gronie rodzinnym. W eseju „Mieć co robić” Zadie Smith podkreśla, jak wiele pytań i odpowiedzi straciło sens. Jeśli ktoś jest artystą, czy jak autorka tomiku opowiadań, pisarzem jedna z odpowiedzi na pytanie: dlaczego robisz to co robisz brzmiała „żeby mieć co robić” (Smith 2020: 40). Jakkolwiek lakoniczna i wymijająca może być taka reakcja wyrażała ona, według Smith, prawdę o tak zwanych wolnych zawodach. W czasie przymusowej izolacji to najczęściej wypowiedziane zdanie dla uzasadnienia wielu działań, które podejmowali ludzie: „Po co upiekłaś chlebek bananowy? Żeby mieć co robić. Po co zbudowaliście fort w swoim salonie? No cóż, żeby mieć co robić. Dlaczego ktoś przebrał psa za kota? Coś trzeba robić, nie? Zapełnić czas” (Smith 2020: 40).

Michael Osterholm i Mark Olshaker w swoim opracowaniu zatytułowanym *Wirus. Jak przewidziano pandemię?* twierdzą, że wszyscy „musimy mieć świadomość, że ognisko śmiertelnej choroby może wywołać panikę i chaos, które znacznie przewyższą prosty rachunek liczbowy” (Osterholm, Olshaker 2020: 101). W przypadku artystów i osób reprezentujących tak zwane wolne zawody, to jeszcze nie etap wybuchu niekontrolowanej paniki, ale raczej moralny niepokój, który ich dopada. Tym bardziej, że w obliczu izolacji i konieczności pozostania w domu praca artystów wydaje się być mało ważna. Nienormowany czas pracy oznacza, że właściwie nigdy nie ma wyznaczonego momentu na pracę artysty. Istnieje bowiem zasadnicza różnica pomiędzy wysiłkiem „prawdziwych ludzi”, jak określa ich Smith, a pracą artystyczną. Od wieków istnieje podział na czas pracy i czas wolny. Smith zauważa jednak, że teraz jej praca, podobnie jak praca artystów reprezentujących inne branże jest postrzegana inaczej:

(...) kryzys wyrócił ten swojski podział na czas sztuki i czas pracy. Teraz są tak zwani pracownicy kluczowi – którzy nie muszą zabiegać o to, by mieć co robić, a ich rola ma kapitalne znaczenie – i jesteśmy my, cała reszta z dłuższym lub krótszym czasem do dyspozycji (Smith 2020:42).

To wolność i nieoczekiwana niewola w jednym. Nie trzeba chodzić do biura, odprowadzać dzieci do przedszkola i szkoły, nie trzeba być nigdzie na czas. Z drugiej jednak strony, nadmiar czasu i większa swoboda są demoralizujące, a my wszyscy „dalej przebieramy łapkami jak psiaki wyjęte z wody, jak wtedy, kiedy spieszyliśmy się do pracy” (Smith 2020: 43). Co zrobić z wolnym czasem? Psycholog Małgorzata Taraszkiewicz pisze, że w czasie kryzysu należy prowadzić normalne życie ponieważ „rutyna daje poczucie bezpieczeństwa” (Taraszkiewicz, Nalepa 2020: 32). W większości przypadków jednak ciężko było zachować rutynę. Wymagało to nie tylko ogromnej samodyscypliny, ale także dostosowania swoich wysiłków do innych domowników czy współmałżonka. W przypadku Smith wprowadzenie jakiegokolwiek rutyny wymagało negocjacji z partnerem „też literatem, by choć na parę godzin dziennie móc uwolnić się od dzieci i popracować nad „czymś” (Smith 2020: 43).

Autorka przyznaje, że nie najlepiej radzi sobie z izolacją, podczas której szczególnie boleśnie dotarło do niej, że jej dotychczasowe życie „polegało na chowaniu się przed życiem” (Smith 2020: 44). Wszystkie dotychczasowe ograniczenia wydają się jej teraz sztucznym tworem wprowadzanym na użytek własny i ucieczką przed nudnymi zajęciami i obowiązkami związanymi z domem i dziećmi. Pandemia odebrała ludziom te wszystkie „punkty zaczepne” i pozostała naga egzystencja. Pisarka zaczęła więc wymyślać sobie własny rozkład zajęć i stawiała sobie każdego dnia nowe wyzwania. Nie ulega jednak wątpliwości, że

próby ochrony w domowym rosgardiaszu jakiejś „przestrzeni dla siebie” przypominają obsesyjne łapanie powietrza w złączone dłonie. Po długich rozterkach i dysputach wykrawasz potrzebny ci czas, wchodzisz w osobną przestrzeń, zerkasz między dłonie, a tam – nic. Daremne zwycięstwo (Smith 2020: 45).

Rozpaczliwe dążenie do wykonywania jakiejś użytecznej czynności sprawiło, że uruchomiła się ludzka kreatywność. Jednak nade wszystko taka sytuacja ujawniła nasze przywiązanie do terminów, rubryk i planów, które sami sobie często tworzymy. Ta „maniakalna żądza robienia, tworzenia czy hodowania ‘czegoś’” (Smith 2020: 48) uwidoczniła według pisarki fakt, że wielu spośród nas nie ma pojęcia „po co jest życie ani co począć z całym tym czasem, poza zapełnianiem go” (Smith 2020: 48). Tę smutną refleksję potwierdza Dan Carlin, który przestrzega przed tak zwanym „modelem zachowań zbiorowych, który realizuje się od czasów prehistorycznych” (Carlin 2021:

193). Rytm życia jaki jest nam narzucany od urodzenia, wymuszona przez system reguł społecznych, karność czy poczucie obowiązku, które nieustannie nam towarzyszą, nie pozostawiają przestrzeni na nudę i odpoczynek, na bezproduktywne spędzanie czasu. Wszystko musi służyć czemuś wyższemu, wszystko musi być wykonywane w jakimś celu. Nie wypada się nudzić w określonym wieku, nudzą się tylko dzieci, ale dorośli powinni być wiecznie czymś zajęci.

Zadie Smith kontynuuje temat wpływu izolacji na ludzkie zachowania w kolejnym eseju zatytułowanym „Mel Gibson Bolesciwy”. Autorka podkreśla, że poczucie nieszczęścia i tragedii zawsze są skrojone na miarę. Dla każdego z nas zło, które nas dosięga wygląda inaczej: „niedola jest nader precyzyjnie zaprojektowana, dla każdego inna” (Smith 2020: 51). Konieczność pozostawania w mieszkaniach, bez możliwości bezpośredniego kontaktu z innymi ludźmi wywołała bardzo różne reakcje u każdego z nas. Małgorzata Taraszkiewicz twierdzi, że „trudne sytuacje wzmacniają człowieka”, choć przyznaje, że „prawda jest taka, że nie każdego i nie zawsze” (Taraszkiewicz, Nalepa 2020: 11). Zadie Smith dostrzega jak bolesna jest separacja dla różnych grup w zależności od ich pozycji społecznej i sytuacji rodzinnej:

Singlom spędzającym izolację w mieszkaniu, w mieście, wydaje się, że nigdy nie doświadczyli takiej samotności. Ludzie przebywający na wsi z partnerami i dziećmi marzą o izolacji w izolacji. Wszyscy artyści z dziećmi- którzy mieli izolację za swój największy skarb – dowiadują się, jak to jest żyć, nie mając ani prywatności, ani czasu. Pisarka uczy się, jak nie pisać. Aktor – jak nie grać. Malarka – jak nie chodzić do pracowni (...) (Smith 2020: 51).

Okazuje się, że nawet nie wypada narzekać, bo wszyscy ci, którzy pozostają w domach nie narażają się każdego dnia na kontakt w wirus, nie patrzą śmierci w oczy i nie ryzykują tak bardzo jak lekarze czy pielęgniarki. Jedyne, co dokucza większości ludzi to fakt, że nie da się już „utopić twórczego niepokoju na imprezie”, „skończyło się podbijanie karty przy wyjściu z pracy” a „żonaci mężczyźni muszą zmierzyć się z bezbrzeżną rzeczywistością swoich żon, których teraz – nawet mentalnie – nie da się wymienić na jakąś przechodzącą ulicą nieznaną dziewczynę” (Smith 2020: 52). To, co wydaje się jednak najgorsze w tej sytuacji, to pojawiające się elementarne, ale istotne pytania o sens życia, miłość czy kierunek, w którym podążamy. Te pytania dokuczały większości z nas bardziej niż sama izolacja. Zostaliśmy postawieni twarzą w twarz z naszymi problemami: osoby, które pracowały na nocne zmiany przestały „zauważać różnicę między dniem i nocą”, wdowiec doświadczał „drugiego wdowieństwa”, emeryci doświadczaali „wczesnego zmierzchu” (Smith 2020: 53).

Wszystkie te bolesne doświadczenia okazały się jednak niczym w porównaniu z prawdziwym cierpieniem. Ogrom śmierci pokazywany każdego dnia

w telewizji, niepokojące dane przekazywane przez media, wskaźniki liczbowe zakażeń i zgonów oraz niezbyt optymistyczne prognozy na przyszłość napawały nas lękiem i niepokojem o przetrwanie naszej rodziny, a nawet naszego gatunku. Wiele osób nie wytrzymało presji, a liczne informacje o samobójstwach czy załamaniach nerwowych dodatkowo wzmacniały poczucie zagrożenia. Cierpienie było obecne wszędzie wokół nas. Według Smith „cierpienie dotyczy bezpośrednio podmiotu, nie da się go przepędzić wstydem ani wyplenić racjonalnym argumentem, choćby nie wiadomo jak obiektywnie właściwym” (Smith 2020: 54). Cierpienie w sposób demokratyczny dotyczy wszystkich, bez względu na klasę społeczną, stan konta czy grupę etniczną bowiem „cierpienie nie jest względne, jest bezwzględne” (Smith 2020: 56). Nie ma tu przywilejów ani ustępstw. Autorka wspomina młodą dziewczynę, która na początku *lockdownu* popełniła samobójstwo, bo tęskniła za przyjaciółmi. Jej życie nie było wystawione na ryzyko, ale „z jej punktu widzenia cierpienie, którego doświadczała, było – jak każde cierpienie – bezwzględne, dotykało jej ciała i umysłu, tak jak gdyby zostało skrojone tylko pod nią; nie była sobie w stanie z nim poradzić, więc umarła” (Smith 2020: 57).

Cytowana już Małgorzata Taraszkiewicz w swoim poradniku na czas pandemii podkreśla, że sposób w jaki radzimy sobie z nagłymi zmianami i stresem zależy często od wielu czynników, których nie zawsze jesteśmy świadomi:

od naszej osobistej kondycji psychoemocjonalnej, konstrukcji psychicznej i kompetencji, np. zdolności do działania w trudnych sytuacjach, w warunkach silnego stresu, umiejętności zachowania spokoju i znajomości zasad bezpieczeństwa (Taraszkiewicz, Nalepa 2020: 11).

Młoda dziewczyna, o której wspomniała Zadie Smith, nie była zapewne świadoma swojej kruchości psychicznej, ale nie potrafiła poradzić sobie z przytłaczającym ją nieszczęściem i wszechogarniającą samotnością, które wywołała przymusowa izolacja. Po nagłym odcięciu od rówieśników wszystkie kryzysy i problemy stały się jeszcze większe, brak kontaktu z innymi, brak rozmów i wsparcia przyjaciół doprowadziły do nagłego i głębokiego obniżenia nastroju, depresji, a w efekcie samobójstwa.

Podobnego niepokoju doświadcza bohater kolejnego eseju z *Przebłyków*, Ben. W tekście pod tytułem „Mężczyzna o silnych dłoniach” Zadie Smith przedstawia czytelnikowi właściciela dużego salonu kosmetycznego na Dolnym Manhattanie. Klientkami salonu Bena były kobiety z wyższych sfer, bogate i uprzejme. Dla Bena izolacja i *lockdown* przybrały inny wymiar niż dla dziewczyny z poprzedniego opowiadania, choć równie tragiczny:

Ile zabiegów kosmetycznych musi wykonać każdego dnia w tygodniu piętnaście kobiet w białych fartuszkach i Ben (10.00-21.00 od poniedziałku do soboty; 10.00-19.30 w niedziele), żeby zarobić na czynsz w tym przybytku z trzema pomieszczeniami? Jak wysokie są czynsze przy Szóstej Alei poniżej Czternastej Ulicy? (Smith 2020: 65).

Wysoki czynsz za lokal w tej okolicy sprawił, że jedynie dzięki dobrze sytuowanym klientkom właściciel był w stanie utrzymać swój zakład kosmetyczny i zapłacić swoim pracownikom. Jednak pandemia zmieniła wszystko. Smith, świadoma odpowiedzialności jaka ciąży na właścicielu zakładu kosmetycznego, który również ma dzieci na utrzymaniu, dostrzega strach w jego oczach. Widzi jak Ben „stoi zatroskany obok suszarki do paznokci i wygląda na ulicę”, widzi jak jego wrodzony optymizm, odchodzi w niepamięć, a jego twarz przypomina „poważny wykres kalkulacji i niepokoju”, sam mężczyzna zaś jest „najwyraźniej przygnieciony czymś o wiele cięższym niż tylko jego syn” (Smith 2020:66). Autorka zdaje sobie sprawę, że Ben był przytłoczony „odpowiedzialnością na piętnaście istnień stojących za nim i ubranych w białe spodnie – i Bóg wie, ile jeszcze innych” (Smith 2020:66). Każdy z tych pracowników miał przecież rodziców, dzieci, współmałżonków. Poczucie strachu i niepokoju wywołane pandemią w wymiarze osobistym było trudne do zniesienia. Jednak w przypadku odpowiedzialności za licznych pracowników i ich bliskich, poziom stresu był znacznie wyższy. Taraszkiewicz pisze o kumulacji wydarzeń kryzysowych „co pogłębia zakres danego wydarzenia i czyni je dla nas znacznie trudniejszym” (Taraszkiewicz, Nalepa 2020:15).

W *Przełtykach* Zadie Smith ukazuje osoby bezradne, samotne czy wręcz bezdomne, które w obliczu pandemii, zupełnie jak w katastroficznym filmie, są pozostawione same sobie. Jedną z takich postaci jest Myron, bohater eseju „Postać na wózku inwalidzkim przy wejściu”. Poznajemy go w krótkiej chwili, kiedy pisarka, tuż przed opuszczeniem Nowego Jorku, wychodzi do bankomatu po gotówkę i spotyka Myrona. Sama Smith przyznaje, że zawsze, gdy myślała o apokalipsie czy katastrofie zdawała sobie sprawę, że brak jej „instynktu przetrwania” (Smith 2020:68). W krytycznym momencie przyjęła ofertę przyjaciół, by zamieszkać w ich pustym domku w Kerhonkson i tam przetrwać najgorsze momenty. Co jednak ma zrobić Myron, bezdomny i niepełnosprawny mężczyzna na wózku inwalidzkim? Mijając go na ulicy Smith wyłapuje skrawki rozmowy telefonicznej:

Popatrz, uciekają jak szczury z tonącego statku...i przed czym niby? Przed PRZEZIĘBIENIEM? To wariaci. Wystarczy myć ręce! To proste. A zachowują się, jakby to był KONIEC ŚWIATA. Śmiać mi się chce. Czy ja uciekam? Nie boję się tego gówna! Mam się bać grypy? (Smith 2020:70).

Myron kpi głośno ze wszystkich, którzy opuszczają w pośpiechu miasto: „to moje miasto i miałbym je opuścić z powodu tego gówna? (...) Nie, nie będę uciekać przed żadnym przeziębieniem. Przetrwalem już dużo gorsze rzeczy. Przetrwalem DUŻO większe gówno” (Smith 2020:70). Niestety czas pokazał, że nie było to zwykłe przeziębienie i nie wystarczyło jedynie mycie rąk. Najgorsze nadeszło potem, a ilość zgonów i dane dotyczące zarażeń nie pozostawiały złudzeń: to nie była zwykła grypa.

Technika wyparcia, jaką zastosował Myron jest zrozumiała. Taraszkiewicz pisze, że w obliczu nagłego zagrożenia „czytamy, (...) oglądamy wiadomości w telewizji, współczujemy ludziom, ale sami czujemy się bezpiecznie, koncentrujemy się na swoich sprawach, mamy nadzieję, że one nas nie dotkną” (Taraszkiewicz, Nalepa 2020: 26). W obliczu nadchodzącej pandemii bezradność Myrona i brak możliwości zrobienia czegokolwiek musiały być dla niego obezwładniające. Nie tylko był bezdomny, bez środków do życia, nie miał domku na wsi, gdzie mógłby się skryć, nie miał przyjaciół, którzy byliby zainteresowani jego losem, ale co gorsza był przykuty do wózka inwalidzkiego, co zmniejszało jeszcze jego szanse na przetrwanie. Agnieszka Kisztelińska-Węgrzyńska we wstępie do monografii *Koszty współczesnych kryzysów* twierdzi, że teoretycznie w przypadku tego typu wydarzeń osoby bezdomne i nieuprzywilejowane powinny uzyskać pomoc zewnętrzną. Podczas kryzysu bowiem zmienia się perspektywa:

następuje zmiana postrzegania bezpieczeństwa wyłącznie przez pryzmat bezpieczeństwa państwa, coraz większy nacisk kładzie się również na ocenę zagrożenia przeciętnych obywateli (Kisztelińska-Węgrzyńska 2021: 11).

W przypadku Myrona państwo nie przejawiało jednak najmniejszego zainteresowania jego losem. Strach i pozorna bagatelizacja problemu przez mężczyznę są więc jak najbardziej uzasadnione z psychologicznego punktu widzenia. Jednak z czysto ludzkiego wzbudzają w pisarce i zarazem obserwatorce tych wydarzeń smutek i bezsilność.

Podobnie bezradna i zagubiona w obliczu pandemii i wszechogarniającej paniki jest bohaterka następnego eseju pod tytułem „Kobieta z pieskiem”. Starsza pani ma nieznośnego pieska imieniem Beck, który wydaje się być jej jedynym towarzyszem. Smith pisze:

Barbara mieszka sama, zbliża się prawdopodobnie do siedemdziesiątki i pali jak ja kiedyś: z ogromnym upodobaniem i wyraźną satysfakcją. Jest szczupła, być może właśnie z powodu tych papierosów, i nieraz sprawia wrażenie trochę kruchej. W minionych dziesięciu latach jej wysoka, elegancka sylwetka nieco się przygarbiła i potrzebny bywa balkonik, ale nie zawsze (Smith 2020: 71).

Na początku Barbara wydaje się dość samodzielna i pewna siebie. To jedna z tych kobiet, które, gdy zapytane z troską w głosie co robią w święta,

odpowie, że „właśnie wybiera się w pojedynkę na wędrowkę po górach Catskill albo ze swoją grupą radykalistek zamierza przedyskutować twórczość Anais Nin” (Smith 2020: 72). Barbara jest doskonale zorientowana w najnowszych trendach w muzyce i sztuce, praktykuje nieśpieszne spacerunki po okolicy i dyskutuje z Zadie Smith na temat publikowanych przez nią tekstów, cytując co ciekawsze fragmenty z głowy.

Barbara „buduje wspólnotę, nie roztkliwiając się nad tym pojęciem – a nawet nie wypowiadając słowa wspólnota – i zawsze sprząta po swoim psie, nawet jeśli wymaga to od niej bolesnego trudu” (Smith 2020: 73). Barbara przez całe lata gromadziła wokół siebie ludzi, wzbudzała ich sympatię, każdy w okolicy ją znał, odpowiadał chętnie na jej zaczepki i komentarze. Kobieta wydaje się być częścią wspólnoty, którą stworzyła w przeszłości poprzez nawiązywanie kontaktów i krótkie, acz liczne rozmowy z mieszkańcami. Sąsiedzi przymykali oko na drobne dziwactwa Barbary, a nade wszystko na jej niegrzecznego, hałaśliwego psa, „bo chodzi przecież o Barbarę i Becka” (Smith 2020: 74). Ostatniego dnia, tuż przed opuszczeniem Nowego Jorku pisarka spotkała Barbarę na ulicy i jak zwykle oczekiwała jakiegoś głośnego komentarza gromko wykrzychanego pod jej adresem. Smith twierdzi, że już zaczynała jej brakować Nowego Jorku i dlatego „chciewie” czekała na słowa starszej kobiety. Jednak w starszej pani obserwującej ucieczkę z miasta tych, którzy mogli sobie na to pozwolić zaszła jakaś nagła zmiana. Kiedy zobaczyła pisarkę cicho powiedziała:

Bo widzisz, jesteśmy wspólnotą i wspieramy się nawzajem. Zawsze mogę liczyć na ciebie, a ty na mnie, wszyscy możemy liczyć na siebie, cała kamienica. Nie ma się czego bać. Przejdziemy przez to wszyscy razem (Smith 2020: 74).

Smith potwierdza bez przekonania, omijając Barbarę i zachowując odległość zalecanych dwóch metrów. Ten gest zdaje się potwierdzać fakt, że w obliczu zagłady, pandemii czy niebezpieczeństwa każdy jest zdany na siebie. Każdy nowojorczyk, który miał miejsce, w którym mógłby się schronić, zostawiał swoje rozpadające życie i uciekał za miasto. Pozostawali ci, którzy albo nie mogli pracować zdalnie i każdego ranka musieli przemieszczać się do pracy, albo ci, którzy nie mieli dokąd uciec.

W historii niepełnosprawnego i bezdomnego Myrona oraz samotnej, starszej kobiety nietrudno odnaleźć zbieżności. Pozornie wiele dzieliło bohaterów obu esejów, jednak w obliczu paniki i masowego exodusu oboje pozostali bezradni i samotni. Nikogo nie interesował ich los. Pisarka wprawdzie poświęca bohaterom odrobinę uwagi, jednak nie odnajduje wystarczającego powodu, dla którego miałyby im pomóc. „W konsekwencji współczesnych kryzysów dochodzi do wykluczenia najbardziej wrażliwych grup społecznych”, twierdzi Kisztelińska-Węgrzyńska (2021: 11). Do takich zapewne zaliczały się osoby samotne i w podeszłym wieku, takie jak Myron i Barbara.

Kolejny esej zatytułowany „Starka na przystanku linii 98” to zapis refleksji Smith dotyczących wydarzeń w Anglii, ale przede wszystkim relacji pisarki z matką. Kilka tygodni przed ogłoszeniem pandemii na przystanku autobusowym w Londynie pisarkę zaczepiła kobieta, która okazała się być znajomą matki Smith: „Ale twoją mamę to znam! A ciebie znałam od dzieciaka. Spotkałam niedawno twoją mamę w centrum, dobrze wygląda. Nie mówiła, że wróciłaś. Taaa, u nas wszystko w porządku. Dalej w Stonebridge (...)” (Smith 2020:83). Bohaterka eseju, która podobnie jak jej matka pochodzi z Jamajki, ukazana jest jako rzutka kobieta o dość dużych gabarytach, z obfitym biustem, w ciasnym podkoszulku z dużym dekoltem, w mocno obcisłych spodniach. Kobieta wygląda znacznie młodziej, niż wynika z jej „lokalnych współrzędnych” (Smith 2020: 84). Gdy okazuje się, że kobieta ma 58 lat Smith nazywa ją starką. Starka właśnie jedzie do lekarza zażądać wywołania menopauzy, bowiem obawia się, że zostanie „jedną z tych staroródek, co to o nich pisze w gazetach” (Smith 2020:85). Jest pełna wigoru, dowcipna i głośna, mimo, że mieszka w ubogiej i przygnębiającej dzielnicy Stonebridge. Spotkanie to wywołało u pisarki wiele wspomnień związanych z jej własną matką i relacjami, które w czasie pandemii uległy rozluźnieniu.

W czasie *lockdownu* pisarka wspomina krótkie i nieoczekiwane spotkanie z „boginią płodności”, jak nazywa koleżankę matki. Smith przypomina sobie żywiołowość kobiety, która została w jej pamięci jako symbol „nieokiełznanej” bujności i obfitości (Smith 2020: 85). To z kolei porównanie prowokuje pisarkę do postawienia pytania: jak owa starka i matka autorki, obie urodzone i wychowane na Jamajce, odnalazły się w zimnej Anglii, niesprzyjającym klimacie, także społecznym, i w ciasnych mieszkaniach umiejscowionych w ponurych dzielnicach. Autorka zdawała sobie sprawę, że pandemia jeszcze bardziej ograniczyła starkę w jej małym przeludnionym mieszkanku. Co gorsza, pandemia jeszcze bardziej oddaliła Smith od jej matki:

Na wideokonferencjach pomiędzy matką a mną zawiązała się ta dziwna podwójna narracja, gdzie dwie albo trzy linie fabularne bieły równoległe – co parę dni nadganiałam zaległości, gapiąc się równocześnie we własną twarz: surrealistyczna nowość w historii konwersacji, która prowadzi do samoświadomego dostosowywania własnych reakcji emocjonalnych w zależności od tego, jak wypadają pod kątem estetyki (Smith 2020: 86).

Isolacja niszczyła w ludziach umiejętność kontaktu i wymiany informacji. Powtarzalność tematów i brak codziennych doświadczeń poza własnym domem sprawiły, że ludzie nie mieli o czym rozmawiać. Jednostajność rozmów stawała się nie do zniesienia. Trzy podstawowe tematy rozmów pisarki z matką to sytuacja w miejscu pracy matki, plotki dotyczące rodziny i postępy matki w uprawie ogródka. I tak na okrągło, przez kilka miesięcy. Aż pewnego dnia w opowieści matki pojawia się nowa sensacja: w ubogiej dzielnicy

Stonebridge, tam gdzie mieszkała starka, młody chłopak zabił swoją dziewczynę i podpalił jej mieszkanie. Matka pisarki komentuje: „w każdym razie może to przez ten *lockdown* ludzie wariują, ja tam nie wiem...” (Smith 2020: 88). Ta informacja jest jednocześnie zakończeniem eseju, kolejna tragedia, która zamknęła ludziom usta i po której nic już nie można napisać. Wymowne milczenie, które następuje po tej wiadomości dopełnia tragedię izolacji w zaniedbanych dzielnicach, w których bieda przeplata się z awanturami w ciasnych mieszkaniach. Sławomir Kozak w książce zatytułowanej *Covidowe jeże* omawia scenariusze rozwoju sytuacji społecznych w czasie pandemii. Jeden z nich nazywany „hack attack” przedstawia „świat niestabilny gospodarczo podatny na wstrząsy, w którym rządy słabną, przestępczość kwitnie, i pojawiają się niebezpieczne innowacje” (Kozak 2021: 127). Liczne doniesienia o przemoc domowej i awanturach prezentowane w mediach dotyczyły wszystkich państw i wszystkich grup społecznych. Jednak najczęściej przestępstw zdarzało się w ubogich dzielnicach i rodzinach, w których dominował patriachat.

Przebłycki to krótkie scenki spisane przez Zadie Smith wynikające z jej obserwacji w pierwszych dniach po ogłoszeniu pandemii. Autorka rozgląda się wokół siebie, obserwuje wydarzenia mające miejsce w najbliższym sąsiedztwie i notuje to, co widzi. Smith wzbogaca eseje własnymi odczuciami i refleksjami, partycypuje w dialogach, które zresztą niejednokrotnie sama inicjuje, czyniąc z siebie nie tylko narratorkę, ale także bohaterkę wydarzeń. Wielokrotnie jest rozczarowana własną reakcją na to, co widzi, tym, że nie ma w niej chęci do działania czy niesienia pomocy. Jest biernym obserwatorem, odbiera sygnały wysyłane przez bohaterów, ale nie potrafi, a nawet nie chce im pomóc. W obliczu pandemii każdy jest pozostawiony sam sobie, wirus rozprzestrzenia się niepostrzeżenie, a pomagając możemy narazić siebie i naszych bliskich. *Przebłycki* to ludzie uchwyteni w ruchu i krótkie momenty kontaktu między nimi. W obliczu zagrożenia narracja Smith staje się fragmentaryczna i niepełna. Czytelnik otrzymuje zaledwie krótkie urywki zdań i rozmów, jednak wyłania się z nich smutny obraz ludzi pozostawionych samym sobie w obliczu paniki i izolacji: młoda samobójczyni, fryzjer tracący pracę i zagrożony niewypłacalnością wobec swoich pracowników i banków, bezdomny inwalida, ofiara przemocy domowej i wreszcie starsza pani. To osoby nieuprzywilejowane, pozornie niepotrzebne, znajdujące się na marginesie społeczeństwa, słabo radzące sobie z odizolowaniem od innych ludzi. Każdy, kto może ucieka, a instynkt przetrwania jest silniejszy niż współczucie czy chęć wspierania innych. Smith prezentuje niemal apokaliptyczny obraz pandemii, którego każdy z nas zapewne doświadczył na pewnym etapie *lockdownu*. Niepełna narracja Smith wydaje się więc trafiona i wiarygodna, autorka opisując realistycznie zachowanie mieszkańców No-

wego Jorku i swoje własne wywołuje w czytelniku niepokój, jak najbardziej uzasadniony w zaistniałej sytuacji.

Bibliografia:

- Bryła Władysława, Agnieszka Bryła-Cruz (2021), *Retoryka „okołowirusowa”*. *Szkice językowo-kulturowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Poznań.
- Carlin Dan (2021), *Koniec jest zawsze blisko*, przeł. Tomasz Kunz, Wydawnictwo literackie, Kraków.
- Crowther Jonatha (1999), *Oxford Guide to British and American Culture*, tł. własne, Oxford University Press, Oksford.
- Kisztelińska-Węgrzyńska Agnieszka (2021), *Koszty współczesnych kryzysów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kozak Sławomir M. (2021), *Covidowe jeże*, Oficyna Aurora, Białystok.
- Krawczyk Ewa (2021), *Plagi świata*, Wydawnictwo Pascal, Bielsko Biała.
- Osterholm Michael, Mark Olshaker (2020), *Wirus. Jak przewidziano pandemię?*, przeł. Paweł Grysztar, Wydawnictwo NieZwykłe, Oświęcim.
- Smith Zadie (2020), *Przebłycki*, przeł. Magda Heydel, Znak, Kraków.
- Taraszkiewicz Małgorzata i Zofia Nalepa (2020), *Jak dbać o siebie w kryzysie? Poradnik nie tylko na czas globalnej pandemii*, Wydawnictwo Święty Wojciech, Poznań.
- Treder Michalina (2012), *Pandemie zagrożeniem XXI wieku*, Oficyna Wydawnicza Łośgraf, Warszawa.
- Zamorski Marek A.(2020), *Operacja pandemia*, Wektory: Wrocław.

Ewa Wiśniewska

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
ORCID: 0000-0002-2387-2376

Bloodbath and zombies. Female deaths in George R. R. Martin's *A Song of Ice and Fire*

Abstract

The article analyses the theme of death, and more specifically the death of women, in the *A Song of Ice and Fire* series of the contemporary American fantasy writer George R. R. Martin. Modeling the presented world on medieval Europe, the writer chose the methods of taking one's life as well. The heroines mentioned in the paper, Catelyn Stark, her sister Lysa Arryn, and Ygritte, are not only passive witnesses of the events taking place in Westeros during the war, but most of all active participants who risk their lives without hesitation to achieve their goals. Their eagerness to put their lives at risk is a sign of a subconscious desire to end one's life, the Freudian death drive.

Keywords: fantasy literature, death, George R. R. Martin, American literature

Krwawe jatki i zombie.

Śmierć postaci kobiecych w *Pieśni lodu i ognia* George'a R. R. Martina

Streszczenie

Przedstawiony artykuł analizuje motyw śmierci, a konkretnie śmierci kobiet, w twórczości współczesnego amerykańskiego pisarza fantasy, George'a R. R. Martina. Wzorując przedstawiony świat na średniowiecznej Europie, pisarz dokonał również wyboru metod odbierania życia. Wskazane w artykule bohaterki, Catelyn Stark, jej siostra Lysa Arryn oraz Ygritte, są nie tylko bezwolnymi świadkami wydarzeń mających miejsce w Westeros w czasie wojny, ale przede wszystkim ich aktywnymi uczestniczkami, które bez wahania ryzykują swym życiem dla osiągnięcia zamierzonych celów.

Słowa kluczowe: literatura fantasy, śmierć, George R. R. Martin, literatura amerykańska

The stories of George R. R. Martin, an American writer born in 1948, have gained immense popularity. His world-known fantasy series *A Song of Ice and Fire*, set in Westeros and Essos, offers the reader a full spectrum of grasping characters and events. The storyline includes misfortunes and accidents, frequently facing the motif of death. The fictional world of Westeros is modelled on medieval Europe, which determines the methods of taking one's life.

In much troubled times of war, numerous characters have been losing their lives in battles, sieges and combats. Contrary to general tendency in fiction, the author has not spared main heroes; Ned Stark, who was executed in the first novel of the series or king Robert Baratheon, who lost his life at the be-

gining of the storyline, to mention only two. Sudden and unexpected deaths of the principal figures serve as a peripety, a moment of complete shock for the readers who, following their favourite characters in their actions, expect nothing less than a happy ending. The readers' hopes for eucatastrophe remain futile as no unexpected rescue arrives.

In the course of military activities in Westeros, men and women have been mutilated, abused and assassinated. None could have been secure. The aim of the study is to trace the motif of death of females as a means of vengeance and as an end result of the individual choices made by the characters.

In Martin's series death has not only a biological, but also a symbolic meaning; following Susan Sontag's critical ideas expressed in her *Illness as Metaphor*, it serves as a metaphor of individual choice and transformation. The Freudian death drive¹ or death instinct (Boothby 1) is epitomized in the openness to danger and threat that can be easily spotted in diverse female characters in the story, Catlyn Stark, Ygritte and Lysa Arryn (Catelyn's sister) to name only three since they wish to be close to partake in the "game of thrones" either being allowed literally to carry a sword, or by triggering some events to happen. Involved in the course of actions, none of them is just a witness to the atrocities of the war, but either an accomplice in the course of action or a soldier herself.

One of the heroines mentioned above, Catelyn Stark, was slaughtered for her involvement in the intrigues and for the sins of her male kin: her spouse's stubbornness and her son's unreliability. By no means can she be called a collateral victim, a passive and mute sufferer. All the family members, voluntarily or not, were drawn in the military conflict over the throne, standing against the powerful clan of the Lannisters. After Catelyn's son, Rob Stark, broke his vow and refused to marry one of Frey's daughters (this way losing allies), his uncle Edmure Tully decided to make up for his nephew and married Roslin Frey. Despite the seemingly restored alliance, the Starks were assaulted during the feast after Edmure and Roslin's nuptial ceremony. The repression was the Red Wedding², a betrayal of the Freys, who murdered Rob, Catelyn and many other representatives of their side.

¹ As the sources claim: "The death drive is opposed to the *life drive* — libido, or Eros — which builds life into greater and greater bodies, and so increases the opportunity for each smaller body (or cell) to survive. Conversely, the death drive tends toward bodily disintegration, and in due course will return the organism back to an *ultimate* equilibrium — beyond that sought by the pleasure principle — in death. Thus, while 'libido' attaches to objects, creating ties of affection, or 'energy cathexes,' the death drive destroys, and initiates relations of conflict. It causes a build-up of tension that will lead to great psychic distress if it is not harnessed and redirected by the ego (from which libido issues)" (Faulkner).

² The name given is accurate since in a bloody attack, all crucial figures of the Starks are assassinated. Asked about the sources of inspiration, Martin pointed to two events in the Scottish history: The Black Dinner and Glencoe Massacre: "One was a case called The Black

In a brutal mockery of a wedding reception, all members of the Stark family present there, lose their lives.

A man in dark armor and a pale pink cloak spotted with blood stepped up to Robb. “Jaime Lannister sends his regards.” He thrust his longsword through her son’s heart, and twisted. Robb had broken his word, but Catelyn kept hers. She tugged hard on Aegon’s hair and sawed at his neck until the blade grated on bone. Blood ran hot over her fingers. His little bells were ringing, ringing, ringing, and the drum went boom doom boom (Martin *A Storm of Swords* 661).

A shocking and sudden attack captures the Starks unguarded:

It hurts so much, she thought. Our children, Ned, all our sweet babes. Rickon, Bran, Arya, Sansa, Robb... Robb... please, Ned, please, make it stop, make it stop hurting... the white tears and the red ones ran together until her face was torn and tattered, the face that Ned had loved. Catelyn Stark raised her hands and watched the blood run down her long fingers, over her wrists, beneath the sleeves of her gown. Slow red worms crawled along her arms and under her clothes. It tickles. That made her laugh until she screamed. “Mad,” someone said, “she’s lost her wits,” and someone else said, “Make an end,” and a hand grabbed her scalp just as she’d done with Jinglebell, and she thought, No, don’t, don’t cut my hair, Ned loves my hair. Then the steel was at her throat, and its bite was red and cold (Martin *A Storm of Swords* 661).

Ned’s wife is not spared either. She is brutally slaughtered with a sword, a death traditionally reserved for the representatives of nobility, her gender not being an obstacle in the murder. Contrary to Shakespearian Gertrude, Catelyn can be viewed as an active spinner of the wheel of her life, and not a witness (or an accomplice) of the crimes of others. What is more, as a representative of nobility, a lady and a mother of five, in a patriarchal society of Westeros, she was not really allowed to carry a sword herself³.

Dinner. The king of Scotland was fighting the Black Douglas clan. He reached out to make peace. He offered the young Earl of Douglas safe passage. He came to Edinburgh Castle and had a great feast. Then at the end of the feast, [the king’s men] started pounding on a single drum. They brought out a covered plate and put it in front of the Earl and revealed it was the head of a black boar — the symbol of death. And as soon as he saw it, he knew what it meant. They dragged them out and put them to death in the courtyard. The larger instance was the Glencoe Massacre. Clan MacDonald stayed with the Campbell clan overnight and the laws of hospitality supposedly applied. But the Campbells arose and started butchering every MacDonald they could get their hands on. No matter how much I make up, there’s stuff in history that’s just as bad, or worse” (Martin in Hibberd).

³ In Martin’s series, even in the land of Westeros, there appear militant women. One vivid example is Brienne of Tarth, who due to her gender is denied knighthood, at the same time being one of the most skilled warriors in the seven kingdoms. She is often mocked at by the society who cannot accept a female fighter. She leads a rather solitary life, devoid of personal happiness. Another example of a woman (or rather girl) fighter from Westeros is Aria, Catelyn’s younger daughter who, in the course of action, learns how to fight to protect herself. The series being unfinished, Aria’s fate and adult life remain unsolved.

Death, a subject to the studies of physicians, philosophers and writers, has frequently been mentioned and analysed. Its meaning has been under a watchful eye of thinkers, with Plato, writing in his *Phaedo*: “And do we not believe it to be the separation of the soul from the body? Does not death mean that the body comes to exist by itself, separated from the soul, and that the soul exists by herself, separated from the body? What is death but that? It is that, he said” (9). A question of (im)mortality and the power to decide on other people’s lives has also been alluring to writers, who have been commonly weaving the *topos* of death into their tales.

Death as a punishment has been used frequently in fantasy tales, with the villains ending up tragically. Such ending can be traced in such monumental works as J. R. R. Tolkien’s *Lord of the Rings* (with the death of Saruman) or J. K. Rowling’s *Harry Potter* series (with the death of Lord Voldemort). However, rarely are females punished for either their or their kin’s sins in fantasy.

The awareness of the unavoidable finitude of life, prompting men and women to put their lives at risk, is often associated with positive characters, especially the female ones, rushing to rescue, fight or find a solution to troubles. Untimely death of the sinful is thus more often linked with men.

Martin founded his worldbuilding on solid grounds, mostly on medieval Europe; nevertheless the question of afterlife is tackled in diverse ways due to a multitude of religious denominations visible in the texts. In Catholicism, “death is a gateway to other abodes, an entry to heaven, hell, or purgatory” (Walsh Pasulka 5). It also means that “the soul separates from the body at the moment of death” and “the soul will leave the body at the moment of death, but will be reunited with the body at the end of time for the final resurrection” (Walsh Pasulka 7). The issue of the substance being reunited with the soul has been under dispute for centuries.

The utopian desire for immortality is realized in Martin’s story in a very literal sense. The woman’s body, floating on water for several days, undergoes the process of decomposing, which prevents her from functioning well after resurrection. With the partial destruction of her biological body, Catelyn loses not only her looks, but also the ability to speak. Resurrected by Beric Dondarrion and given the name Lady Stoneheart, she does not resemble the powerful lady of the north she used to be before the assassination. Mutilated and almost mute, she manages to continue her quest.

From the moment of her coming back to life, the ultimate goal of Lady Stoneheart remains vengeance:

She wants her son alive, or the men who killed him dead,” said the big man. “She wants to feed the crows, like they did at the Red Wedding. Freys and Boltons, aye. We’ll give her those, as many as she likes. All she asks from you is Jaime Lannister (Martin *A Feast for Crows* 641).

Her new name highlights her unchangeability. Trapped in a decaying corpse, Catelyn is doomed to continue her existence in a liminal form of existence:

And there's this other band, led by this woman Stoneheart... Lord Beric's lover, according to one tale.

Supposedly she was hanged by the Freys, but Dondarrion kissed her and brought her back to life, and now she cannot die, no more than he (Martin *A Feast for Crows* 291).

In spite of the fact that most dominant religions acknowledge (or even promise) the existence of some form of afterlife, they either mean a re-cycle or continuation of the spiritual element. However, the questions of self-consciousness or self-awareness of the returning entity are utmost important. As the sources claim: “The philosophical difficulty that arises with reincarnation is what Paul Edwards declares to be an extreme form of dualism” (Santucci 259) with the concept of the soul animating the body traceable in a multitude of religious beliefs. For instance “in the Hebrew term *nefesh* (Gen. 2:7) or sometimes *ruah* ‘breath,’ and similar to the ‘life-soul’ or vitality (*mugua* to the Wind River Shoshoni) of the Native Americans” (Santucci 259).

With the development of the Western civilization, a direct contact with death has been halted. The 19th century sacralization of death limited the presence of the dead body at home, moving it rather to outside places, like mortuaries or hospitals. The scholars investigating diverse aspects of death seem to highlight the existence of a gap between the living and a dead body, inexorably associated with the fear of the unknown. As Kathryn James writes, “For Kristeva, the corpse is the ‘utmost abjection,’ the definitive border, the ‘most sickening of wastes’ which ‘encroaches upon everything’; it is ‘death infecting life’” (20).

In Martin’s novel Dondarrion’s role here resembles that of a sorcerer or a priest of the voodoo religion, who is capable of crossing the border between two realms. Transgression of the boundary between life and death turns Catelyn into a zombie⁴-like character, unable to utter a word. According to Danesi, zombies do not speak since they have not invented a language, not because of their functional disability (Vervaeke, Mastropietro and Miscevic

⁴ The dictionary states that a zombie is “the supernatural power that according to voodoo belief may enter into and reanimate a dead body” or “a will-less speechless human in the West Indies capable only of automatic movement who is held to have died and be supernaturally reanimated” (Merriam Webster 1457-58). The term comes from “‘zombie’ meaning ‘image’” (Mould 388). Some scholars describe them as “corpses that have come back to life” (Danesi 277).

13). Contrary to that, Catelyn cannot utter a word, but her will is expressed *via* her gestures so it is easy to grasp.

The Freys slashed her throat from ear to ear. When we found her by the river she was three days dead. Harwin begged me to give her the kiss of life, but it had been too long. I would not do it, so Lord Beric put his lips to hers instead, and the flame of life passed from him to her. And... she rose. May the Lord of Light protect us. She rose (Martin *A Feast for Crows* 640).

These words, uttered by Thoros to Brienne of Tarth, clearly show that mutilated Catelyn would not have the possibility to have her vocal chords function properly, her mind working properly, which is rather atypical of zombies⁵.

The supernatural elements, so widely expressed in the series, involve resurrection of the characters⁶. One of them is Beric Dondarrion, who died several times⁷ and each time was resurrected: “Lord Beric’s knees folded slowly, as if for prayer. When his mouth opened only blood came out. The Hound’s sword was still in him as he toppled face forward. The dirt drank his blood” (Martin *A Storm of Swords* 445). The repetition of his raising from the dead makes him almost an immortal character. Beric, a worshipper of R’hllor, The Lord of Light, serves as priest, gifted with unexplained abilities. Rising from the dead of Catelyn and Beric differs drastically from the regeneration ability of the Others, who seem only torpid and passive aggressors, “cold things, dead things” (Martin *A Game of Thrones* 260).

Within a multitude of religious doctrines depicted in the series, the cult of R’hllor resembles the Manichean Zoroastrianism in which the dualism in cosmology is evident. The god of light in the series is the ruler of fire, who, supported by his worshippers, aims at standing against the powers of darkness. With the blessing of R’hllor, Beric transmits the divine element to Catelyn, giving her the chance to finish her task. Since the series has not been finished as yet, it is highly probable that the figure of Catelyn Stark has not been fully developed in the story.

Another female from the north, Ygritte, died in *A Storm of Swords* during a fight against the Night Watch. A warrior herself, she openly and bravely stood against one of the key characters of the story, Jon Snow, wishing to

⁵ In comparison with such clear evidence as the zombies from 1968 *Night of the Living Dead*, a movie offering a horde of bloodthirsty creatures, whose main issue is to devour humans.

⁶ A similar situation concerns one of the main protagonists, Jon Snow, who is severely wounded in *A Dance with Dragons*, and probably would die soon. Yet, in the TV adaptation, *Game of Thrones*, the character of Jon is brought back to life.

⁷ He died seven times in the course of action. Seven, a magical number according to various sources, appears in *A Song of Ice and Fire*. It is the number of the kingdoms and the religion includes seven Figures (The Faith of the Seven).

defend what she believed in. The woman stood for freedom and wilderness and was assassinated by undefined character from the opposite army. Being raised among the free folk, she epitomized the Freudian and Lacanian interpretation of death drive. Her unrestricted sexuality and freedom of making her own choices gave vent in seducing Jon. The sexual act is not only the result of the reversal of the stereotypical gender roles, but also a breaking of an oath, since Jon, as a member of the Night Watch, is bound to live in celibacy.

Contrary to Catelyn Stark, Ygritte's death is the result of her own actions only. As a fighter she must have been fully aware of the possibility of losing her life in combat. Her end is not explicitly portrayed but her wounded body is traced by Jon:

He found Ygritte sprawled across a patch of old snow beneath the Lord Commander's Tower, with an arrow between her breasts. The ice crystals had settled over her face, and in the moonlight it looked as though she wore a glittering silver mask. The arrow was black, Jon saw, but it was fletched with white duck feathers. Not mine, he told himself, not one of mine. But he felt as if it were (Martin *A Storm of Swords* 753).

What links Catelyn and Ygritte is the eagerness to participate in the war. Contrary to Lady Stark, Ygritte can (or is made to) use the weapon herself, whereas Cat, raised to be a wife and mother of a lord, is restricted to politics and seeking allies and not holding the sword.

Ygritte's death in fight is triggered by her pursuit of death and serves as a turning point for Jon's future choices. A free folk representative, the wild female could never adjust to any social rules of conduct in Westeros. Their relationship, very intimate and sensual, was the result of mutual attraction, curiosity and anticipation of danger. The reader's crave for happy ending is not satisfied, with Jon, a tragic hero, losing his partner:

When he knelt in the snow beside her, her eyes opened. "Jon Snow," she said, very softly. It sounded as though the arrow had found a lung. "Is this a proper castle now? Not just a tower?" "It is." Jon took her hand. "Good," she whispered. "I wanted t' see one proper castle, before... before I..." "You'll see a hundred castles," he promised her. "The battle's done. Maester Aemon will see to you." He touched her hair. "You're kissed by fire, remember? Lucky. It will take more than an arrow to kill you. Aemon will draw it out and patch you up, and we'll get you some milk of the poppy for the pain." She just smiled at that. "D'you remember that cave? We should have stayed in that cave. I told you so." "We'll go back to the cave," he said. "You're not going to die, Ygritte. You're not." "Oh." Ygritte cupped his cheek with her hand. "You know nothing, Jon Snow," she sighed, dying. "We'll go back to the cave," he said. "You're not going to die, Ygritte. You're not." "Oh." Ygritte cupped his cheek with her hand. "You know nothing, Jon Snow," she sighed, dying (Martin *A Storm of Swords* 753-754).

These words, frequently repeated by the girl, would often come back to Jon. The girl's death is a vital element of the plotline, which adds much needed cause to all the future deeds of the young man. Breaking of the oath adds a flaw, *hamartia*, the element of probability in the hero.

He had burned Ygritte himself, as he knew she would have wanted, and Ghost... where are you? Was he dead as well, was that what his dream had meant, the bloody wolf in the crypts? But the wolf in the dream had been grey, not white. Grey, like Bran's wolf. Had the Thenns hunted him down and killed him after Queenscrown? If so, Bran was lost to him for good and all (Martin *A Storm of Swords* 812).

The figure of a female warrior, actively participating in combats is not uncommon in culture. Since antiquity, the myths and legends have been filled with such strong women, like the Greek Amazons, Chinese Li Ji⁸, or Indian Chitrāngadā. Folktales, fairy tales and other early fantastic stories added new characters of Fantaghiro⁹ or Marya Morevna¹⁰, who could be considered a true inspiration to fantasy writers as well. Warriors like Robert E. Howard's Red Sonja of Rogatino¹¹ or Andrzej Spakowski's Milva¹² shape their fates, being responsible for their individual choices. Interestingly, hardly any female warrior in fantasy literature seems to be associated with evil, the feature being related to those skilled with magical abilities.

In Martin's series, the third female victim of revenge actions is a woman who was murdered by the man she loved, Lysa Arryn. The sister of Catelyn Stark, as a young woman, was made a bride of Jon Arryn, a man much older than her. Madly in love with Petyr Baelish, she was the spinner of the wheel of fate in the story, sending a letter to her sister and accusing the Lannisters of having murdered her husband¹³. Convinced that she would win Petyr's love by committing a crime, she poisoned¹⁴ Jon herself:

"Tears, tears, tears," she sobbed hysterically. "No need for tears... but that's not what you said in King's Landing. You told me to put the tears in Jon's wine, and I did. For Robert, and for us! And I wrote Catelyn and told her the Lannisters had killed my lord husband, just as you said. That was so clever...you were always clever, I told Fa-

⁸ A heroine of a Chinese folktale, "serpent-slaying" who rescued the girls of the Yung Mountains in Fukien from being devoured by a malevolent creature and is married by a king as a reward (Seal 151). A female rescuer.

⁹ A brave princess, actively participating in the battles, from Italian folktales. The most famous travesty of her story is the highly popular 1990s film series.

¹⁰ The main heroine from *The Death of Koschei the Deathless*, a Russian folktale, who rushes to war immediately after marrying a prince.

¹¹ The main character from his short story "The Shadow of the Vulture".

¹² One of the comrades of Geralt on his quest in *The Witcher* series, a blond-hair archer.

¹³ This being a starting point for the war in the seven kingdoms. Thus she was responsible for all the future events and deaths.

¹⁴ A way of murdering traditionally associated with women.

ther that, I said Petyr's so clever, he'll rise high, he will, he will, and he's sweet and gentle and I have his little baby in my belly... Why did you kiss her? Why? We're together now, we're together after so long, so very long, why would you want to kiss herrrrrr? (Martin *A Storm of Swords* 1032-33).

All her hopes turning futile, Lysa, humiliated and incensed, was ready to act against Petyr or her niece, Sansa whom she saw kissing.

Littlefinger let Lysa sob against his chest for a moment, then put his hands on her arms and kissed her lightly. "My sweet silly jealous wife," he said, chuckling. "I've only loved one woman, I promise you." Lysa Arryn smiled tremulously. "Only one? Oh, Petyr, do you swear it? Only one?" "Only Cat." He gave her a short, sharp shove. Lysa stumbled backward, her feet slipping on the wet marble. And then she was gone. She never screamed. For the longest time there was no sound but the wind. Marillion gasped, "You... you..." The guards were shouting outside the door, pounding with the butts of their heavy spears. Lord Petyr pulled Sansa to her feet. "You're not hurt?" When she shook her head, he said, "Run let my guards in, then. Quick now, there's no time to lose. This singer's killed my lady wife (Martin *A Storm of Swords* 1033).

Lysa, a truly tragic heroine, is pushed through the Moon Door, a door in Eyrie that leads to open sky, which clearly finished with her death. Petyr's fear of being revealed as the one pulling strings and causing chaos in the kingdoms resulted in the assassination of his most loyal and trustworthy ally. Lysa's hopes for the reciprocation of her feelings made her unpredictable and her open aggression towards Sansa would threaten Littlefinger's future plans. Lysa, a mad woman, seems to be justified in Martin's tale; her actions are not really performed consciously. She is manipulated by the man she had always loved. Rather a vessel than an agent, she is used by Littlefinger in his plans to destabilise the political situation in Westeros. When unneeded, she is brutally murdered.

All three female characters, whose final moments drastically differed, lost their lives in the course of action taking place in Westeros. Thrown into the chaos and atrocities of the conflict, they participated in the events. Lysa, the wife of Jon Arryn, the Hand of King Robert, plotting against her spouse, wished to win great love. To her anger and shock, all the sacrifice and cruelties she had done were futile since Petyr's feelings were only pretended. Contrary to that, Ygritte, the free woman who won love of a man from the side of her enemy, lost her life in combat. Her simple reasoning and openness to the possibility of dying resulted in an honorable death in fighting. The character of Catelyn, Ned Stark's wife, who was slaughtered when attempting at restoring peace with previous allies, has been preserved in a liminal form. Having conquered death with the aid of a follower of the Lord of Light, she turned into an embodiment of revenge.

All three female characters embody the pursuit of death, the eagerness to participate in the action. Their involvement was crucial to the events that ei-

ther triggered the war in the seven kingdoms or would hopefully help finishing it. The latter surely applies to Catelyn, whose fate has not been fully portrayed yet.

Works cited

- Boothby Richard (1991), *Death and Desire (RLE: Lacan): Psychoanalytic Theory in Lacan's Return to Freud*, Routledge, New York.
- Danesi, Marcel (2017), *Concise Dictionary of Popular Culture*, Rowman & Littlefield Lanham, Boulder, New York, London.
- Faulkner Joanne (2005), "Freud's Concept of the Death Drive and Its Relation to the Super-go", *Minerva - An Internet Journal of Philosophy*, t. 9, <http://www.minerva.mic.ul.ie/vol9/Freud.html/> [dostęp: 10.04.2022].
- Hibberd James (2.06.2013), "'Game of Thrones' Author George R. R. Martin: Why He Wrote Red Wedding", *Entertainment Weekly*, <https://ew.com/article/2013/06/02/game-of-thrones-author-george-r-r-martin-why-he-wrote-the-red-wedding/> [dostęp 10.04.2022].
- James Kathryn (2009), *Death, Gender and Sexuality in Contemporary Adolescent Literature*, Routledge, New York.
- Martin George R. R. (2011), *A Dance with Dragons*, Bantam Books, New York.
- Martin George R. R. (2005), *A Feast for Crows*, Bantam Books, New York, Toronto, London, Sydney, Auckland.
- Martin George R. R. (2016), *A Game of Thrones: The Illustrated Edition. A Song of Ice and Fire: Book One*, Bantam Books, New York.
- Martin George R. R. (2000), *A Storm of Swords*, Bantam Books, New York, Toronto, London, Sydney, Auckland.
- Merriam Webster's Collegiate Dictionary* (2004), Merriam Webster, Springfield, Massachusetts
- Moreman Christopher, Ed, 2018, *The Routledge Companion to Death and Dying*, Routledge, New York.
- Mould Michael, 2011, *The Routledge Dictionary of Cultural References in Modern French*, Routledge, London and New York.
- Plato, 1951. *Phaedo*, tłum. F. J. Church, The Liberal Arts Press, New York.
- Santucci James A, "Reincarnation", [w:] Moreman, Christopher, Ed. *The Routledge Companion to Death and Dying*, s. 256-66.
- Seal Graham, 2010, *Encyclopedia of Folk Heroes*, ABC-CLIO, Santa Barbara, California; Denver, Colorado; Oxford, England.
- Vervaeke John, Mastropietro Christopher i Filip Miscevic, 2017. *Zombies in Western Culture. A Twenty-First Century Crisis*. Open Book Publishers, b.m. <http://dx.doi.org/10.11647/OBP.0113>
- Walsh Pasulka Diana, "Catholic Views of the afterlife", [w:] Moreman, Christopher, Ed. *The Routledge Companion to Death and Dying*, s. 5-13.

Badania językoznawcze

Linguistic studies

Metonimiczna podstawa nazewnictwa chorób na przykładzie polskich i angielskich terminów derywowanych od nazw barw¹

Streszczenie

W artykule poszukuje się kognitywnych motywacji nominacji schorzeń. W języku angielskim i polskim funkcjonuje spora grupa terminów medycznych derywowanych od nazw kolorów. Choroby często objawiają się zmianą barwy skóry, płynów fizjologicznych, wysypkami, wybroczynami itp. Te charakterystyczne symptomy stanowią podstawę nazewnictwa wielu chorób. Omawiany proces nominacyjny bazuje na metonimii CZĘŚĆ ZA CAŁOŚĆ. Forma terminów medycznych desygnujących schorzenia, jak próbujemy dowieść w artykule, oparta na skojarzeniu głównych, łatwo dostrzegalnych objawów z konkretnym schorzeniem ułatwia diagnozę. Uwaga pacjenta lub lekarza ogniskuje się na specyficznym dla danego schorzenia symptomie.

Słowa kluczowe: choroba, terminologia medyczna, metonimia, językoznawstwo kognitywne, nominacja pojęć

Metonymic basis of Polish and English names of diseases derived from colour labels

Abstract

The goal of the present article is to investigate cognitive processes underpinning names given to different diseases and ailments. Both in English and Polish numerous terms are derived from colour labels. Diseases are often signalled by changes in skin colour, body fluids, rashes, effusions, etc. These characteristic symptoms give rise to specific coinages. The discussed process reflects the metonymy PART FOR THE WHOLE. As we attempt to prove, the form of the terms referring to ailments which are based on associations between a disease and its easily observable symptoms may facilitate the correct diagnosis. The very medical term makes the doctor or patients focused on the symptom specific for a particular disorder.

Key words: disease, medical terminology, metonymy, cognitive linguistics, naming processes

Pojęcia zdrowia i choroby są dla nas kluczowymi, a te aspekty życia szczególnie istotne dla naszej egzystencji znajdują odzwierciedlenie w języku, zwłaszcza w rozbudowanej leksyce (zob. Tabakowska 2001). Zapewne z tego powodu w językach europejskich funkcjonują tak liczne nazwy chorób. Język

¹ Tematyka podjęta w tym artykule nawiązuje do tematyki artykułu „*Kolorowe choroby*”. *Kognitywna motywacja procesu nominacji schorzeń* (2015) autorstwa Doroty Gonigroszek i przedstawia poruszane kwestie z rozszerzonej perspektywy.

polski i angielski potwierdzają tę regułę. Jedno schorzenie może być określane nawet kilkoma terminami (termin specjalistyczny, określenie nieformalne, lokalna nazwa gwarowa itp.). Co zauważalne, nazwy chorób często bazują na metaforze i metonimii. Niniejszy artykuł omawia jeden ze sposobów tworzenia terminów medycznych przybierających formę synekdochy *pars pro toto*. Przyjmując założenia językoznawstwa kognitywnego, w niniejszym artykule metonimię traktujemy jako proces umysłowy, a nie jedynie zabieg stylistyczny. W konsekwencji zakładamy, że u podstaw tworzenia nazw chorób w tym przypadku leży metonimia CZĘŚĆ ZA CAŁOŚĆ (jedno pojęcie jest używane, by zrozumieć inne). Celem egzemplifikacji omawianego procesu wybrano jedną specyficzną grupę chorób, których nazwy zostały utworzone od nazw kolorów.

Często w nazwach chorób pojawiają się przymiotniki odnoszące się do barw (*żółta febra*, *czarna ospa*, *czarna choroba noworodków*, *trądzik różowaty* itp.) lub też termin medyczny określający schorzenie derywowany jest od nazwy koloru (*czarwonka*, *czerniak*, *bielactwo*). Tę praktykę nominacyjną można zauważyć praktycznie we wszystkich językach europejskich (np. ang. *black death* – ‘dżuma’, *black lung* – ‘pylica’, *blackout* – ‘krótka utrata świadomości’, *blues* – (pot.) ‘depresja’, *yellow fever* – ‘żółta febra’, niem. *die Weißfleckenkrankheit* – ‘bielactwo’, *die Weißschwienkrankheit* – ‘leukoplakia’, *die Gelbsucht* – ‘żółtaczką’, *der Röteln* – ‘różyczka’, *die Blausucht* – ‘cyjanoza’, ros. *желтуха* – ‘żółtaczką’, *белокровие* – ‘białaczką’, *чёрная оспа* – ‘czarna ospa’, *белая оспа* – ‘ospówka’, *краснуха* – ‘różyczka’ itp.). Równie często w terminach oznaczających struktury anatomiczne czy składniki płynów fizjologicznych pojawiają się nazwy barw (*plamka żółta*, *krwinki czerwone*, *krwinki białe* itp.).

Celem niniejszego artykułu jest ustalenie możliwej przyczyny wspomnianego sposobu nazywania schorzeń. Innymi słowy, podjęta zostanie próba identyfikacji motywacji kognitywnych leżących u podstaw opisywanego procesu nominacyjnego.

1. Metafora i metonimia w ujęciu tradycyjnym i kognitywnym

Metafora w tradycyjnym rozumieniu tego pojęcia to „zasadnicza dla języka poetyckiego figura (trop), która polega na tym, że zespół wyrazów zyskuje odmienne znaczenie od tego, jakie wynikałoby ze znaczeń poszczególnych wyrazów, jest nowym zestawieniem semantycznym, którego nie da się odtworzyć przy użyciu innych wyrazów” (Sierotwiński 1986: 141). Jak dodaje Stanisław Sierotwiński (1986) w metaforze możliwe jest kojarzenie ze sobą nawet odległych pojęć. Metonimia z kolei to „podstawienie leksykalne polegające na użyciu zamiast nazwy właściwej innej nazwy skojarzeniowej, ale zawsze na podstawie obiektywnego związku między pojęciami, a nie tylko dowolnie odczutego” (Sierotwiński 1986: 143). Jak wynika z zacytowanych

definicji metafora w ujęciu tradycyjnym jest figurą stylistyczną, „ozdobnikiem” językowym. Jest przemyślanym zestawieniem słów. Podobnie metonimia wyraża się celowym zastąpieniem jednego wyrazu innym, pozostającym z nim w bliskim związku skojarzeniowym. W takim ujęciu zarówno metafora, jak i metonimia ogranicza się do poziomu języka. Oba tropy są intencjonalnymi „działaniami na słowach”.

Z wielowiekowych rozważań filozoficznych, a następnie lingwistycznych, wyłoniło się inne podejście do metafory i metonimii, traktujące oba te zjawiska jako procesy umysłowe kształtujące nasz odbiór rzeczywistości i sposób myślenia. Pewne przejawy nowego sposobu rozumienia metafory zauważalne są w pracach Ivora Armstronga Richardsa (1936), Stephena Ullmanna (1962) czy Umbero Eco (1977). W 1979 roku Michael Reddy, amerykański językoznawca, opisał specyficzny sposób mówienia o procesie komunikacji interpersonalnej charakteryzujący język angielski. Komunikacja to przesyłanie wiadomości zawartych w słowach-pojemnikach. Według Reddy’ego nie tylko tak się mówi o komunikowaniu, ale przede wszystkim tak się ją rozumie. Koncepcja „metafory myśli”, była następnie rozwijana przez George’a Lakoffa i Marka Johnsona i przez nich spopularyzowana, głównie dzięki książce *Metaphors we live by* opublikowanej w 1980 roku (polskie wydanie *Metafory w naszym życiu* w tłumaczeniu T. P. Krzeszowskiego ukazało się w roku 1988).

Zgodnie z zaproponowaną przez Lakoffa i Johnsona teorią metafora jest procesem umysłowym. Jej istotą jest rozumienie i doświadczanie pewnego rodzaju rzeczy w terminach innej rzeczy (Lakoff i Johnson 1988: 27). Przykładowo o *życiu* myślimy i mówimy tak jak o *podróży*. Metafora pojęciowa ŻYCIE TO PODRÓŻ, jest metaforą strukturalną, w obrębie której poszczególne elementy domeny PODRÓŻ (droga, cel, przemieszczanie się, napotykanie problemy itp.) są projektowane na domenę ŻYCIE, nadając jej specyficzną strukturę². PODRÓŻ jest źródłem (domeną źródłową) projekcji metaforycznych, podczas gdy ŻYCIE jest domeną docelową. Metafora ta znajduje swe odzwierciedlenie na poziomie języka w postaci następujących wyrażen: *osiągnąć pełnoletność, przejść wiele, bagaż doświadczeń, osiągnąć cel życia, dotrzeć do kresu, droga życia* itp. Co należy podkreślić, metafory pojęciowe wpływają na zachowania i działania pozajęzykowe i wyrażają się w sztuce, gestykulacji, rytuałach itp.³

² Domena pojęciowa to struktura poznawcza, rodzaj doświadczenia, proste pojęcie, złożenie pojęciowe, system wiedzy, a czasem nawet doświadczenie zmysłowe (zob. Langacker 2008).

³ Niniejszy artykuł skupia się przede wszystkim na mechanizmach metonimicznych, które mogą leżeć u podłoża nazewnictwa chorób. Dlatego też metaforze pojęciowej nie poświęcono zbyt wiele uwagi. Pamiętać należy jednak, że teoria metafory pojęciowej jest stale rozwijana. Lakoff i Johnson (1980) opisali także metafory orientacyjne, które nadają danemu pojęciu orientację przestrzenną oraz ontologiczne, które pozwalają nam na rozumienie rzeczy

Podobnie metonimia jest traktowana przez Lakoffa i Johnsona (1980) jako mechanizm mentalny, którego istotą jest użycie jednego pojęcia zamiast innego (np. KOLOR ZA OSOBE, AUTOR ZA UTWÓR, CZĘŚĆ CIAŁA ZA OSOBE, MIASTO ZA MIESZKAŃCÓW itp.). Metonimie tego typu są podstawą wyrażen językowych w rodzaju: *Biało-czerwoni wygrali*, *Szekspir jest trudny w odbiorze*, *Same mądre głowy przybyły na spotkanie*, *Mam wreszcie moje własne cztery kółka*, *Warszawa zagłosowała*.

Początkowo metafora pojęciowa wzbudzała większe zainteresowanie badaczy niż metonimia. Ograniczano znaczenie metonimii, przypisując jej głównie funkcję desygnacyjną (odniesieniową). Najnowsze badania prowadzone w ramach semantyki kognitywnej wskazują, że metonimia może być mechanizmem bardziej podstawowym niż metafora i często stanowi podstawę metaforyzacji. Prawdopodobnie też metonimia odgrywa znacznie ważniejszą rolę niż jedynie odniesieniową. Podobnie jak metafora ułatwia zrozumienie pewnych pojęć, a także ich kategoryzację czy rozpoznawanie. Jak wyjaśnia Lakoff (1987) pojęcie A zostaje wybrane, aby zastępowało pojęcie B, gdyż w porównaniu do A jest łatwiejsze do zrozumienia, łatwiejsze do zapamiętania, bardziej rozpoznawalne lub wyraziste (*salient*)⁴. Elżbieta Tabakowska (2001: 92) wyjaśnia różnicę między metaforą i metonimią w sposób następujący: „Metonimia polega na stworzeniu pewnego rodzaju relacji między obiektami w ramach jednej struktury poznawczej, metafora zaś wymaga odwzorowania jednej domeny poznawczej na drugą, lecz podobnie jak metonimia zawiera się w myślach, a nie słowach”.

Polski językoznawca Bogusław Bierwiaczonek jest jednym z tych badaczy, którzy podkreślają prymarną rolę metonimii, twierdząc: „Skoro formy językowe otwierają nam dostęp do pojęć, a pojęcia umożliwiają odnoszenie

i zjawisk niematerialnych i ulotnych, doświadczeń oraz uczuć w kategoriach obiektów fizycznych lub substancji. Joseph Grady (2003) postuluje istnienie metafor prymarnych, które bazując na prostych aspektach doświadczenia zmysłowego, stanowią podstawę bardziej złożonych procesów mentalnych. Z kolei Zoltan Kövecses (2002) zajmuje się metaforami kulturowo-specyficznymi i uniwersalnymi, znajdującymi odzwierciedlenie w wielu językach. Obecne metafory pojęciowe badane są także na gruncie neurolingwistyki, w odniesieniu do funkcji i budowy mózgu. Jednym z naukowców wyjaśniających powstawanie metafor w kategoriach połączeń nerwowych jest Srinivas Narayanan (1997), który traktuje domeny jako obszary mózgu (zob. też Feldman 2006). Metafora tworzy się poprzez jednoczesne pobudzenie dwóch (lub kilku) obszarów, odpowiedzialnych za różne funkcje życiowe i operacje mentalne. Innymi słowy, korelacje w doświadczeniu prowadzą do powstawania połączeń nerwowych między różnymi regionami mózgu.

⁴ Nawiązując do wspomnianego pojęcia wyrazistości (*salience*), warto przytoczyć wyniki badań psychologicznych, które wskazują, że kolor obok takich cech jak ruch i głębia są priorytetowymi cechami ciał fizycznych. To znaczy, iż są przetwarzane jako pierwsze w kolejności (Necka i in. 2020). Tym samym można założyć, że zmiana koloru skóry człowieka, wydzielin ciała czy też obiektów oglądanych pod mikroskopem faktycznie jest tą cechą, która jako pierwsza ogniskuje uwagę obserwatora.

do konkretnych rzeczywiście, metonimia jawi się jako podstawowy mechanizm tworzenia i komunikowania znaczeń, a więc postawa wszelkiej semantyki!”. Ponadto, Bierwiaczonek traktuje metonimię jako pojęciowy (a więc mentalny) odpowiednik procesów neurologicznych centralnego układu nerwowego, które leżą u podstaw wszelkiej działalności poznawczej, w tym również językowej. Zakładając, że metonimia (podobnie jak metafora) jest wynikiem funkcjonowania ludzkiego mózgu, można stwierdzić, że „skoro [metonimia] to zjawisko ze sfery mentalnej, tylko wtórnie przejawiające się w języku, musi to oznaczać, że możliwe są również inne sposoby jego przejawiania się – niewerbalne. Dałoby się zatem wyróżnić metonimie werbalne, obrazowe (ikoniczne), dźwiękowe, gestyczne, również multimodalne, czyli wykorzystujące równocześnie więcej niż jeden system semiotyczny” (Maćkiewicz 2020: 36).

2. Choroba a objaw

Pojęcie choroby okazuje się jednym z trudniejszych do zdefiniowania, być może ze względu na wielką różnorodność chorób. Zwykle pojęcie choroby jest rozumiane w opozycji do zdrowia lub jego braku. Andrzej Wojtczak (2017: 20) pisze, iż definicja choroby „opiera się na stwierdzeniu nieprawidłowości funkcji fizjologicznych, biologicznych lub psychicznych organizmu. W ocenie lekarzy, bez względu na zgłaszane skargi przez pacjenta, zdrowym jest ten, u którego brak uchwytnych objawów wskazujących na odstępstwa fizyczne lub psychiczne od stanu uznanego za normalny”. Z kolei Jerzy M. Brzeziński i Lidia Cierpiałowska (2008: 4) podają, że „choroba jest czymś, co się człowiekowi przydarza – bez udziału jego intencji lub woli, utrudniając lub uniemożliwiając mu normalne funkcjonowanie. Zmienia też niekorzystnie organizm chorego, zaburza jego funkcje życiowe”. Natomiast objaw, zgodnie z definicją podaną w *Słowniku języka polskiego PWN* (wersja elektroniczna) to „zjawisko poddające się ocenie lekarskiej i stanowiące podstawę do wnioskowania o czynnościach ustroju, jego narządów i tkanek.”

Mimo dynamicznego rozwoju medycyny jako nauki oraz w konsekwencji dostępności wielu nowoczesnych technik diagnostycznych (obrazowe, badania laboratoryjne), wciąż większość chorób rozpoznaje się na podstawie opisu objawów dokonywanego przez pacjenta podczas wywiadu lekarskiego lub obserwacji chorego. Edward Szczeklik wyjaśnia, że:

W badaniu przedmiotowym posługujemy się naszymi zmysłami, przede wszystkim zmysłem wzroku, dotyku i słuchu, rzadko zmysłem węchu. Najważniejszy i najczęściej używany jest tu zmysł wzroku. Wzrokiem badamy chorego podczas pierwszego zetknięcia się z nim, obserwując jego zachowanie się, wygląd, wyraz i kolor twarzy, chód, postawę itd. Już te pierwsze spostrzeżenia lekarskie mogą nieraz naprowadzić badającego na właściwe rozpoznanie. Wzrokiem badamy zmiany skóry,

blony śluzowej, wysypkowe choroby zakaźne, obrażenia ciała, złamania kości itd. (...) Stąd dążenie lekarza jest wyrobić sobie „dobre oko lekarskie” (1979: 9).

Wspomniane „dobre oko lekarskie” analizuje objawy zauważalne wzrokowo, w tym zmiany zabarwienia, na przykład skóry chorego. Obserwacja poczyniona przez Szczeklika (1979) jest istotna dla dalszych rozważań podjętych w niniejszym artykule.

Każdą z chorób zwykle sygnalizuje kilka różnych objawów, lecz to jeden z nich jest bardziej wyraźny lub charakterystyczny od innych. Przykładowo żółta febra objawia się gorączką, bólem głowy, bólami mięśni, wrażliwością na światło, czyli symptomami cechującymi wiele innych schorzeń. Wystąpienie żółtaczkę uważa się za najbardziej specyficzny z objawów tej choroby, który umożliwia odróżnienie jej od innych problemów zdrowotnych.

Jak można zauważyć, związek między objawem a chorobą często opisywany jest w kategoriach relacji części do całości. Choroba to uogólniony proces patologiczny, którego obserwowalnymi przejawami jest jeden charakterystyczny objaw lub kilka z nich. Z tego powodu wiele nazw schorzeń nawiązuje do głównego objawu, zwykle dostrzegalnego wzrokowo. Zdaniem Karin Musiołek-Choiński (1986: 115) „najwięcej nazw jest związanych z właściwościami [chorób] morfologicznymi – kolorem zmian towarzyszących schorzeniu, kształtem, wielkością, strukturą, konsystencją zmian.” Niniejszy artykuł skupia się właśnie na wspomnianym procesie nominacyjnym. Nazwy schorzeń pochodzące od nazw barw wybrano jako przykład bardziej uogólnionego procesu. Jak ilustrują tabele I i II w języku polskim i angielskim funkcjonują nazwy chorób derywowane od nazw barw, tworzonych na podstawie relacji metonimicznej CZĘŚĆ ZA CAŁOŚĆ, w której tą część całości stanowi pojedynczy objaw polegający na zmianie barwy lub wystąpieniem zabarwienia skóry, płynów ustrojowych, tkanek itp.⁵

Tabela I.
Nazwy barw, charakterystyka schorzeń, pochodzenie polskiej terminologii medycznej

Nazwa choroby	Charakterystyka ⁶	Termin medyczny: pochodzenie ⁷
Białaczka	Białaczka jest rakiem krwi. Istotą białaczki jest niecelowy rozrost określonego typu komórek układu białokrwinkowego (szpiku kostnego lub węzłów chłonnych) z późniejszym przenikaniem do krwi nie tylko komórek doj-	Próbki krwi chorego oglądane pod mikroskopem charakteryzują się białawą barwą – stąd też nazwa choroby.

⁵ Dokonano jedynie wyboru terminów medycznych i weterynaryjnych – po kilkanaście dla języków polskiego i angielskiego.

⁶ Opracowano na podstawie: W.S. Gomułka, W. Rewerski (red.) (1995).

⁷ Opracowano na podstawie: K. Zieliński, H. Zalewska-Jura (2004).

	rzałych, ale i komórek młodszych i niedojrzałych, niezdolnych do pełnienia swych funkcji obronnych. Wczesne objawy to ból gardła, gorączka, spadek masy ciała, osłabienie.	
Bielactwo	Przewlekła choroba o nieustalonej przyczynie (pewne znaczenie mogą mieć czynniki stresujące, zaburzenia hormonalne lub reakcje autoimmunologiczne). Istotą choroby jest miejscowe zahamowanie tworzenia się barwnika – melaniny w skórze.	Choroba zwana jest <i>bielactwem</i> z powodu pojawiających się na ciele chorego odbarwionych (białych) plam.
Cukrzyca brunatna (brązowa)	Cukrzyca brunatna (brązowa), zwana też hemochromatozą pierwotną, jest chorobą metaboliczną uwarunkowaną genetycznie, której istotą jest gromadzenie się nadmiaru żelaza w narządach, głównie w wątrobie, trzustce oraz chrząstkach stawowych.	Nazwa choroby pochodzi od szaro-brązowego zabarwienia skóry twarzy - najbardziej charakterystycznego i łatwo zauważalnego objawu choroby.
Czarna ospa	Czarna ospa, zwana także ospą prawdziwą, jest bardzo poważną zakaźną chorobą wirusową o ostrym przebiegu i wysokiej śmiertelności.	Jednym z objawów choroby są czerwone grudki pojawiające się na ciele chorego. Z czasem grudki te zmieniają się w strupy, które w przypadku czarnej ospy, przybierają ciemne zabarwienie. To właśnie z ich powodu ta odmiana ospy określana jest czarną.
Czerniak	Nowotwór o wysokiej złośliwości przybierający postać znamion skórnych.	Czerniaki przybierają formę nieregularnych, ciemnych znamion umiejscowionych głównie na skórze.
Czerwienica prawdziwa	Czerwienica prawdziwa to rzadka choroba komórek krwiotwórczych w szpiku kostnym, wynikająca głównie z przewlekłego niekontrolowanego wzrostu czerwonych krwinek czyli erytrocytów.	Termin <i>czerwienica</i> pochodzi od głównego objawu choroby – mocnego zaczerwienienia skóry twarzy, ust, stóp, dłoni i błon śluzowych.
Czerwonka	Czerwonka wywołana jest przez różne gatunki pałeczki czerwonki (<i>Shigella</i>). Źródłem zakażenia jest kontakt z chorym człowiekiem lub zakażoną żywnością. Rozprzestrzenianiu się choroby sprzyja brak higieny.	Choroba nazwana została czerwonką z powodu krwawych biegunk i wymiotów z obecnością krwi.
Łupież różowy Giberta	Łupież różowy jest chorobą rumieniowo-złuszczającą. Dotyka głównie dzieci i osoby młode. Najprawdopodobniej wywołany przez wirus opryszczki	Nazwa pochodzi od specyficznych zaczerwienionych złuszczających się wykwitów obecnych na ciele chorego.

	typu 7 (<i>HHV7</i>).	
Różyczka	Wirusowa choroba zakaźna. Choroba objawia się wysypką, powiększeniem węzłów chłonnych, gorączką.	Chorobie towarzyszy jasno-różowa wysypka, z powodu której choroba nazwana została <i>różyczką</i> .
Trądzik różowaty	Choroba najczęściej dotyka kobiet. Jej przyczynami są zaburzenia hormonalne, naczyniowe, zaburzenia w funkcjonowaniu układu pokarmowego.	Schorzenie zawdzięcza swą nazwę rumieniowym, grudkowatym i krostkowatym wykwitom na twarzy.
Żółta febra/żółta gorączka	Żółta gorączka jest chorobą powodowaną przez wirusy z rodziny <i>Flaviviridae</i> , należy do chorób szczególnie niebezpiecznych. Jest przenoszona poprzez ukąszenie zakażonego wirusami komara z rodzaju <i>Aedes</i> , <i>Haemagogus</i> lub <i>Sabethes</i> .	Charakterystycznym objawem choroby jest zażółcenie skóry, z którego powodu choroba otrzymała swą nazwę.
Żółtaczka	Żółtaczkę często traktuje się jako odrębną jednostkę chorobową. W rzeczywistości jest ona objawem wielu schorzeń. Żółtaczka pojawia się wskutek odkładania się nadmiernych ilości bilirubiny – żółtego barwnika występującego we krwi – w skórze, błonach śluzowych, białkówkach oczu.	Skóra, błony śluzowe, oczy chorego przybierają żółtawą barwę – stąd pochodzenie terminu <i>żółtaczka</i> .

Tabela II.

Nazwy barw, charakterystyka schorzeń, pochodzenie angielskiej terminologii medycznej

Nazwa choroby	Polski odpowiednik	Charakterystyka wraz z możliwym pochodzeniem nazwy ⁸
Black lung	Pylica	Zmiany w płucach z upośledzeniem ich czynności, spowodowane odkładaniem się cząstek nieorganicznych. Angielska nazwa pochodzi od ciemnego zabarwienia płuc zanieczyszczonych wdychanymi substancjami.
Black cataract	Czarna katarakta, mętnienie soczewki na ciemno-brązowy kolor, zaćma brunatna	Zaćma, czyli katarakta, to zmętnienie soczewki oka. Soczewka zmienia barwę na ciemno-brązowy kolor.
Blue disease	Choroba błękitna, srebrzyca	Rzadka choroba objawiająca się srebrnoniebieskim zabarwieniem skóry, stąd nazwa. Narażeni są na nią pracownicy kopal-

⁸ Opracowano na podstawie: Youngson (1999) i Tindal (1997).

		ni, jubilerzy czy osoby przyjmujące leki zawierające srebro koloidalne.
Black death	Dżuma	Ostra, bardzo zakaźna choroba. Swą nazwę, zdaniem niektórych badaczy, może zawdzięczać wielkim ciemnym plamom pojawiającym się na skórze w wyniku wylewów krwi.
Grey-out	Chwilowa utrata przytomności	Termin ten odnosi się do utraty przytomności przez pilotów poddanych dużemu przyspieszeniu. Nazwa nawiązuje do zamglonego widzenia.
Grey platelet syndrome	Zespół szarych płytek	Rzadka anomalia polegająca na zmniejszeniu liczby lub całkowitym braku ziarnistości α płytek krwi. Płytki krwi oglądane pod mikroskopem przyjmują charakterystyczny szarawy kolor.
Grey baby syndrome	Zespół szarego dziecka, zespół szary	Ciężkie powikłanie w przebiegu leczenia wcześniaków i niemowląt antybiotykiem chloramfenikolem. Długi okres wydalania leku powoduje zmianę barwy skóry.
Pink eye	Zapalenie spojówek	Jedno z najczęstszych schorzeń oczu polegające na zapaleniu błony śluzowej powieki. Nazwa wywodzi się od zaczerwienienia (przekrwienia) oka.
Red infarct	Zawał krwotoczny	Rodzaj zawału powstającego w wyniku zatrzymania odpływu krwi żyłnej z danego obszaru. Nazwa pochodzi od koloru zalegającej krwi.
White infarct	Zawał bezkrwisty	Typ powstającego w wyniku ograniczenia lub zatrzymania przepływu krwi w tętnicy doprowadzającej krew do danego obszaru. Nazwa angielska pochodzi od bledszego koloru dotkniętego obszaru.
White atrophy	Zanik biały	Zmiana w obrębie skóry w przebiegu niewydolności żyłnej. Objawia się czerwonymi wykwitami, które z czasem bledną (tworzą plamistą zmianę wewnątrznie białawą).
Yellow fat disease	Choroba żółtego tłuszczu	Choroba zwierząt charakteryzująca się silnie zapaleniem tkanki tłuszczowej i odkładaniem się żółtego ceroidu w komórkach tłuszczowych w wyniku niedoboru witaminy E w spożywanym pokarmie.
Yellow nail syndrome	Zespół żółtych paznokci	Rzadki zespół chorobowy o nieznannej etiologii, w którym obserwuje się wrodzoną hipoplazję naczyń chłonnych, zapalenie błony śluzowej nosa i zatok, wysięk w jamie opłucnej, rozstrzenie oskrzeli, obrzęki limfatyczne i dystroficzne, żółtej barwy płytki paznokciowe, od których schorzenie wzięło swoją nazwę.

Yellow fever	Żółta febra	Żółtą febrę wywołują wirusy z rodziny <i>Flaviviridae</i> . Choroba przenoszona jest poprzez ukąszenie zakażonego wirusem komara. Jednym z objawów jest zażółcenie skóry, stąd nazwa angielska.
--------------	-------------	---

3. Pojęcia, nazwy i a mechanizmy pojęciowe

Nominacja pojęć, czyli nadawanie nazw przedmiotom, zjawiskom, stanom itp. jest procesem cechującym stały rozwój każdego języka naturalnego, co warunkuje skuteczną komunikację między członkami danej społeczności językowej. Według niektórych starożytnych filozofów (np. Pitagorasa), zwolenników tak zwanej naturalnej koncepcji języka, nazwa oraz byt desygnowany są ze sobą ściśle powiązane (nazwy nie są nadawane w sposób całkowicie arbitralny) (Heinz 1979). Do pewnego stopnia można zgodzić się z tą starożytną koncepcją, która zresztą została podjęta na nowo w kręgach językoznawców kognitywnych, którzy poszukują głębszych motywacji leżących u podstaw procesów słowotwórczych i nominacyjnych (zob. Lakoff 1987; Langacker 2008).

Na polu językoznawstwa rozgorzał spór, trwający od początków dwudziestego wieku do dziś, o to czy język może wpływać lub wręcz determinować sposób myślenia (Wilhelm von Humboldt, Edward Sapir, Benjamin Lee Whorf i inni). Językoznawcy kognitywni w tej kwestii nie przyjmują zgodnego stanowiska, generalnie jednak większość z nich akceptuje pewną mniej lub bardziej radykalną formę relatywizmu językowego (zob. Lakoff 1987). Zakładając, że język wpływa na sposób pojmowania rzeczywistości, można stwierdzić, iż narzuca on pewne ramy poglądowe; nakreśla pewien tok rozumowania. W przypadku schorzeń forma terminu może przyspieszyć lub ułatwić kategoryzację schorzenia (klasyfikację).

W świetle powyższych rozważań, można dojść do wniosku, że forma niektórych terminów medycznych odnoszących się do jednostek chorobowych pomaga lekarzowi w określeniu typu choroby i postawieniu właściwej diagnozy (wpływa na jego sposób myślenia, odpowiednią kategoryzację schorzenia). U podstawy nominacji wielu stanów chorobowych leży bowiem mechanizm metonimiczny CZĘŚĆ ZA CAŁOŚĆ (OBJAW ZA SCHORZENIE), dzięki któremu uwaga specjalisty (a także samego chorego lub osób z jego otoczenia) ogniskuje się na najbardziej charakterystycznym symptomie wskazującym na konkretne zmiany w funkcjonowaniu organizmu. Co warto zauważyć, omawiany proces nominacyjny zdaje się być przynajmniej częściowo uniwersalny i dotyczy wielu języków europejskich. Dalsze badania porównawcze mogłyby wskazać skalę podobieństw w postrzeganiu relacji między pojęciami i mechanizmem konceptualizacji. Jak twierdzi Krystyna Waszakowa (2017: 201) „zestawienie paralelnych danych pokazujących rolę metafory i metonimii w słowotwórstwie różnych języków mogłoby przyczynić

nić się do ukazania nie tylko ogólnej roli środków przenośnych i metonimicznych, ale też rzucić światło zarówno na cechy wspólne, jak i specyficzne w zakresie ich funkcji poznawczej i komunikatywnej”.

Warto również zauważyć, iż nazywając choroby, często dokonuje się pewnego rodzaju generalizacji. W przypadku żółtaczki mamy do czynienia z zażółceniem powłok skórnych, skóra jednak nie przybiera typowego (prototypowego) koloru żółtego, czerniak niekoniecznie ma postać czarnych znamion (są one np. brązowe). Prawdopodobnie w tym przypadku, kategoryzując barwy, zwracamy większą uwagę na ich podobieństwo do barw prototypowych. Przywołując słowa Roberta MacLaury’ego (2006: 108), „uznając bodźce percepcyjne za podobne, faworyzujemy podobieństwo”, nie zwracając uwagi na różnice.

4. Wnioski

W XXI wieku, szczególnie w krajach wysokorozwiniętych, diagnostyka większości schorzeń nie sprawia specjalistom trudności. Kilka dekad lub stuleci temu choroby rozpoznawano na podstawie objawów obserwowalnych na „zewnątrz” organizmu. Wspomniane wcześniej „dobre oko lekarskie” wypatrywało i nadal zwraca uwagę na zmiany obserwowalne zewnętrznie, między innymi na zmiany barwy skóry, płynów fizjologicznych itp. Bezpośrednia analiza procesów patologicznych zachodzących wewnątrz ciała była bardzo ograniczona (brak diagnostyki laboratoryjnej, stan wiedzy medycznej). Szybka diagnoza, zwłaszcza w przypadku braku odpowiednich lekarstw, decydowała o życiu lub śmierci pacjenta. Obserwacja chorego (zmiany zabarwienia skóry, wysypki, znamiona, wybroczyny itp.) była główną podstawą ustalenia typu choroby. Daną chorobę kojarzono przede wszystkim z głównym objawem. Na podstawie takiego związku asocjacyjnego symptom-choroba, diagnozy mógł dokonać nie tylko specjalista lecz sam chory lub członkowie jego rodziny.

U podstaw mechanizmów nominacyjnych jednostek chorobowych zdaje się leżeć mechanizm pojęciowy – metonimia – CZĘŚĆ ZA CAŁOŚĆ, a dokładniej OBJAW (związany ze zmianą barwy lub zauważanym kolorem) ZA CHOROBEJ. Z jednej strony odzwierciedla on sposób konceptualizacji chorób – choroba jest postrzegana przez pryzmat objawu lub wręcz z nim utożsamiana, z drugiej zaś umożliwia identyfikację zachodzącego procesu chorobowego.

Bibliografia

Bierwiałonek Bogusław (2006), „Teorie metonimii – historia, dzień dzisiejszy i perspektywy” [w:] *Językoznawstwo kognitywne III. Kognitywizm w świetle innych nauk*, red. [w:] Sokołowska Olga i Danuta Stanulewicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, s. 227-245.

- Boss Norbert i Renate Jäkke (1996), *Podręczny leksykon medyczny*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.
- Brzeziński Jerzy i Lidia Cierpiałkowska (2008), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Feldman Jerome (2006), *From Molecule to Metaphor: A Neural Theory of Language*, The MIT Press, Cambridge.
- Gonigroszek Dorota (2015), „Kolorowe choroby”. Kognitywna motywacja procesu nominacji schorzeń” [w:] *Barwa w Języku, Literaturze i Kulturze VI*, Ewa Komorowska i Danuta Stanulewicz (red.), Volumina, Szczecin,
- Grady Joseph i Christopher Johnson, (2003), “Converging evidence for the notions of substance an primary scene” [w:] *Metaphor and Metonymy in Comparison and Contrast*, R. Dirven, R. Pörings, Mouton de Gruyter, Berlin.
- Gomułka Witold i Rewerski Wojciech (red.) (1995), *Encyklopedia zdrowia*, PWN, Warszawa.
- Heins Adam (1979), *Historia językoznawstwa*, PWN, Kraków.
- Kövecses Zoltán (2002), *Metaphor: A Practical Introduction*. OUP, Oxford.
- Lakoff George i Mark Johnson, (1980), *Metaphors we Live by*, Chicago University Press, Chicago.
- Lakoff George (1987), *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal About the Mind*, Chicago University Press, Chicago.
- Lakoff George i Mark Johnson, (1988), *Metafory w naszym życiu*, przeł. T. P. Krzeszowski Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Langacker Ronald (2008), *A Cognitive Grammar: A Basic Introduction*, OUP, Oxford.
- Maćkiewicz Jolanta (2020), *Metonimia jako narzędzie perswazji*, „Zeszyty prasoznawcze” z. 3. s. 33-46.
- MacLaury Robert (2006), „Teoria oglądu - pochodzenie, zasady, cele” [w:] *Językoznawstwo kognitywne III. Kognitywizm w świetle innych nauk*, O. Sokołowska, D. Stanulewicz, Gdańsk, s. 106-152.
- Musiółek-Choiński Karin (1986), *Polskie nazwy chorób. Studium z terminologii medycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Narayanan Srinivas (1997), *Embodiment in Language Understanding: Sensory-motor Representations for Metaphoric Reasoning about Event Description*, University of California, Berkeley.
- Nęcka Edward, Orzechowski Jarosław, Błażej Szymura i Szymon Wichary (2020), *Psychologia poznawcza*, Warszawa, PWN.
- Reddy Michael (1993) [1979], “The conduit metaphor: A case of frame conflict in our language about language” [w:] A. Orthony, *Metaphor and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Richards Ivor Armstrong (1936), *The Philosophy of Rhetoric*, OUP, London.
- Sierotwiński Stanisław (1986), *Słownik terminów literackich*, Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wrocław.
- Słownik języka polskiego PWN* (wersja elektroniczna) [data dostępu: 01.06.2021 r.]
- Szczeklik Edward (1979), *Diagnostyka ogólna chorób wewnętrznych*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Tabakowska Elżbieta (2001), *Kognitywne podstawy języka i językoznawstwa*, UNIVERSITAS, Kraków.
- Tabakowska Elżbieta (2001), *Językoznawstwo kognitywne a poetyka przekładu*, Kraków, UNIVERSITAS.
- Tindal Alex (1997), *Medical Terms. Their Roots and Origins*, CRC Press, New York.
- Ullman Stephen (1962), *Semantics: An Introduction to the Science of Meaning*, Basil Blackwell, Oxford.

- Waszakowa Krystyna (2017), *Kognitywno - komunikacyjne aspekty słowotwórstwa*, Wybrane zagadnienia opisu derywacji w języku polskim, Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Wojtczak Andrzej (2017), *Zdrowie publiczne. Najważniejsze zagadnienia dla studiujących i zainteresowanych nauką o zdrowiu*, CeDeWu, Warszawa.
- Youngson Robert (1999), *Collins Dictionary of Medicine*, HarperCollins, Glasgow.
- Zieliński Krzysztof (2004), *Słownik pochodzenia nazw i określeń medycznych. Antyczne i nowożytne dzieje chorób w ich nazwach ukryte*, Wydawnictwo Medyczne Alfa-Medica Press, Bielsko-Biała.

Zaburzenia struktury gramatycznej wypowiedzi afatycznych – agramatyzm

Streszczenie

Niniejszy artykuł podejmuje tematykę związaną z zaburzeniami struktury gramatycznej u pacjentów z afazją. Wypowiedzi osób z zaburzeniami mowy o typie afazji cechuje dezintegracja języka, która manifestuje się utratą sprawności językowej dotyczącej artykulacji, nominacji oraz gramatyki. „Konsekwencją tych zaburzeń jest tendencja do prymatu kryterium treści nad kryterium poprawności formalnej w realizacji struktur składniowych przez osoby z afazją. Teksty afatyczne nie są spójne gramatycznie, brak w nich łączliwości formalnej pomiędzy poszczególnymi elementami, wskutek czego treść wypowiedzi staje się dla odbiorcy niezrozumiała, co nie znaczy, że nie można doszukać się w niej logicznych związków” (Panasiuk 2013: 103). W publikacji zdefiniowany i scharakteryzowany został problem agramatyzmu i paragramatyzmu. Należy przy tym zaznaczyć, że u pacjentów rzadko występują tzw. czyste objawy zaburzeń będące zgodne z modelowym typem afazji, co także znajduje swoje odzwierciedlenie w przenikaniu się w wypowiedzi chorego symptomów agramatyzmu i paragramatyzmu.

Słowa kluczowe: język, afazja, agramatyzm, mózg, lokalizacja

Distortions of grammatical structure in aphasic utterances – agrammaticism

Abstract

The present article is concerned with the distortions of grammatical structure in aphasic patients. Utterances of persons with aphasia-type speech disorders are characterised by a disintegration of language manifested in the loss of language skill concerning articulation, denomination and grammar. Jolanta Panasiuk (2013: 103) states that “the consequence of those disturbances is the tendency to emphasise the content at the expense of formal correctness in the use of syntactic structures by aphasiacs. Aphasic texts are grammatically incoherent, there are no formal links between elements, as a result of which the meaning of the utterance becomes incomprehensible for the recipient; this does not mean, however, that there are no logical connections.” The article defines and characterises agrammaticism and paragrammaticism. It should nevertheless be stressed that patients rarely display the so-called pure symptoms of disorders constituting model type of aphasia, which is reflected in a merger of symptoms – those of agrammaticism and paragrammaticism – in patients’ utterances (trans. Anna Słoń).

Key words: language, aphasia, agrammaticism, brain, location

1. Pojęcie afazji

W świetle teorii Mariusza Maruszewskiego (1966: 98) afazja to „spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności

mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności”. Przez czynności mowy autor rozumie zarówno nadawanie mowy, jak i odbiór mowy (percepcję). Afazji nie należy zatem utożsamiać z żadną konkretną chorobą. Jest ona nabytym zaburzeniem języka we wszystkich modalnościach po uprzednio dokonanej zdolności mówienia (Wallesch 1986). Zaburzenie to jest wynikiem uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (urazu czaszkowo-mózgowego, udaru mózgu, procesu ekspansywnego lub także procesu neurodegeneracyjnego, wskutek którego dochodzi do otępienia.

Afazja jest przede wszystkim ograniczeniem w aktualizacji kodu, a nie – jak wcześniej określano – dezintegracją systemu językowego i wiedzy o rzeczywistości nabytej przy udziale języka. Orientacja w otoczeniu chorych nawet z głębokimi i znacznymi zaburzeniami mowy oraz ich zdolność do używania alternatywnych wobec języka naturalnego systemów znakowych w celu przekazywania intencji komunikacyjnych jest tego dowodem (Panasiuk 2013: 109).

Według Marii Pąchalskiej (2011: 153-157) afazja jest wynikiem destabilizacji strukturalnej, wskutek czego dochodzi do poważnych zmian fizycznej substancji i systemów mózgowych związanych z mową i językiem. „Afazja jest zjawiskiem bardzo złożonym, stan zakłóceń afatycznych mowy przejawiać się może w rozmaity sposób u różnych ludzi. W związku ze stopniowym poznawaniem afazji przez przedstawicieli kilku dyscyplin naukowych, reprezentujących przy tym odmienne założenia teoretyczne – wprowadzono wiele klasyfikacji afazji” (Tomaszewska-Volovici 1976: 6). W artykule jako podstawy do lingwistycznego opisu zaburzeń mowy dotyczącego agramatyzmu przyjęto klasyfikację afazji według Aleksandra Łurii.

- 1) Afazja ruchowa kinestyczna – jej przyczyną jest uszkodzenie ruchowej okolicy postcentralnej, która znajduje się w mózgu w dolnej części płata ciemieniowego, za bruzdą centralną, oddzielającą płat czołowy od płata ciemieniowego. Skutkiem jej uszkodzenia jest zaburzenie czucia ruchów w obrębie aparatu artykulacyjnego i tym samym utrudniony jest proces znajdowania pozycji języka, warg, więzadeł głosowych, które są niezbędne w wypowiedaniu poszczególnych dźwięków.
- 2) Afazja ruchowa kinetyczna – w tym przypadku uszkodzeniu uległa ruchowa okolica precentralna, tzn. położona w mózgu przed bruzdą centralną, w płacie czołowym. Chory z zaburzeniami o typie afazji ruchowej kinetycznej potrafi artykułować poszczególne dźwięki, trudności występują z przejściem od jednego układu artykulacyjnego do drugiego (od dźwięku do dźwięku, ewentualnie od wyrazu do wyrazu). To z kolei powoduje m.in. zaburzenia kolejności elementów struktury wyrazu (por. Tomaszewska-Volovici 1976: 6-7).
- 3) Afazja dynamiczna – przyczyną tego rodzaju afazji jest uszkodzenie obszaru w czołowym płacie lewej półkuli (ku przodowi od okolicy Broca).

Pacjent wypowiada poprawnie dźwięki i pojedyncze wyrazy. Trudności występują przy próbach rozpoczęcia samodzielnej wypowiedzi, występuje tzw. brak „inicjatywy werbalnej”.

- 4) Afazja akustyczno-gnostyczna – ma miejsce wskutek uszkodzenia tylnej części górnego zwoju skroniowego lewej półkuli. Uszkodzenie to jest przyczyną zaburzenia słuchu fonematycznego, tzn. zdolności rozróżniania i utożsamiania dźwięków mowy właściwych danemu językowi, a w konsekwencji – zaburzenie rozumienia, jak również zaburzenia prawidłowego odtwarzania brzmień wyrazów – bez właściwej kontroli słuchowej wy-mawiania.
- 5) Afazja akustyczno-mnestyczna – przyczyną jest uszkodzenie tylnej środkowej części lewego płata skroniowego. Występują wskutek tego zakłócenia trwałości słuchowych śladów słownych, zmniejsza się zakres odbioru bodźców słownych. Słuch fonematyczny jest w zasadzie zachowany.
- 6) Afazja semantyczna – jej przyczyną jest uszkodzenie styku trzech płatów: ciemieniowego, potylicznego i skroniowego lewej półkuli mózgu. Z tym obszarem związane są funkcje analizatorów: somestycznego (czucie ułożenia m.in. narządów mowy), wzrokowego i słuchowego.

Pacjenci, u których stwierdzono jedną z trzech pierwszych typów afazji, tj. afazję ruchową kinestetyczną, afazję ruchową kinetyczną czy też afazję dynamiczną wykazują zaburzenia czynności nadawania mowy, natomiast trzy pozostałe (afazja akustyczno-gnostyczna, afazja akustyczno-mnestyczna i afazja semantyczna dotyczą zaburzeń w odbiorze mowy (Tomaszewska-Volovici 1976: 6-7).

W przypadku przytoczonych przeze mnie za Łurią trzech typów afazji zachowane jest zasadniczo rozumienie mowy (Tomaszewska-Volovici 1976: 6-7). Należy przy tym podkreślić, iż w rzeczywistości rzadko u pacjentów występują tzw. czyste obrazy zaburzeń, które byłyby zgodne z modelowym typem afazji wg charakterystyki Łurii, gdyż uszkodzenie, szczególnie naczyniowe rzadko zlokalizowane jest tylko w jednej okolicy kory mózgowej. W praktyce najczęściej mamy do czynienia z różnymi postaciami afazji mieszanej (Tomaszewska-Volovici 1976: 6-7).

2. Pojęcie agramatyzmu

Agramatyzm jest pojęciem dającym się szybko zauważyć u osób z zaburzeniami mowy o typie afazji, ponieważ już pierwszy kontakt z pacjentem (zanim zostanie przeprowadzone badanie) pozwala osobie badającej dostrzec problem agramatyzmu w wypowiedzi pacjenta. „W opisach afazji agramatyzm wymieniany jest zawsze, stając się, obok zaburzeń artykulacji i nominacji, jednym z najbardziej typowych objawów afatycznej dezintegracji wypowiedzi” (Panasiuk 2019: 178). Tego rodzaju zaburzenia występują przede wszystkim przy uszkodzeniach przedniej części obszaru językowego, w tzw.

w afazji ruchowej. Polegają one na dominacji w wypowiedzi rzeczowników, często w pierwszym przypadku, chorzy opuszczają wyrazy funkcyjne posługują się tzw. stylem telegraficznym.

Agramatyzm jest przejawem językowych konsekwencji zaburzeń mechanizmów programujących czynności mowy. Etymologicznie pojęcie agramatyzm to „brak gramatyki”, tzn. „tych elementów językowych, które wyrażają wzajemne ustosunkowanie składników w zdaniu” (Tomaszewska-Volovici 1976: 5). Jednak pojęcie agramatyzmu należy rozpatrywać w szerszym aspekcie, gdyż dotyczy ono nie tylko braku elementów odpowiedzialnych za funkcje gramatyczne w zdaniu, ale również wszelkich zakłóceń poprawności gramatycznej zdań. Agramatyzm można także zdefiniować jako niezdolność gramatycznego formułowania i syntaktycznego uporządkowania słów w zdaniu. Agramatyczny sposób mówienia można porównać do procesu nabywania języka ojczystego i obcego jak również stylu telegraficznego. Prowadzone badania z zakresu afazjologii przyczyniły się do szerszego spojrzenia na problem agramatyzmu i oprócz znanego wcześniej agramatyzmu motorycznego, związanego z zaburzeniami typowymi dla afazji motorycznej, inaczej *non-fluent*, wyodrębniono zaburzenie gramatyczne typowe dla afazji sensorycznej (*fluent*), nazywając je paragramatyzmem. Cechuje go zubożenie zasobu leksykalnego, opuszczanie morfemów gramatycznych (Panasiuk 2019: 178).

Badania dotyczące tej nieprawidłowości w wypowiedzi prowadzone były już w latach 1902-1922, kiedy to w Niemczech pojawiły się prace na temat agramatyzmu. W roku 1913 ukazała się publikacja Arnolda Picka pt. *Die agrammatischen Sprachstörungen*, w którym autor podjął tematykę agramatyzmu. Rok później Erich Salomon w publikacji zatytułowanej *Motorische Aphasie mit Agrammatismus* (1914) opisał zagadnienie agramatyzmu ekspresywnego jak również agramatyzm receptywny (por. Tomaszewska-Volovici 1976: 10). Salomon po przeprowadzeniu badań doszedł do wniosku, iż te dwa zaburzenia są od siebie niezależne. Z kolei Max Isserlin w swojej książce z roku 1922 pt. *Über Agrammatismus* opisał pacjenta dobrze rozumiejącego formy gramatyczne, który jednakże wykazywał wyraźne trudności w formułowaniu poprawnych zdań (Tomaszewska-Volovici 1976: 10).

Problem agramatyzmu nie jest jednak przypisany tylko pacjentom z zaburzeniami charakterystycznymi dla afazji motorycznej. Przeprowadzone badania pozwoliły wyodrębnić agramatyzm motoryczny charakterystyczny dla zaburzeń mowy w wyniku afazji motorycznej oraz agramatyzm sensoryczny w afazji sensorycznej (wg Łurii akustyczno-gnostycznej). Z kolei Karl Kleist wprowadził termin „paragramatyzm” na oznaczenie nie tyle braku wykładników formalnych w mowie osób z afazją ruchową, ale ich błędnego stosowania, mieszania (Tomaszewska-Volovici 1976: 10). Pierwsze badania afazji przeprowadzono wśród pacjentów z uszkodzeniami przedniej części obszaru

mowy, które były związane z afazją motoryczną. W latach sześćdziesiątych pojawiły się z kolei badania dotyczące zaburzeń gramatyki związanych z uszkodzeniami tylnej części obszaru mowy i afazją sensoryczną. Chorzy z zaburzeniami motorycznymi w afazji charakteryzują się mową, w której występują analogiczne mechanizmy powodujące powstawanie agramatyzmów, które są wtórnie wywołane błędną artykulacją. Z kolei u chorych z zaburzeniami sensorycznymi są one wtórnie wywołane błędną percepcją, tj. mechanizm fonetyczny, powodujący zniekształcenie fonetycznej postaci morfemów oraz mechanizm systemowy, powodujący zakłócenia w dystrybucji jednostek systemu systemu fleksyjnego (Panasiuk 2019: 180). Należy zaznaczyć, że za językowe gramatyczne zaburzenia odpowiedzialne są dwa obszary w mózgu. Agramatyzm powstaje w wyniku uszkodzenia motorycznego centrum mowy zlokalizowanego w trzecim lewym zakręcie czołowym. W wyniku afazji motorycznej pacjenci zostają dotknięci agramatyzmem motorycznym, który charakteryzuje się stylem telegraficznym, tj. uproszczonym budowaniem zdań, dominuje styl nominalny wypowiedzi.

Paragramatyzm z kolei wyraża się w zakłóceniu konstrukcji zdań (Panasiuk 2019: 180). Również badania prowadzone w latach sześćdziesiątych w Stanach Zjednoczonych (por. Panasiuk 2019: 178) uwzględniały agramatyzm motoryczny w przypadku zaburzeń gramatycznych typowych dla afazji *non-fluent* (motorycznej) oraz paragramatyzm dla oznaczenia zaburzeń gramatycznych typowych dla afazji sensorycznej, tj. *fluent* (Panasiuk 2019: 178). Tak więc pojęcie paragramatyzm określa zaburzenia gramatyczne typowe dla afazji sensorycznej (*fluent*), w przypadku gdy pacjenci mówią płynnie. Z kolei agramatyzm sensoryczny powstaje u pacjentów w wyniku afazji sensorycznej (wg Łurii afazji akustyczno-gnostycznej).

3. Agramatyzm w aspekcie pragmatycznym (przykłady rozmów)

Poziom kompetencji językowej człowieka uwarunkowany jest jego wykształceniem, doświadczeniem językowym, rodzajem wykonywanej aktywności społecznej. W związku z tym w doborze materiału językowego należy uwzględnić zmienne socjologiczne jak również płeć, wiek. W swoich badaniach uwzględniłam trzydziestu pacjentów, w tym piętnastu z afazją ruchową (motoryczną) i piętnastu z afazją czuciową (sensoryczną) zarówno kobiet jak i mężczyzn w wieku do 65. roku życia z wykluczeniem innych chorób o charakterze neurodegeneracyjnym, tj. demencji, otępienia, choroby Alzheimera itp. Badałam pacjentów ze zdiagnozowaną afazją i lokalizacją w części środkowej lewej półkuli mózgu. Dane osobowe pacjentów zostały zmienione. Poszczególne próby przeprowadzałam wielokrotnie poprzez wykorzystywanie serii przykładów (zwykle 10) w celu określenia głębokości i dynamiki zaburzeń w różnych fazach procesu diagnostycznego. Posługuję się zmienionymi inicjałami, badania przeprowadzałam za zgodą komisji etycznej w Kli-

nice Neurologii w Kielcach w latach 2015-2022. W niniejszej publikacji przedstawiono wybrane przykłady badań, które przybliżają problemy, z jakimi muszą zmierzyć się pacjenci dotknięci problemem agramatyzmu w afazji.

Przykłady:

Dialog z pacjentem z zaburzeniami mowy o typie afazji ruchowej:

P (Pacjent) T (Terapeuta)

T: *Proszę opowiedzieć, dlaczego znalazł się Pan w szpitalu. Co się wydarzyło?*

P: *Tak...ja sam...sam...sam...i daleko...dom...sam...i ja...ja...sa...sam...i dni...nie mog.. wołać...pomoc...pomoc...sąsiad...sąsiad..pomocy...pomocy...tak czekać...nie mo..mogę..nic...karetka...szpital..teraz...*

W powyższej wypowiedzi mamy do czynienia z typowymi symptomami agramatyzmu, w której dominuje tzw. styl telegraficzny, charakterystyczny dla afazji motorycznej, mowa skandowana. Pacjent opuszcza wyrazy funkcyjne i odmienne formy czasowników, jak również końcówki fleksyjne. Zdania to raczej skróty myślowe, które terapeuta musi ułożyć sobie w całość. Ponadto występuje: prosta składnia zdania, zaburzony szyk zdania, często parafazje fonetyczne. Wypowiedź pacjenta z zaburzeniem mowy w wyniku afazji ruchowej wykazuje dominację rzeczowników, najczęściej w pierwszym przypadku.

W afazji ruchowej (kinestetycznej) obserwuje się w (lżejszych postaciach) zakłócenia płynności mowy na poziomie zdania, rozpad dynamicznych schematów składniowych. Powyższy przykład wypowiedzi pacjenta z zaburzeniem mowy w wyniku afazji ruchowej wykazuje dominację rzeczowników, najczęściej w pierwszym przypadku. Pacjent pomija wyrazy funkcyjne, posługuje się stylem telegraficznym. Pojawia się również problem z wypowiedzeniem dat. Pacjenci z afazją kinestetyczną często dotknięci są również dyzartrią. Pacjenci z zaburzeniami o charakterze motorycznym wykazywali trudności w doborze środków językowych odpowiedzialnych za stworzenie konturu przestrzennego, tj. brak zakorzenienia wypowiedzi w czasie. Ponadto u pacjentów obserwuje się trudności w zakresie rozumienia kategorii pojęć.

Z kolei pacjenci z afazją czuciową często używają niewłaściwych słów, ponadto występują u nich zaburzenia konstrukcji zdania.

Przykład:

T: *Proszę powiedzieć, jak doszło u Pana do choroby.*

P: *Ja to wszystko miałem, dwa dni ten tego, tak mi się zrobił...Ja nie jestem..., tak mi się popętniło, uraz tak no tak. K. (podaje swoje nazwisko) to miał rozum...Tak mi się popiernieiło, że nawet nie chce mi się gadać. Co K. (podaje swoje nazwisko) miał tutaj, to nikt tak nie miał. Ja bym tak chciał, żeby mi już...Tak mi się zważyło...*

T: *Od kiedy Pan przebywa w szpitalu?*
P. *Jutro...*
T. *Gdzie Pan mieszka?*
P. *To jest równa, to są tam, to jest główna...*
T. *Na ulicy Równej? (nazwa ulicy zmieniona)*
P. *...uhm*
T. *Co Panu dolega?*
P. *Trochę, dobrze jest.*
U. *Boli Pana głowa?*
P. *No..., nie wiem.*
U. *Kiedy się Pan urodził?*
P. *Tak dlatego ten..*
U. *Ile Pan ma lat?*
P. *Główne, ale..*

Wypowiedź pacjenta z zaburzeniami mowy o typie afazji sensorycznej (czuciowej) jest chaotyczna, występuje w niej tzw. „sałatka słowna”, w której przeważa użycie czasowników. Pacjent stosuje niewłaściwe okoliczniki czasu, nie odpowiada w pełni na zadane pytania, w wypowiedzi pojawiają się również neologizmy (*popiernieito*). Nieprawidłowa jest tzw. fluencja, którą należy rozumieć jako zaburzenie długości frazy w swobodnej, rozwiniętej wypowiedzi chorego. Pacjent nie odpowiada logicznie i z sensem na zadane pytania, ponieważ w znacznej części ich nie rozumie. Wypowiadane zdania charakteryzują się często ekspresją, jednak ich znaczenie jest zaburzone pod względem semantycznym.

Przykład

Pacjentka z afazją mieszaną (czuciowo-ruchową):

T. *Co Pani jadła dziś na obiad?*
P. *Wszystko na zewnątrz znamy, żeby wszystko przekazać...*
T. *Jaką zupę jadła Pani na obiad?*
P. *To była zupa..., taka..., o rany, jak mnie pije. I teraz tak właśnie...krupnik.*
T. *Krupnik z kaszą czy ryżem?*
P. *A wszystko razem było...*
T. *A na drugie danie co było?*
P. *A na drugie było.... Kawatek ogórka, kawatek....*
T. *Może kawatek mięsa?*
P. *No, no...*
T. *I co jeszcze było?*
P. *.....?*
T. *Może ziemniaki?*
P. *Ziemniaki też były, ryż też był.*
T. *A do picia?*

- P.?
- T. *Może kompot?*
- P. *No mówię Pani, kompot był.*
- T. *A gdzie Pani mieszka? Daleko stąd?*
- P. *To jest daleko...*
- T. *Ile to będzie kilometrów?*
- P. *... będzie 50 km...*
- T. *A dzieci gdzie mieszkają ?*
- P. *Jedno umarło mi, dwoje zostało...Ja w ... mieszkam, a on mieszka w....to jest takie...*
- U. *W innej miejscowości?*
- P. *Ja mieszkam na wsi a on się przeprowadził do miasta.*
- U. *A ilu ma Pani wnuków?*
- P. *Córka ma dwóch synów, syn ma jednego...*
- U. *Jak wnuki mają na imię?*
- P.? (Pacjentka nie odpowiedziała)

Wypowiedź pacjentki z afazją mieszaną charakteryzuje się ekspresyjnym stylem z przewagą czasowników, małą ilością rzeczowników. Należy zaznaczyć, że mamy w tym przypadku do czynienia z lżejszym spektrum afazji. Pacjentka stosuje wyrazy funkcyjne (czasowniki posiłkowe w czasie teraźniejszym, przyszłym i przeszłym: *jest, będzie, był*, zaimki osobowe: *ja, on*, spójniki: *a*, przyimki: *w, na, do*). W niektórych miejscach wypowiedzi brak spójności. Pacjentka nie odnosi się do zadanego pytania, co wskazuje na zaburzenia rozumienia jako syndromu afazji sensorycznej (czuciowej). Na pytanie o miejsce zamieszkania dzieci pacjentka również nie odpowiedziała w sposób logiczny. Podobnie jest z pytaniem dotyczącym ilości wnuków, mimo że płynność mowy jest zachowana. Ponadto pacjentka nie potrafiła wymienić imion swoich wnuków. Problemy pojawiły się zresztą już na początku rozmowy, kiedy to pacjentka wykazała trudności z nazwaniem posiłków.

Przytoczone przykłady potwierdzają zasadność stwierdzenia przenikania się zaburzeń gramatycznego aspektu języka w różnych typach afazji. Zmniejszenie zasobu leksykalnego można zaobserwować we wszystkich typach afazji, przy czym u pacjenta z afazją motoryczną stwierdzono zaburzenia płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych. Pojawiły się liczne zniekształcenia wypowiedzianych głosek, parafazje głoskowe. Wystąpiło ograniczenie tempa mowy, mowa skandowana. Prowadząc badania nad zaburzeniami mowy powstałych na skutek afazji należy uwzględnić w tym procesie indywidualność każdego człowieka, jego niepowtarzalność, gdyż zmysły dostarczają każdemu z nich subiektywnej wiedzy. Objawy afazji charakteryzują się dużą złożonością i niepowtarzalnością, dlatego też istnieje wiele propozycji podziału tych objawów. Sam sposób ujmowania tej problematyki jest odmienny

i zależy od tego, kim jest autor danej klasyfikacji, czy jest to lekarz, psycholog, logopeda czy lingwista. W w/w przypadku afazji motorycznej można także zaobserwować dominację rzeczowników, opuszczanie wyrazów funkcyjnych, elizje czasowników posiłkowych, substytucje przypadków oraz rodzaju, podatność na zaburzenia form fleksyjnych, morfemów fleksyjnych w różnych przypadkach rzeczownika. Należy również podkreślić fakt, iż pacjenci z afazją motoryczną wykazują duży deficyt w tekstach metajęzykowych. W swoich wypowiedziach tworzą neologizmy. Z kolei w tekście płynnie mówiącego pacjenta z afazją sensoryczną zauważa się zmniejszenie zasobu leksykalnego, częste powtarzanie wyrazów, w których pojawiają się liczne parafazje fonetyczne, opuszczanie wyrazów funkcyjnych i końcówek fleksyjnych.

Podsumowanie

Jak wynika z wcześniejszego opisu agramatyzm jest jednym z najbardziej typowych symptomów związanych z dezintegracją wypowiedzi u pacjentów z zaburzeniami mowy o typie afazji, obok zaburzeń artykulacji i nominacji. Należy jednak podkreślić, że afazja nie jest zjawiskiem jednolitym. W rzeczywistości u pacjentów rzadko występują objawy jednego z typów afazji, co także znajduje swoje odzwierciedlenie w przenikaniu się w wypowiedzi chorego symptomów agramatyzmu i paragramatyzmu. Agramatyzm w wyniku afazji ruchowej charakteryzuje się zaburzeniami płynności i automatyzacji ruchów artykulacyjnych, mowa jest skandowana, występują zniekształcenia wypowiedzianych głosek, parafazje głoskowe, tzw. styl telegraficzny wypowiedzi. Pacjenci mogą się również posługiwać prostymi zdaniami. Ze względu na spowolnioną mowę pacjentów z takimi zaburzeniami możliwe jest wnikliwe badanie tych aspektów. „U chorych z zaburzeniami motorycznymi w afazji zauważa się występowanie analogicznych mechanizmów powodujących powstawanie agramatyzmów, które wtórnie są wywołane błędną percepcją, tj. mechanizm systemowy, powodujący zakłócenia w dystrybucji jednostek systemu fleksyjnego” (Panasiuk 2019: 180).

Na podstawie wcześniejszych badań nad afazją w zakresie agramatyzmu stwierdzono różnice w tzw. „zachowaniu gramatycznym” wśród pacjentów z afazją motoryczną i sensoryczną. Za językowe zaburzenia gramatyczne odpowiedzialne są dwa obszary w mózgu, tj. agramatyzm powstaje w wyniku uszkodzenia motorycznego centrum mowy, który zlokalizowany jest w trzecim lewym zakręcie czołowym. Kleist wyróżnił dwa rodzaje zakłóceń gramatycznych, tj. agramatyzm charakteryzujący się stylem telegraficznym, prostym budowaniem zdań oraz paragramatyzm wyrażający się w zakłóceniach konstrukcji zdania (Kleist 1934: 737 f.). Z przeprowadzonych badań w wypowiedziach afatycznych w aspekcie gramatycznym dostrzega się zaburzenia fleksji wyrażające się w redukcji form morfemów, neutralizacji fleksyjnego

nacechowania form gramatycznych wyrazów. W świetle teorii Kurta Goldsteina (1948) afatyczne zaburzenia gramatyki można ująć rozróżniając dwa rodzaje agramatyzmu, tj. agramatyzm myśli, przejawiający się w zakłóceniach szyku wypowiedzi oraz agramatyzm języka, wyrażający się trudnościami we właściwym użyciu reguł gramatycznych, a także niepoprawnym stosowaniu funktorów.

Analizy materiału językowego wykazały, że w wypowiedziach afatycznych następuje redukcja form lub funkcji morfemów fleksyjnych, tendencja do mieszania wykładników gramatycznych funkcji wyrazu, użycie nieprawidłowych paradygmatów odmiany wyrazów, a także objawy neutralizacji fleksyjnego nacechowania form gramatycznych wyrazów. Zjawiska te można by było uznać za przejaw afatycznej dezintegracji języka, rozpad systemu, utratę sprawności językowych. Zjawiska gramatyczne w wypowiedziach osób z afazją wykazują minimalizowanie morfologii, przejawem tego staje się m.in. unieruchomienie formy fleksyjnej rzeczownika w mianowniku, a czasownika – w bezokoliczniku (Panasiuk 2019: 208).

Na uwagę zasługuje fakt, że badania zaburzeń mowy o typie afazji prowadzone są już od ponad stu lat. Prowadzone są one przez naukowców różnych dyscyplin naukowych, tj. lingwistów, neurologów czy też psychologów. Prowadzenie badań zarówno z pacjentami z zaburzeniami afatycznymi obli-guje do indywidualnego podejścia wobec każdego pacjenta. Nie ulega wątpliwości, że każdy człowiek, również ten dotknięty pewnym ograniczeniem z powodu afazji wykazuje potrzebę komunikacji, chociaż dochodzi do sytuacji, kiedy intencje tych osób nie są właściwie realizowane. System językowy w afazji jest systemem danej społeczności językowej. Trudności w aktualizacji kodu językowego spowodowane są biologicznym uszkodzeniem mózgu. Należy zaznaczyć, że stopień zaburzeń językowych zależy od stopnia jego uszkodzenia. W przypadku zakłóceń mechanizmów językowych (w tym przypadku gramatyki) uruchamiane zostają mechanizmy kompensacyjne, które wyznaczają sposób użycia języka przez człowieka z afazją. Ta skomplikowana korelacja między językiem i mózgiem oraz mózgiem i językiem w wielu aspektach zachęca do prowadzenia dalszych badań w afazjologii, ponieważ obserwacje pacjentów z zaburzeniami afatycznymi odgrywają istotną rolę w zrozumieniu dysfunkcji mózgu, jak również są źródłem tworzenia modeli o procesach uczenia się i funkcjach.

Bibliografia

- Blanken Gerhard, (1991), *Einführung in die linguistische Aphasologie. Theorie und Praxis*, Freiburg: HochschulVerlag.
- Goldstein Kurt, (1948), *Language and Language Disturbances*, New York. NY: Ronald Press.
- Grabias Stanisław, (2012), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wyd. UMCS.
- Kleist Karl, (1934), *Gehirnpathologie*. Leipzig: Barth.
- Maruszewski Mariusz, (1996), *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa: PWN.

- Niekra Urszula (2017), *Wielojęzyczność u osób z zaburzeniami o typie afazji. Rekoncesans zagadnień*, [w:] *Logopedia*: Wyd. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Lublin, s. 211-218.
- Panasiuk Jolanta, (2013), *Afazja a interakcja. Tekst – metaTekst – konTekst*, Lublin: Wyd. UMCS.
- Panasiuk Jolanta, (2019), *Język a komunikacja w afazji*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Pąchalska Maria, (2012), *Afazjologia*, Warszawa: Wyd. PWN.
- Peuser Günter, (1978), *Aphasie. Eine Einführung in die Patholinguistik*, München.
- Pick Arnold, (1913), *Die agrammatischen Sprachstörungen. Studien zur psychologischen Grundlegung der Aphasielehre*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Tomaszewska-Volovici, Hanna, (1976), *Agramatyzm w afazji*, PAN, Wrocław.
- Wallesch Claus, Papagno C, (1988), *Subcortical aphasia*, [w:] *Aphasia*, red. Clifford R.F., Whurr R., Wyke M.A., Whurr Publishers, s. 49-78.

Aleksandra Matysiak

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ORCID: 0000-0002-7124-0453

Julita Woźniak

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
ORCID: 0000-0002-2691-1609

Dlaczego konar nie płonie. Środki językowe wykorzystywane w reklamach suplementów na potencję

Streszczenie

Celem artykułu jest opisanie badania wybranych reklam suplementów diety na potencję. Wyniki analizy wskazują na różnorodne środki językowe i techniki wpływu społecznego, które są wykorzystywane w tego typu reklamach, aby stworzyć wysoce skuteczny przekaz reklamowy. Jednym z najczęściej używanych środków językowych są metafory konceptualne, których zadaniem jest pobudzanie wyobraźni potencjalnych klientów w taki sposób, aby mogli sobie zwizualizować sytuację konsumpcyjną. Przedstawione badanie ma charakter pilotażowy i jest punktem wyjścia do dalszych, bardziej pogłębionych analiz w obszarze reklam innych typów suplementów diety. Upowszechnianie wyników tego typu badań może znacząco przyczynić się do rozwijania umiejętności krytycznego myślenia u odbiorców reklam artykułów farmaceutycznych.

Słowa kluczowe: reklama, suplementy diety, potencja

Why the branch does not burn.

Language means used in advertisements for potency supplements

Abstract

The aim of the article is to describe the study of selected examples of advertisements for potency dietary supplements. The research analysis points to various language means and techniques of social influence that are used to create highly effective advertising messages. One of the most frequently used language means are conceptual metaphors that are supposed to stimulate the prospective buyers' imagination so that they can visualise consuming situation. The present analysis is a pilot study and a starting point for further research on advertisements for other types of pharmaceuticals and para-pharmaceuticals. Dissemination of such research findings can vastly contribute to improving the skill of critical thinking among potential recipients of advertisements for pharmaceutical products.

Keywords: advertisement, dietary supplements, potency

Wstęp

Reklamy różnego typu artykułów farmaceutycznych stały się wszechobecne w przestrzeni społecznej, a uniknięcie kontaktu z nimi jest już właściwie niemożliwe. Jak pokazują badania, wydatki sektora farmaceutycznego na reklamy leków i suplementów diety rosną z roku na rok. Od 2011 roku bran-

za ta znajduje się w ścisłej czołówce reklamodawców i pod względem wydatków na reklamy ustępuje tylko producentom żywności i napojów (Stysiak i Sudak 2016). Według raportu firmy Deloitte opracowanego we współpracy z Bankiem DNB Polska w 2016 roku¹, wydatki Polaków na leki rosły w ostatnich dziesięciu latach średnio o 4,4% rocznie. Z kolei analizy domu mediowego Codemedia pokazują, że w pierwszym kwartale 2017 roku sektor farmaceutyczny przeznaczył na promocję ponad 311 milionów zł, czyli o 10% więcej niż rok wcześniej². Tak ogromne środki finansowe zainwestowane w działania promocyjne muszą przynieść wymierne korzyści, nie dziwi więc fakt, iż twórcy reklam uciekają się do coraz bardziej wyrafinowanych metod tworzenia tekstów reklamowych. Różnorodne środki językowe i techniki wpływu społecznego używane w reklamach mają na celu wykreowanie wysoce skutecznego przekazu reklamowego, który trafi do potencjalnych konsumentów. Celem artykułu jest przedstawienie badania reklam suplementów diety na przykładzie suplementów na potencję. Wyniki analizy najważniejszych środków językowych wykorzystanych w tych reklamach pozwalają na refleksję nad zagadnieniem sposobu tworzenia tego typu przekazu reklamowego, a także nad kwestią rozpoznawania jego warstwy perswazyjno-manipulacyjnej.

Pojęcie reklamy

Leksem 'reklama' wymyka się próbom jednoznacznego zdefiniowania, gdyż definicja tego pojęcia zależy od przyjętej perspektywy badawczej (lingwistycznej, socjologicznej, psychologicznej, ekonomicznej, itd.). Teoria komunikacji (wspomagana teorią dyskursu społecznego) definiuje reklamę jako „swoisty, intencjonalny akt komunikacyjny, zorganizowany w sposób świadomy, mający określony cel komunikacyjny (namówić odbiorców do nabycia danego produktu) i zakłada określone warunki jego realizacji” (Awdziejew 2010: 233). Na potrzeby badań językoznawczych reklamę określa się także jako akt komunikacji posiadający następujące cele: cel informacyjny (informowanie odbiorcy o produktach, usługach, itp.), cel perswazyjny (nakłanianie odbiorcy do podjęcia działania, w tym przypadku zakupu reklamowanego produktu) i cel perlokucyjny (działanie odbiorcy, które zostaje podjęte w wyniku reakcji na przekaz reklamowy) (Sokół-Klein 2014)³.

Aby osiągnąć powyższe cele, przekaz reklamowy powinien działać zgodnie z tzw. schematem AIDA, którego nazwa jest akronimem słów: A – *attention* (uwaga), I – *interest* (zainteresowanie), D – *desire* (pożądanie), A – *action* (działanie) (Sokół-Klein 2014). Schemat ten opisuje proces, na który

¹ Raport Banku DNB Polska i Deloitte 2016.

² Raport wirtualnemedial.pl 2016.

³ Więcej informacji na temat celów i funkcji komunikatu reklamowego czytelnik znajdzie m.in. w pozycjach: Lewiński (1999), Albin (2002) i Lubaś (2006).

składa się zwrócenie uwagi potencjalnego klienta na dany produkt, zainteresowanie go tym produktem, wzbudzenie chęci do posiadania go, a w końcu – nakłonienie do dokonania zakupu. Mając na uwadze powyższy schemat można wyróżnić szereg elementów tworzących reklamę, które wpływają na skuteczność przekazu reklamowego. Należą do nich m.in. elementy wizualne, slogan, nagłówek i sam tekst reklamowy (w przypadku reklam wizualnych dwa ostatnie elementy mogą zostać pominięte).

Termin ‘slogan’ ma dwa znaczenia, tzn. „slogan firmowy” lub „hasło reklamowe”⁴. Slogan firmowy reprezentuje strategię marketingową firmy i przekazuje jej trwałe przesłanie (np. „Wedel – fabryka przyjemności”, „L’Oreal. Ponieważ jestem tego warta.”), podczas gdy hasło reklamowe może zostać stworzone na potrzeby jednego produktu (Sokół-Klein 2014). Slogan (bez rozróżnienia na slogan firmowy i hasło reklamowe) jest też definiowany jako komunikat perswazyjny, czyli najkrótsza definicja marki, która przedstawia korzyści, jakie „w związku z nabyciem marki obiecuje nadawca komunikatu” (Kołodziej 2002: 99).

Badając perswazyjno-manipulacyjny⁵ charakter przekazu reklamowego, należy odnieść się do teorii opisujących techniki wywierania wpływu społecznego, które umożliwiają wpływanie na odbiorcę w sposób zakamuflowany. Należą do nich m.in.:

- a) reguła wzajemności tzn. wywoływanie wśród klientów poczucia zobowiązania zgodnie z zasadą wzajemności (Cialdini 2007: 20-22), np. darmowe próbki kosmetyków dołączone do reklam w czasopismach dla kobiet;
- b) reguła społecznego dowodu słuszności tzn. dane zachowanie można uznać za właściwe, gdy inni też tak postępują (w reklamie są to np. celebryci lub osoby często spotykane, np. sąsiad, przyjaciel, członek rodziny, itp.). Twórcy reklam wykorzystują tę zasadę za pomocą kwantyfikatorów ogólnych typu „każdy”, „wszyscy”, a także kwantyfikatorów ilościowych ta-

⁴ W literaturze przedmiotu można także spotkać pojęcie „slogo” tzn. wyrażenie, które jest na stałe połączone z produktem i znajduje się na każdej reklamie tego produktu, które odróżniane jest od terminu „slogan” rozumianego jako wyrażenie, które może być przypisane jednej linii danego produktu i pojawić się w czasie jednej kampanii reklamowej. Por: Cook (1992), Goddard (2002).

⁵ Różnicę między perswazją a manipulacją można wyjaśnić odnosząc się do kwestii, czy odbiorca danego komunikatu jest świadomy tego, że w danym momencie jest do czegoś przekonywany. Perswazja jest jawnym oddziaływaniem na odbiorcę, jak mówi Lewiński, „jest procesem komunikacyjnym mającym na celu wywarcie wpływu na sposób postrzegania świata przez odbiorcę (zmianę lub modyfikację jego postaw, poglądów, wierzeń, przekonań, sądów) w celu osiągnięcia określonych efektów perlokucyjnych, przy czym odbiorca musi dysponować wolnością wyboru” (2001: 292). Natomiast manipulacja to „ukryty, zakamuflowany sposób narzucania poglądów, postaw, wartości i decyzji jednostce, który pozbawia ją świadomości tego narzucania, nie daje możliwości innych rozwiązań danego problemu czy też swobodnego wyboru – przez wywieranie określonej (np. psychicznej, społecznej) presji” (Kudra i Kudra 2004: 93).

kich jak liczebnik nieokreślony „wiele” (np. „zaufało nam już milion klientów”, „dołącz do najlepszych.” itp.);

- c) reguła autorytetu – autorytetem jest tu ekspert w danej dziedzinie lub ktoś, kto może zaimponować potencjalnemu nabywcy produktu. Odbiorcy reklam nie zdają sobie jednak sprawy z tego, że osoby występujące w reklamach to tylko aktorzy przebrani za lekarza, dietetyka, itp;
- d) reguła niedostępności tzn. atrakcyjniejsze jest to, co jest trudniejsze do zdobycia. Reguła ta widoczna jest w reklamach w formie sformułowań typu „oferta limitowana”, „liczba miejsc ograniczona”, itp. (por. Sokół-Klein 2014).

Poza technikami wpływu, autorzy przekazów reklamowych wykorzystują także różnorodne środki językowe, dzięki którym również mogą – w sposób niejawni – wpływać na odbiorcę. Jadwiga Puzynina (1992) dzieli środki językowe na dwie grupy:

- 1) Środki językowe, które pełnią rolę ozdobników stylistycznych, czyli wpływają na komfort odbioru danego przekazu reklamowego. Należą do nich m.in. rym, paralelizm, peryfraza, metonimia i metafora. Autorka zalicza do tej kategorii także aspekt audialno-wizualny reklam (ozdobna czcionka, kolorystyka i dźwięk), gdyż, jak twierdzi, „właściwa tym środkom funkcja poetycka, skupiająca uwagę odbiorcy na samej formie tekstu, osłabia reakcje intelektualne odbiorcy, stanowi o ograniczeniu jego krytycyzmu” (Puzynina 1992: 219);
- 2) Środki językowe, które służą do niejawnego przekazu treści, takie jak: wyrazy nieostre znaczeniowo (wspominane już kwantyfikatory), wieloznaczne struktury gramatyczne (np. wieloznaczne wykładniki modalne), czy struktury uniemożliwiające negację (np. pytanie „Za co kobiety kochają produkt...?” zawiera presupozycję, że kobiety kochają ten produkt.).

Jednym z najczęściej wykorzystywanych środków językowych w reklamach są metafory konceptualne ze względu na fakt, iż są one immanentnym elementem procesu myślowego (por. Lakoff i Johnson 1980). Tworzą podobieństwa dzięki temu, że umożliwiają konceptualizowanie pojęć bardziej abstrakcyjnych w kategoriach doświadczeń znanych, w tym – doświadczanych na poziomie cielesnym. Metafory są wyraźnie widoczne w obszarze medycyny (np. „walczyć z chorobą”), a siła ich oddziaływania „na nasz sposób myślenia, a co za tym idzie na nasze działania, jest odwrotnie proporcjonalna do świadomości ich istnienia” (Rybarkiewicz 2017: 114). Metafora pozwala więc przeformułować złożony problem i przybliżyć zagadnienie medyczne osobom, które nie znają się na medycynie (Periyakoil 2008).

Opisując zasadnicze komponenty przekazu reklamowego należy także wspomnieć o konieczności zaangażowania emocjonalnego odbiorcy, czyli pokierowania jego procesem myślowym w taki sposób, aby ostatecznie podjął decyzję o kupnie reklamowanego produktu. W tym celu przekaz rekla-

mowy musi zmobilizować odbiorcę do tego, aby wykreował w swoim umyśle sytuację konsumpcyjną. Jak pisze Aleksy Awdiejew:

(...) producenci sprzedają nie produkty, lecz wyobrażenie o produktach. Zadaniem skutecznej reklamy jest wykreowanie w wyobraźni jej odbiorców pożądanej przez nich i zgodnej z ich motywacją zewnętrzną i wewnętrzną sytuacji konsumpcyjnej dotyczącej samego produktu. Taka sytuacja nie musi być przekazana bezpośrednio w reklamie (produkty spożywcze nie muszą być konieczne reklamowane przez ich jedzenie i picie (...)). Sam charakter produktu lub usługi może uniemożliwić przedstawienie sytuacji konsumpcyjnej. Reklama może w sposób metonimiczny przedstawić tylko jakiś istotny składnik lub składniki tej sytuacji, którą odbiorca sam dobuduje w swojej wyobraźni. (2000: 237-238).

Tak więc reklama, która potrafi pobudzić wyobraźnię odbiorcy, uruchamia tym samym wizualizację sytuacji konsumpcyjnej wywołując emocje, które sprzyjają zakupowi reklamowanego produktu. Wizualizacja jest bowiem „procesem aktywizowania doświadczeń zmysłowych (percepcyjnych) i emocjonalnych w celu wykorzystania zasobów psychicznych dla przyszłych planów i ich realizacji” (Paul-Cavallier 1994: 62). Do najefektywniejszych sposobów pobudzania wyobraźni należą właśnie metafory, gdyż odsyłają odbiorcę reklamy do dwóch standardowych płaszczyzn wyobrażeniowych uruchamiają u niego podwójną wizualizację⁶.

Przekaz reklamowy najczęściej zawiera niejawne techniki wpływu i środki językowe, które mają przekonać odbiorcę do zakupu określonego produktu. Dużo rzadziej można znaleźć w reklamach rzeczowe i uczciwe informacje. Jak zauważa Jerzy Bralczyk, reklama „manipuluje udawaniem. Udawaniem, że jest prawdziwym, rzetelnym i weryfikowalnym komunikatem (...)” (2000: 51). W kolejnej części artykułu przedstawiona zostanie analiza reklam wybranych artykułów farmaceutycznych pod kątem perswazyjno-manipulacyjnym.

Opis badania

Celem przedstawionego badania była analiza środków językowych, które wykorzystywane są w reklamach suplementów diety wspomagających erekcję. Ze względu na dużą ilość tego typu suplementów dostępnych na polskim rynku farmaceutycznym, na potrzeby artykułu wybrane zostały suplementy, których reklamy w ostatnich latach pojawiały się relatywnie często w telewizji i internecie. Analizie poddane zostały reklamy następujących suplementów diety: Braveran, Mensil i Maxigra Go.

⁶ Równie skutecznym sposobem wywoływania wizualizacji jest metonimia, która pozwala na przedstawienie tylko atrakcyjnych cech produktu (część za całość) lub na umieszczenie produktu w atrakcyjnym otoczeniu (część przez całość). Por: Habrajka (2010).

Przedstawiony poniżej opis sposobu konstruowania reklam wybranych produktów wymaga uporządkowania określeń używanych w sektorze farmaceutycznym i uszczegółowienia pojęcia „suplement diety”. Pod ogólnym pojęciem „artykuł/ środek farmaceutyczny” używanym w kontekście handlowym mogą się kryć substancje o różnym statusie farmakologicznym, dlatego aby wyjaśnić pojęcie „suplement”, należy odwołać się do ustaleń legislacyjnych. Środkiem farmaceutycznym może być lek (produkt leczniczy), suplement diety, wyrób medyczny, lub dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego. Zgodnie z prawem farmaceutycznym lek to „substancja lub mieszanina substancji, przedstawiana jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawana w celu postawienia diagnozy lub w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne”⁷. Suplement diety to produkt złożony z substancji odżywczych i traktowany jako uzupełnienie właściwej diety⁸. Jest to skoncentrowane źródło witamin, minerałów lub innych substancji. W świetle ustawodawstwa Unii Europejskiej, suplement diety nie jest lekiem, a jego celem nie jest leczenie chorób, ale wzmacnianie kondycji psychofizycznej, jest on więc przeznaczony przede wszystkim dla ludzi zdrowych. Definicja wyrobu medycznego jest bardzo szeroka i oznacza nie tylko środki, które można spożywać, ale także narzędzia, przyrządy, urządzenia, oprogramowania, materiały oraz inne artykuły, które służą do „diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia choroby; diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia; badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego; regulacji poczęć”⁹. Z kolei dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego to produkt, który cechuje się specjalnym składem lub sposobem przygotowania i służy do zaspokajania szczególnych potrzeb żywieniowych¹⁰. Zgodnie z przepisami reklama suplementu diety nie może sugerować, że dany produkt „leczy”, dlatego twórcy reklam obchodzą te ustawowe obostrzenia używając np. nieprecyzyjnych sformułowań typu „wspiera”, „działa korzystnie”, „przyczynia się do prawidłowego funkcjonowania”, itp. (por. Haławin 2018). Biorąc pod uwagę powyższe rozróżnienie formalne,

⁷ Ustawa z dn. 6 września 2001r. *Prawo farmaceutyczne*. Cechą wyróżniającą lek jest zmienny i skomplikowany proces wprowadzenia go na rynek. Wymaga on zatwierdzenia danego leku przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPLW MiPB). Leki są monitorowane przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną, której pracami kieruje Główny Inspektor Farmaceutyczny. PIF odpowiada także za wycofanie preparatu z rynku, gdy stwierdzone zostaną nieprawidłowości.

⁸ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o *bezpieczeństwie żywności i żywienia*. Rozdział 7.

⁹ Ustawa z dn. 20 maja 2010 r. o *wyrobach medycznych*.

¹⁰ Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o *bezpieczeństwie żywności i żywienia*. Rozdział 6.

analizie przedstawionej w dalszej części artykułu zostały poddane reklamy suplementów diety, których celem jest zwiększenie potencji u mężczyzn.

Suplementy diety wspomagające erekcję są znaczącym komponentem sektora farmaceutycznego ze względu na fakt, iż w ciągu ostatnich kilku lat zaburzenia erekcji i trudności z potencją stały się poważnym problemem, na który uskarża się coraz więcej mężczyzn w różnym wieku. Szacuje się, że dotyczą one około 16% mężczyzn w wieku 20-75 lat, przy czym aż 22% mężczyzn w przedziale wiekowym 20-40 lat (Stróżyk 2019). Rynek farmaceutyczny próbuje jednak zaradzić tego typu problemom. Dostępnych jest obecnie wiele rodzajów środków, które – według zapewnień producentów – pozwalają skutecznie zniwelować zaburzenia erekcji. Ponadto, temat potencji stopniowo przestaje być uznawany za tabu, w wyniku czego nie tylko zauważalnie wzrosła liczba dostępnych suplementów diety wspomagających potencję, lecz również zwiększyła się liczba reklam telewizyjnych (krótkie spoty) i internetowych (spoty umieszczane na stronach społecznościowych typu Facebook oraz dostępne m.in. w serwisie YouTube). Suplementy te – dostępne bez recepty – reklamowane są jako środki, które są w stanie pomóc większości mężczyzn w odbudowie ich sprawności seksualnej, a koncerny farmaceutyczne stosują różnorodne strategie mające zachęcić widza do zakupu danego środka. Wśród nich znaleźć możemy m.in. strategię polegającą na wzbudzaniu zaufania do produktu poprzez odwołanie się do autorytetu w postaci lekarza specjalisty w danej dziedzinie lub operowanie danymi procentowymi mającymi potwierdzić skuteczność danego farmaceutyku (por. Cialdini 2007: 157-175). Inna strategia nastawiona jest na odwoływanie się do skuteczności i precyzji działania środka poprzez próbę wykazania, iż dany suplement/ lek rozwiązuje problem „od ręki”, daje długotrwały efekt i – co najważniejsze – oddziałuje bezpośrednio na ten obszar organizmu, który sprawia problem (Haławin 2018). Ważną strategią komunikacyjną w reklamach artykułów farmaceutycznych jest również odwołanie się do emocji, czyli zadowolenia lub satysfakcji jaką nabywca odczuje wkrótce po zażyciu danego preparatu (Haławin 2018). O ile reklamy leków i suplementów diet często wykorzystują w swoich spotach motyw szczęścia rodzinnego, w przypadku środków wspomagających potencję są to raczej odwołania do nadzwyczaj udanego życia seksualnego. Równie istotną rolę w zainteresowaniu potencjalnego konsumenta danym produktem, zapamiętaniu go, a w końcu zakupu odgrywa dobór środków językowych takich jak metafory, eufemizmy, wyrażenia polisemiczne czy neologizmy (por. Bralczyk 2004, Lewiński 1999). Jako akt mowy – niezależnie od tego, czy stanowi tekst mówiony czy też pisany – reklama tego typu pełni wszystkie funkcje wypowiedzi, a mianowicie informuje, wyraża emocje, nawiązuje kontakt, motywuje do działania i zapewnia wrażenia estetyczne (Jakobson i Halle 1964).

Braveran

Zgodnie z informacjami zawartymi w ulotce, suplement diety o nazwie Braveran¹¹ przeznaczony jest dla mężczyzn, którzy chcą uzupełnić swoją dietę o składniki wpływające pozytywnie na potencję. Według zapewnień producenta, suplement pomaga zachować sprawność seksualną i wywołać erekcję już w ciągu jednej godziny po zastosowaniu. Farmaceutyk ten doczekał się kilku głośnych reklam telewizyjnych. Jedną z tych, które odbiły się najszerzym echem w mediach, pochodzi z roku 2014. Na kanale YouTube¹² można znaleźć ją w całości pod nazwą *Braveran – prawdziwy mężczyzna na biwaku* (Rys. 1). Trzydziestosekundowy spot przedstawia krótką animację, której głównymi bohaterami jest para przebywająca na kempingu. Mężczyzna próbuje rozpałić ognisko, jednak żadna z drewnianych belek nie chce zapłonąć. Mężczyzna wydaje się być tym faktem sfrustrowany, a towarzysząca mu kobieta głęboko rozczarowana (w dodatku trzęsie się z zimna). Sytuacji tej towarzyszy komentarz lektora o następującej treści „Prawdziwy mężczyzna radzi sobie w każdej sytuacji – wie, jakiej rozpałki użyć, kiedy konar nie chce zapłonąć”. Słowa „rozpałka” i „konar” są tutaj silnie zaakcentowane. Następnie lektor wyjaśnia działanie Braveranu, a tymczasem na ekranie widzimy, iż w tym czasie udało się rozpałić ognisko. Mężczyzna zaczyna się szelmowsko uśmiechać, a kobieta niemal oblizuje wargi. Następnie para udaje się razem do namiotu. Na zakończenie spotu pojawia się opakowanie suplementu wraz ze sloganem widocznym na ekranie: „Efekt po Braveranie masz na zawołanie”.

Autor powyższego spotu reklamowego używa metafory do zilustrowania problemu z erekcją. Dosłowne znaczenie sformułowania „Kiedy konar nie chce zapłonąć” odnosi się do trudności z rozpaleniem ogniska, jednak odczytanie ukrytego przekazu tego stwierdzenia nie wymaga od widza szczególnie wytężonej gimnastyki umysłu. Całość animacji składa się z symboliki przywodzącej na myśl penisa we wzwodzie (ułożone w falliczny kształt belki na ognisku czy nawet rośliny rosnące wokół jeziora). Co ciekawe, powiedzenie „kiedy konar nie chce zapłonąć” przeszło na stałe do codziennego języka i od razu kojarzone jest z wyżej opisaną reklamą. Używa się go zarówno w rozmowach towarzyskich, jak i w różnego rodzaju grafikach (memach internetowych), często w prześmiewczym tonie (Rys. 2).

¹¹ Producentem suplementu Braveran jest firma Aflofarm Farmacja Polska Sp. z o.o.

¹² https://www.youtube.com/watch?v=3suB9y_KIXk (dostęp: 29.05.2022).



Rys. 1. Spot reklamowy Braveranu z 2014, zatytułowany *Prawdziwy mężczyzna na biwaku* (źródło: YouTube)



Rys. 2. Grafika autorstwa Tomasza Wilczkiewicza

Jeden z supermarketów również postanowił zachęcić klientów do odwiedzenia lokalu i zakupu wina korzystając z chwytliwego sloganu (Rys. 3).

Nie obyło się jednak bez kontrowersji wokół tej reklamy, tzn. zdaniem wielu komentatorów jest ona seksistowska¹³ – ma bowiem obrażać mężczyzn (zdanie „prawdziwy mężczyzna radzi sobie w każdej sytuacji (...)” oraz „(...) wie, jakiej rozpałki użyć”) sugerując, że problem z erekcją nie przystoi mężczyźnie, bo jest „niemęski”, czyni więc takiego mężczyznę słabym i bezwartościowym, innymi słowy „nieprawdziwym”. Drugi istotny problem z tego typu reklamami wskazywany przez autorów blogów czy dziennikarzy

¹³ <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,115167,22074922,gdy-konar-zaplonie-m-ozna-na-nim-jakiz-dowcipny-ten-copywriter.html> (dostęp: 30.05.2022).

to fakt, iż w Polsce dostęp do antykoncepcji jest dla kobiet utrudniony, natomiast w przypadku mężczyzn nie ma podobnych ograniczeń¹⁴. Autorka wpisu zauważa, że kiedy tylko męska „niepohamowana chęć znajdzie ujście przy kobiecie, ona nie będzie mogła zażyć tabletki >>dzień po<<, sięgając po nią w tak łatwy sposób, jak facet po tabletkę-rozpałkę dla swojego konara”¹⁵. Opisując reklamę Braveranu, warto nadmienić, iż „doczekała” się ona oficjalnej skargi od jednego z widzów, złożonej do Komisji Rady Etyki Reklamy¹⁶. Skarga została uznana za bezzasadną.



Rys. 3. Reklama w jednym z centrów handlowych (źródło: Facebook)

Oprócz rozpalania ogniska, autorzy reklam Braveranu wykorzystują również porównanie aktu seksualnego do dokowania statku kosmicznego (Rys. 4). Tym razem animowany spot z 2015 roku pokazuje kobietę i mężczyznę jako parę kosmonautów siedzących za kokpitem rakiety kosmicznej¹⁷. Nieoczekiwanie jednak pojawiają się problemy z mocą i zaburza to możliwość dokowania do stacji (uszkodzony ster na pulpicie przypomina kształtem penisa). Z pomocą przychodzi wtedy Braveran, dzięki któremu bohaterowie szybko pozbywają się mundurów, a dokowaniu towarzyszy nieskrywana roz-

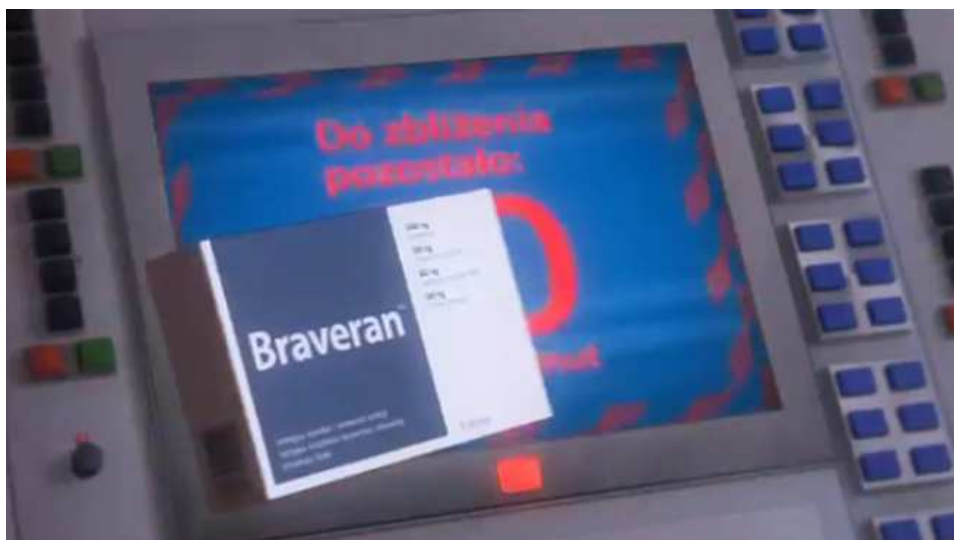
¹⁴ <https://noizz.pl/lifestyle/seksistowskie-reklamy-srodkow-na-potencje-dla-mezczyzn/8lcnt4z> (dostęp: 30.05.2022).

¹⁵ <https://noizz.pl/lifestyle/seksistowskie-reklamy-srodkow-na-potencje-dla-mezczyzn/8lcnt4z> (dostęp: 30.05.2022).

¹⁶ <https://www.rynekaptek.pl/farmakologia/konar-nie-chce-zaplonac-a-widzowie-plona-ze-w-stydu,7222.html> (dostęp: 30.05.2022).

¹⁷ <https://www.wirtualnemedi.pl/artukul/zblizenie-z-moca-w-stacji-kosmicznej-reklamuje-braveran-wideo> (dostęp: 30.05.2022).

kosz malująca się na twarzy kosmonautki. Na ekranie widać cyfry oznaczające odliczanie czasu, jaki pozostał do momentu „zbliżenia” („Do zbliżenia pozostało...”). Po kilku sekundach statek dokuje bez najmniejszych problemów (cały obraz budzi oczywiste skojarzenia z aktem seksualnym). Lektor przy tym podkreśla, że produkt ułatwia u mężczyzn wywołanie i wzmocnienie erekcji, a hasło reklamowe wieńczące spot brzmi: *Braveran – staje na wysokości zadania*.



Rys. 5. Kadr z reklamy Braveranu z hasłem *Braveran – staje na wysokości zadania*

Wydaje się, iż kreatywność twórców animowanych spotów reklamowych przekonujących o niezawodnym działaniu Braveranu nie zna granic. W październiku 2016 roku światło dzienne ujrzała kolejna tego typu reklama, której hasłem było zdanie *Zostań królem strzelców* (Rys. 6) i która nawiązywała do stylistyki transmisji meczów piłki nożnej¹⁸. Akcja spotu toczy się niejako dwutorowo, reklama bowiem jednocześnie pokazuje grupkę kibiców emocjonujących się przed telewizorem transmisją piłkarską nadawaną na żywo oraz parę w sypialni znajdującej się piętro wyżej (tej drugiej sytuacji poświęcono jednak więcej uwagi). Mężczyzna wydaje się mieć problemy z zadowoleniem swojej partnerki (opatrzone komentarzem komentatora: „W pierwszych minutach spotkania nasz zawodnik nie może się podnieść.”). Szybko jednak w odzyskaniu pełnej sprawności seksualnej pomaga Braveran („najlepszy pomocnik w całym kraju”), a cała sytuacja jest opisywana tak jak akcja piłkarska zwieńczona upragnionym golem, a następnie podsumowana zostaje sloganem *Zostań królem strzelców*.

¹⁸ <https://www.wirtualnemedi.pl/artukul/braveran-reklamowany-jako-pomocnik-w-strzeleniu-gola-w-sypialni-wideo> (dostęp: 01.06.2022).



Rys. 6. Kampania promocyjna Braveranu przebiegająca pod hasłem *Zostań królem strzelców*

Mensil i Mensil Max

Jednym z najczęściej reklamowanych suplementów diety, jakie mają przeciwdziałać zaburzeniom erekcji, są Mensil oraz Mensil Max¹⁹. Producent reklamuje swój wyrób jako szybki i niezawodny sposób na poprawienie jakości życia erotycznego (według informacji na opakowaniu suplement zaczyna działać już po 12 minutach, a efekt utrzymuje się do 5 godzin). Kampanii reklamowej tego produktu towarzyszą około trzydziestosekundowe spoty reklamowe. W 2019 roku hasło reklamowe brzmiało: *Mężczyzna nie wyمیęka* (Rys. 7), a spot utrzymany był w konwencji kultowego filmu Francis Forda Coppola pt.: *Ojciec Chrzestny*²⁰ (można go zobaczyć na kanale YouTube należącym do producenta owego suplementu). W trakcie spotkania wysokiej rangi główny bohater (najprawdopodobniej boss mafii) składa wszystkim zebranym „propozycję nie do odrzucenia” zadając następujące pytanie: „Chcecie być twardsi, stawać na wysokości zadania, mieć pewność i wszystko pod kontrolą?” (tutaj wskazuje na wieczne pióro, które mimo nacisku nie wygina się zbytnio, ani nie łamie, co jest oczywistą aluzją do penisa we wzwodzie). Obecni na spotkaniu wydają się być zaintrygowani tymi słowami. Główny bohater zaczyna wymieniać po kolei wszystkie mocne strony korzystania z suplementów Mensil i Mensil Max. Reklama wyraźnie

¹⁹ Suplementy Mensil oraz Mensil Max produkowane są przez Przedsiębiorstwo Produkcji Farmaceutycznej Hasco-Lek S.A.

²⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=NTOUgZvGwMc&t=1s> (dostęp: 01.06.2022).

odwołuje się do władzy i do przejmowania kontroli jako metafory udanego życia seksualnego, dość otwarcie sugeruje bowiem, iż mężczyzna, który zażyje Mensil, będzie w stanie zadowolić swoją partnerkę i tym samym mieć nad nią całkowitą kontrolę.



Rys.7. Kampania promocyjna suplementu diety Mensil i Mensil Max prowadzona pod hasłem *Mężczyzna nie wymięka*

Co ciekawe, w sierpniu 2021 roku koncern produkujący ten farmaceutyk zrealizował reklamę utrzymaną w nieco innym tonie. Bohaterem nowej reklamy suplementów Mensil i Mensil Max jest architekt, który podkreśla, jak ważna jest dla niego niezawodność w pracy i życiu prywatnym, a także że dobry seks to fundament udanego związku (spot – podobnie jak poprzednie – można obejrzeć na oficjalnym kanale producenta w serwisie YouTube)²¹. Pierwsza scena spotu to zbliżenie na biurko mężczyzny projektującego budynki. Widzimy na nim kilkanaście wysokich pionowych budowli (Rys. 8). Swoją wypowiedź mężczyzna zaczyna od słów „Postawmy sprawę jasno...” (w tym momencie wskazuje dłonią na prostą wysoką wieżę, którą zaprojektował) po czym dodaje „Muszę być niezawodny... dla siebie i dla niej, bo dobry seks to fundament udanego związku”. W reklamie nie tylko dobór materiałów wizualnych (okazałe, wysokie pionowe budynki), lecz także słownictwo użyte w tej krótkiej wypowiedzi ma działanie perswazyjne. „Postawmy sprawę jasno” to popularny zwrot idiomatyczny, jednak w kontekście leku na potencję przywołuje on oczywiste skojarzenia z erekcją. Pada tutaj również słowo „fundament” nawiązujące do projektów architektonicznych (baza, podstawa), które ma implikować, że udany seks (a zatem

²¹ <https://www.youtube.com/watch?v=EQH01m9FZIW> (dostęp: 01.06.2022).

brak problemów z erekcją) to czynnik niezbędny do stworzenia udanego związku. Hasło reklamowe kampanii brzmi: *Nie zawiodę*.



Rys. 8. Kadr z reklamy suplementów Mensil i Mensil Max z 2021 roku

Maxigra Go

Suplement diety wspomagający potencję o nazwie Maxigra Go²² doczekał się w roku 2020 popularnego spotu²³, którego hasło reklamowe brzmiało: *Lepszy sex to lepsze życie* (Rys. 9). Spot wyraźnie odwołuje się do zadowolenia związanego z wyraźną poprawą jakości życia seksualnego, jakiego doświadczą mężczyźni zażywający ten preparat. Reklama zaczyna się od pokazania widzowi jak wyglądały relacje głównego bohatera z jego partnerką „przed” zażyciem Maxigrę Go, a następnie pokazuje jak jest „po”. Spot zwraca zatem uwagę na jakość życia seksualnego w kontekście zdrowia fizycznego oraz psychicznego, a zgodnie z przekazem reklamowym, suplement Maxigra Go sprawi, iż jakość ta ulegnie znacznej poprawie.

²² Producentem suplementu Maxigra Go są Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.

²³ <https://www.wirtualnemedial.pl/arttykul/lepszy-sex-to-lepsze-zycie-maxigra-go-wideo-reklama-opinie> (dostęp 01.06.2022).



Rys. 9. Kampania reklamowa suplementu Maxigra Go

Warto nadmienić, iż w roku 2021 ukazała się nowsza wersja reklamy, która prezentuje tę samą treść, ale tym razem „historia” opowiadana jest z punktu widzenia kobiety („Odkąd mój facet kupił Maxigrę Max...”) (można ją obejrzeć w serwisie YouTube na oficjalnym kanale producenta suplementu²⁴).

Wnioski końcowe

Przedstawiona w artykule analiza reklam suplementów diety wspomagających erekcję wskazuje na wielopoziomową konstrukcję przekazu reklamowego i wykorzystywanie różnorodnych technik wpływu na potencjalnego konsumenta. Opisane tutaj przykłady reklam opierają się w głównej mierze na metaforach i kreowaniu sytuacji konsumpcyjnej. Równie ważne są zapadające w pamięć hasła reklamowe oraz sformułowania podkreślające szybkość i długość działania danego produktu. Powyższa analiza jest badaniem pilotażowym i stanowi punkt wyjścia do planowanych, dalszych badań z zakresu środków językowych wykorzystywanych w reklamach artykułów farmaceutycznych. Badania tego typu – jak również upowszechnianie wyników takich badań – to działania niezwykle ważne, gdyż mogą przyczynić się do wzmacniania wśród odbiorców reklam umiejętności krytycznego myślenia. Jak mówi Robert Heath:

Trzeba zwracać uwagę na reklamy w radiu i telewizji, przyglądać się billboardom, banerom reklamowym na stronach internetowych i wystawom sklepowym, czytać reklamy w czasopiśmie i przede wszystkim być czujnym na lokowanie produktu w programach telewizyjnych i filmach. Im bardziej jesteśmy uważni, tym łatwiej możemy sprzeciwić się temu, co słyszymy lub widzimy, i tym słabiej takie rzeczy na nas oddziałują. Być może jest to kłopotliwe, być może nieco irytujące i nie zawsze sku-

²⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=Mb-ofki6r0s> (dostęp: 01.06.2022).

teczne. Ale przynajmniej odczujesz satysfakcję, wiedząc, że znacznie zwiększyłeś swoją odporność na podświadome uwodzenie (2014: 279).

A zatem, skoro nie możemy wykluczyć z naszego otoczenia reklam artykułów farmaceutycznych dostępnych bez recepty, warto podejmować świadomą refleksję na temat sposobu tworzenia tego typu reklam. Może to być najlepszy sposób na to, aby nie ulegać zbyt łatwo pokusie kupienia produktu, która często pojawia się jako impulsywna reakcja na skuteczny przekaz reklamowy.

Bibliografia

- Albin Krzysztof (2002), *Reklama. Przekaz, odbiór, interpretacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Wrocław.
- Awdziejew Aleksy (2010), „Podstawowe komponenty procesu reklamowego” [w:] *Styl – dyskurs – media*, red. Bogoteńska B. i Worsowicz M., Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Bralczyk Jerzy (2000), „Manipulacja językowa” [w:] *Dziennikarstwo i świat mediów*, red. Bauer Z. i Chudziński E., TAIWPN Universitas, Kraków.
- Bralczyk Jerzy (2004), *Język na sprzedaż czyli o tym, jak język służy reklamie i jak reklama używa języka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Cialdini Robert (2007), *Influence - The Psychology of Persuasion*, Harper Collins.
- Cook Guy (1992), *The discourse of advertising*, Routledge.
- Goddard Angela (2002), *The language of advertising* (2nd ed.), Routledge.
- Habrajska Grażyna (2010), „Stylistyczne gatunki reklamy” [w:] *Styl – dyskurs – media*, red. Bogoteńska B. i Worsowicz M., Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Haławin Arkadiusz (2018), „Konstrukcja komunikacji w reklamach leków i suplementów diety”, *Dziennikarstwo i Media*, 9, 2018. [https:// 1942-1893-1-2-20200205.pdf](https://1942-1893-1-2-20200205.pdf) [dostęp: 30.04.2022].
- Heath Robert (2014), *Uwieść podświadomość. Psychologia reklamy*, przeł. J. Trojnar, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Jakobson Roman i Halle Morris (1964), *Podstawy Języka*, przeł. L. Zawadowski, Ossolineum, Wrocław.
- Kołodziej Jacek (2002), „Slogan jako definiens. O perswazyjności przekazu reklamowego” [w:] *Komunikaty i argumenty*, red. Żarnecka-Biały E. i Trzcieniecka-Schneider I., Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kudra Barbara i Kudra Andrzej (2004), „Między manipulacją a perswazją (o funkcjonowaniu antroponimów w tekście prasowym)” [w:] *Manipulacja w języku*, red. Krzyżanowski P. i Nowak P., Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kuśmierski Stanisław (2000), *Reklama jest sztuką*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Warszawie, Warszawa.
- Lakoff George i Johnson Mark (1980), *Metaphors We Live By*, University of Chicago Press, Chicago.
- Lewiński Piotr H. (1999), *Retoryka reklamy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Lewiński Piotr H. (2001), „Granice perswazji” [w:] *Język w komunikacji*, t. 1, red. Habrajska G., Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.
- Lubaś Władysław (2006), *Język w komunikacji, w perswazji i w reklamie*, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza.

- Paul-Cavallier François. J. (1994), *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, przeł. A. Suchańska, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Periyakoil Vyjeyanthi S. (2008), "Using Metaphors in Medicine", *Journal of Palliative Medicine*, 11 (6). [https://Using Metaphors in Medicine | Journal of Palliative Medicine \(liebertpub.com\)](https://Using%20Metaphors%20in%20Medicine%20|%20Journal%20of%20Palliative%20Medicine%20(liebertpub.com)) [dostęp: 30.04.2022].
- Puzynina Jadwiga (1992), „Słowo >>manipulacja<< w języku polskim” [w:] *Język wartości*, red. Puzynina J., Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Raport Banku DNB i Deloitte (2016), „Polacy wydają więcej na leki”, *Polityka Zdrowotna*, 18 stycznia, [http:// Polacy wydają więcej na leki – raport Banku DNB i Deloitte Medycyna i Zdrowie | PolitykaZdrowotna.com](http://Polacy%20wydaj%C4%85%20wi%C4%99cej%20na%20leki%20-%20raport%20Banku%20DNB%20i%20Deloitte%20Medycyna%20i%20Zdrowie%20|%20PolitykaZdrowotna.com) [dostęp: 30.04.2022].
- Raport wirtualnedia.pl (2016), „Sektor farmaceutyczny wydaje coraz więcej na reklamy, Aflofarm liderem”, *Wirtualne Media*, 29 grudnia, [http://Sektor farmaceutyczny wydaje coraz więcej na reklamy, Aflofarm liderem \(wirtualnedia.pl\)](http://Sektor%20farmaceutyczny%20wydaje%20coraz%20wi%C4%99cej%20na%20reklamy%2C%20Aflofarm%20liderem) [dostęp: 30.04.2022].
- Rybarkiewicz Dorota (2017), *Metafora w działaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Sokół-Klein Anna (2014), „Specyfika komunikatu reklamowego” [w:] *Komunikowanie publiczne. Zagadnienia wybrane*, red. Kudra B. i Olejniczak E., Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Stróżyk Agata (2019), „Zaburzenia erekcji – przyczyny i leczenie zaburzeń erekcji”, *Medicover.pl*, <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-erekcji-przyczyny-i-leczenie-zaburzen-erekcji,6372,n,192> [dostęp: 30.05.2022].
- Stysiak Martin i Sudak Ireneusz (2016), „Wydatki na reklamę leków rosną na potęgę”, *wyborcza.biz*, 9 stycznia, [http:// Wydatki na reklamę leków rosną na potęgę \(wyborcza.biz\)](http://Wydatki%20na%20reklam%C4%99%20lek%C3%B3w%20rosn%C4%85%20na%20pot%C4%99g%C4%99) [dostęp: 30.04.2022].
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne*. Dziennik Ustaw nr 126 poz.1381. [https:// Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne. \(eli.gov.pl\)](https://Ustawa%20z%20dnia%206%20wrze%C5%9Bnia%202001%20r.%20Prawo%20farmaceutyczne) [dostęp: 30.04.2022].
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia*. Dziennik Ustaw nr 171 poz. 1225. Rozdział 6. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego. [https:// Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia \(eli.gov.pl\)](https://Ustawa%20z%20dnia%2025%20sierpnia%202006%20r.%20o%20bezpiecze%C5%9Bstwie%20%C5%BCywno%C5%9Bci%20i%20%C5%BCywienia) [dostęp: 30.04.2022].
- Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia*. Dziennik Ustaw nr 171 poz. 1225. Rozdział 7. Suplementy diety oraz wzbogacanie żywności. [https:// Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia \(eli.gov.pl\)](https://Ustawa%20z%20dnia%2025%20sierpnia%202006%20r.%20o%20bezpiecze%C5%9Bstwie%20%C5%BCywno%C5%9Bci%20i%20%C5%BCywienia) [dostęp: 30.04.2022].
- Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych*. Dziennik Ustaw nr 107 poz. 679. [https:// Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych \(eli.gov.pl\)](https://Ustawa%20z%20dnia%2020%20maja%202010%20r.%20o%20wyrobach%20medycznych) [dostęp: 30.04.2022].

Od męki do raju. Skojarzenia z czasem pandemii COVID-19 na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród studentów

Streszczenie

Artykuł przedstawia próbę analizy wolnych skojarzeń z pandemią COVID-19, które zostały podane przez studentów studiów pierwszego stopnia. Skojarzenia zostały uzyskane za pomocą ankiety zawierającej dziesięć słów lub wyrażeń związanych tematycznie z pandemią. Wyniki zostały podzielone na trzy grupy: skojarzenia negatywne, pozytywne i neutralne, a dodatkowo, powtarzające się skojarzenia zostały połączone w szersze kategorie metodą tagowania. Wyniki badania ukazują bardzo dużą różnorodność w sposobie odbioru emocjonalnego różnego typu nowych sytuacji związanych z pandemią, co może prowadzić do dalszych wniosków związanych z poziomem wiedzy studentów i umiejętnością krytycznego myślenia.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, wolne skojarzenia, studenci

From torment to paradise. Associations with the time of the COVID-19 pandemic on the basis of a survey conducted among students

Abstract

The aim of the article is to describe the analysis of free associations with the COVID-19 pandemic that were given by students of first-cycle studies. The survey questionnaire contained ten words or expressions that are thematically related to pandemic. The obtained associations were divided into three groups: negative, positive and neutral. Additionally, they were coded by means of the method of labelling to collect them into broader categories (common themes) and receive quantifiable information. Research results revealed the large range of ways in which students emotionally reacted to different kinds of new situations connected with the pandemic. Further conclusions may refer to the respondents' level of knowledge on pandemic issues as well as the students' skill of critical thinking.

Keywords: COVID-19 pandemic disease, free associations, students

Wstęp

Celem artykułu jest próba analizy skojarzeń z pandemią COVID-19, które zostały podane przez grupę studentów w kwietniu 2022 r., czyli po około dwuletnim okresie różnego typu obostrzeń i zmian organizacyjnych wprowadzonych w celu ograniczenia zachorowalności na chorobę COVID-19, opisywaną jako ostrą, zakaźną chorobę układu oddechowego¹. Był to moment,

¹ COVID-19 to choroba wywoływana przez wirus Sars-Cov-2 (spokrewniony z wirusem SARS). Pierwsza wzmianka o tej chorobie pojawiła się 17.11.2019 w mieście Wuhan,

w którym temat pandemii zaczął medialnie tracić na znaczeniu wobec rozpoczętej właśnie wojny w Ukrainie², jednak uzyskane skojarzenia pozwalają zauważyć wciąż silne reakcje studentów na kwestie związane z pandemią i ślady trudnych emocji, jakich doświadczali w tym czasie.

Pojęcie skojarzenia

Zgodnie z definicją zawartą w Słowniku Języka Polskiego, skojarzenie to „połączenie ze sobą wrażeń, wyobrażeń i innych zjawisk psychicznych w taki sposób, że pojawienie się w świadomości jednych z nich powoduje uświadomienie sobie innych” (Słownik PWN). Zjawisko powstawania skojarzeń stosuje się często w obszarze badań psychologicznych³, marketingowych lub rynkowych, gdzie wykorzystuje się tzw. technikę skojarzeń słownych. Jest to technika projekcyjna polegająca na tym, że badanej osobie pokazuje się pewne słowo, a następnie prosi się ją o podanie wyrazów, które kojarzą się jej z tym słowem. Technika ta odwołuje się do testu skojarzeń słownych (ang. *word association*), opracowanego przez Carla Gustava Junga, którego celem było określenie osobowości pacjenta i nieświadomionego źródła zaburzeń psychicznych w oparciu o analizę ciągu skojarzeniowego powstałego w wyniku podawania skojarzeń na bodźce w postaci kolejnych słów. Technika skojarzeń słownych określana jest z kolei jako „technika badania osobowości oparta na reakcjach jednostki na listę powszechnych słów w celu identyfikacji nieświadomej dynamiki osobowości” (Słownik PWN).

W psychologii społecznej rozwijane jest także narzędzie pomiarowe o nazwie „Test utajonych skojarzeń” (ang. *Implicit Association Test, IAT*), którego celem jest wykrywanie automatycznych powiązań pomiędzy deklarowanym a kompletnym obrazem danej kategorii obiektów w pamięci danej osoby, czyli tzw. postaw utajonych. Ze względu na fakt iż właściwości psychometryczne tego narzędzia pozostają przedmiotem badań i kontrowersji (Nosek i inni 2013), aby uzyskać bardziej szczegółowe wnioski badań, należy ten test stosować razem z innymi rodzajami analiz.

Skojarzenia są także obiektem badań prowadzonych w obszarze językoznawstwa. Jak piszą Gawarkiewicz i Rodziewicz (2020) odnosząc się do psycholingwistycznych badań wolnych skojarzeń:

Zastosowanie testu asocjacyjnego, określanego również jako eksperyment asocjacyjny lub lingwistyczny (uznawanego i używanego od czasu eksperymentów lingwi-

w prowincji Hubei, w środkowych Chinach, a 11 marca 2020 została ona uznana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za pandemię (Scher 2020). Pierwszy przypadek zakażenia tym wirusem w Polsce stwierdzono 04.03.2020r. w szpitalu w Zielonej Górze, gdzie zdiagnozowano go u 66-letniego mężczyzny (Ministerstwo Zdrowia 2020).

² Wojska rosyjskie przekroczyły granice Ukrainy 24.02.2022r.

³ W psychologii test skojarzeń słownych używany jest obecnie głównie w terapii jungowskiej lub jako uzupełniająca technika projekcyjna (JungPoland.org).

stycznych Francisca Galtona), jako narzędzia diagnostycznego w badaniach z zakresu przetwarzania informacji w umyśle człowieka, pozwala przeniknąć do świata obrazów utrwalonych w jego świadomości językowej. (...) Badanie skojarzeń, odkrywających bogactwo sensów zawoalowanych w znakach językowych, mieści się w koncepcji poznawczej współczesnych studiów i analiz prowadzonych w ramach lingwistyki antropologicznej i etnolingwistyki, podejmowanych, między innymi przez Jadwigę Puzyninę, Jerzego Bartmińskiego, Walerego Pisarka, Michaela Fleischera, Annę Wierzbicką. Ten etnopsycholingwistyczny nurt badań, opierający się na podstawowym założeniu, że w języku utrwalony jest opis postrzeganego świata, co wskazuje na istnienie współzależności między świadomością a językiem, stawia sobie za cel, między innymi, ujawnienie przyjętych w danej kulturze sposobów konceptualizacji i kategoryzacji rzeczy, systemów stosowanych wartościowań, punktów widzenia i utrwalonych społecznie postaw wobec świata (117-118).

Jako przykład językoznawczych badań skojarzeń można tu także przywołać badania skojarzeń wywoływanych przez nazwy kolorów (np. Gonigroszek 2017a, McLeod 2016, Stanulewicz 2009).

Charakterystyka badania

Opierając się na założeniu, że skojarzenia powstają na bazie struktury powiązań znaczeniowych w systemie pojęciowym człowieka (który to system tworzy się w procesie gromadzenia wiedzy, doświadczeń życiowych, przeżyć emocjonalnych itp.), autorka badania podjęła próbę zbadania skojarzeń z dziesięcioma słowami lub wyrażeniami związanymi z tematem pandemii COVID-19. W badaniu ankietowym wzięło udział 59 studentów studiów pierwszego stopnia na kierunku Filologia angielska⁴. Ankieta została przeprowadzona w formie stacjonarnej, a udział w badaniu był dobrowolny (tylko jeden student odmówił wypełnienia ankiety, argumentując swoją decyzję tym, że nie wie, co napisać). Studenci zostali poproszeni o napisanie, z czym kojarzy im się podane pojęcie (mogli podać maksymalnie trzy skojarzenia). Ankieta zawierała następujące słowa i wyrażenia:

- 1) koronawirus – ...
- 2) lockdown – ...
- 3) szczepienia – ...
- 4) maseczka – ...
- 5) kwarantanna – ...
- 6) COVID-19 – ...
- 7) obostrzenia – ...
- 8) środki ostrożności – ...
- 9) reżim sanitarny – ...
- 10) zakażenie – ...

⁴ Byli to studenci Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach - Filii w Piotrkowie Trybunalskim.

Na potrzeby analizy wyników ankiety, podane przez respondentów skojarzenia zostały uporządkowane zgodnie z metodą tagowania czyli kategoryzowania bloków danych, tak aby określić powtarzające się tematy i uzyskać dane ilościowe⁵. W przypadku opisywanego badania, celem kategoryzowania było połączenie w większe grupy powtarzających się skojarzeń, które różniły się tylko formą gramatyczną lub sposobem sformułowania. Wyniki badania ankietowego przedstawione zostały zbiorczo w sposób tabelaryczny tzn. każda tabela zawiera skojarzenia z jednym słowem/wyrażeniem występującym w ankiecie (ułożone w kolejności od najczęściej występujących). Jeżeli dane skojarzenie pojawiło się częściej niż raz, dopisana jest przy nim liczba powtórzeń. Skojarzenia zostały podzielone na trzy grupy: negatywne, pozytywne i neutralne („neutralne” – w przypadku gdy niemożliwe było jednoznaczne przypisanie skojarzenia do grupy „negatywne” lub „pozytywne”).

„Koronawirus”
Skojarzenia negatywne
pandemia/ epidemia (19) choroba (15) śmiertelna choroba/ śmierć (7) wirus/ koronawirus/ mutujący wirus (7) panika (6) kwarantanna/ izolacja (5) zakażenia (3) COVID-19 (2) wymysł/ ściema (2) grypa/ 2 lata temu straszny wirus, obecnie rodzaj grypy (2) problemy zdrowotne/ zachorowania (2) problem, restrykcje, chaos, strach, zagrożenie, poczucie osamotnienia, lockdown/ zamknięcie, policja, kryzys na świecie, brak odwiedzin w szpitalach, kolejny chiński wirus, który uciekł z laboratorium, upierdliwość
Skojarzenia neutralne
zajęcia online/ zdalne nauczanie (4) maseczka (2) dystans społeczny, Kennedy, Wietnam, instynkt stadny, korona, podział społeczeństwa wzmożona uwaga, kontrowersyjny temat, piwo Korona, Chiny, nietoperze, laboratorium, badania
Skojarzenia pozytywne
spokój, mniej obowiązków, odpoczynek, nauczanie zdalne, które sprawiało przyjemność, ozdrowieńcy

Tabela 1: Skojarzenia ze słowem „Koronawirus”.

⁵ Więcej informacji na temat metody tagowania można znaleźć m.in. w następujących źródłach: Babbie 2005, Elliott 2018 i Flick 2012.

„Lockdown”
Skojarzenia negatywne
uwięzienie w domu/ więzienie/ siedzenie w domu/ jak w klatce (19) samotność/ zakaz przebywania z bliskimi/ tęsknota (18) obostrzenia/ ograniczenia (8) kwarantanna/ odizolowanie/ izolacja (7) nuda/ brak rozrywki/ monotoność (6) zamknięcie sklepów (5) brak pracy/ bezrobocie (4) depresja (3) brak szkoły/zdalne zajęcia – bezsens (2) bankructwo (2) choroba, COVID, panika, sztuczne nakręcanie paniki, złość, inflacja, zastój, głupota lenistwo, 2 lata temu nie można było widywać się z rodziną, a teraz mamy przyjmować obcych Ukraińców do domu, stres, dekoncentracja, bieda, upierdliwość, męka
Skojarzenia neutralne
zajęcia online (7) makaronizm/ zapożyczenie (2) robienie zapasów/ zakupy na zapas (2) więcej czasu z rodziną, gospodarka
Skojarzenia pozytywne
odpoczynek (2) brak stresu, lekkość ducha, bezpieczeństwo, komfort, coś idealnego dla introwertyków, radość, wolne dni, cisza, prywatność

Tabela 2: Skojarzenia ze słowem „Lockdown”.

„Szczepienia”
Skojarzenia negatywne
przymus/ coś narzuconego/ wywieranie presji (8) bujda/ kłamstwa/ dezinformacja (5) konflikt/ kłótnie/ niezgodność wśród ludzi (4) igła (4) gorączka (3) osłabienie/ złe samopoczucie (3) ból/ ból głowy/ ból ramienia (3) Coś niewiadomego bo do tej pory nie wiemy, jakie będą skutki szczepień. (2) wszechobecny temat (2) kolejka (2) niepokój, nachalne, wirus, strzykawka, szpital, nachalne, niechęć, COVID, pandemia, kwarantanna, ograniczenia, ograniczenie podstawowych konstytucyjnych praw człowieka, problemy z wyjazdami, dyskryminowanie i podział, efekty uboczne, upierdliwość
Skojarzenia neutralne
kontrowersje (3) obowiązek (2) konieczność (2) siła napędowa dla koncernów farmaceutycznych, Niedzielski, dawka, maseczki, nie będę się szczepił, i tak się zarazisz, dla dzieci i noworodków, wątpliwości, pielęgniarka, jednodawkowe i dwudawkowe, telefony
Skojarzenia pozytywne
zapobieganie/ przeciwdziałanie wirusowi (7)

bezpieczeństwo (6) ochrona przed zakażeniem/ ochrona (5) lek/ lekarstwo/ leczenie (5) wyzdrowienie/ zdrowie (3) zmniejszanie możliwości zachorowania/ odporność (2) zabezpieczenie (2) wychodzenie z pandemii/ zwalczanie pandemii (2) ratunek/ pomoc (2) nadzieja na powrót do normalnego życia/ nadzieja (2) spokój, dobre chociaż przymus, pomagają w czasie choroby, ułatwienie dostępu do wszystkiego, rozwiązanie, coś pozytywnego

Tabela 3: Skojarzenia ze słowem „Szczepienia”.

„Maseczka”
Skojarzenia negatywne
duszności/ problemy z oddychaniem (8) przymus/ nakaz/ wywieranie presji (6) zbędna/ I tak nic nie dawała/Coś niepotrzebnego bo jak ma się zachorować, to się zachoruje. (5) niewygodna (5) mandat/ wysokie mandaty (4) obostrzenia (2) powstawanie pryszczycy/ problemy z cerą (2) zaparowane okulary (2) utrudnienie życia/ utrudnienia (2) COVID (2) kaganiec/ tzw. kaganiec (2) odległość/ odseparowanie (2) skuteczna metoda zmniejszenia natlenienia płuc i niszczenia płuc, strach, ból ucha, konflikty, zakaz wstępu do sklepu, problemy w przypadku braku, oszustwa, utrapienie brak wolnego wyboru, panika, choroba, nienawiść, duchota, kontrola, dodatkowe zarzaki farsa, brak zrozumienia, no make-up, upierdliwość
Skojarzenia neutralne
konieczność/ wymóg/ obowiązek (7) anonimowość/ bycie anonimowym/incognito (3) twarz (2) środek ostrożności, już znormalizowana część ubioru, Lidl, oczy, kontrowersje, wchodzenie gdzieś, noszenie w sklepach, lekarze, pamięć, zalecenia, jeżdżenie busem
Skojarzenia pozytywne
zabezpieczenie/ ochrona/ środek ochrony (11) częściowy komfort/ komfort (3) bezpieczeństwo (2) większa pewność siebie, szacunek do innych ludzi, spokój, zapobieganie, dbanie o zdrowie

Tabela 4: Skojarzenia ze słowem „Maseczka”.

„Kwarantanna”
Skojarzenia negatywne
izolacja/ niemal kompletna izolacja/ przymusowa izolacja (12) zakaz opuszczania domu/ siedzenie w domu/ zakaz wyjścia/ więzienie domowe/brak wyjścia/ w domowym zamknięciu (9)

zamknięcie (8) policja/ sprawdzanie przez policję/ kontrola policji/ wizyty policji (5) choroba (4) brak kontaktu z ludźmi/ osamotnienie/ samotność (3) strach (3) jak w klatce/ odebranie wolności (2) nakaz/ wymóg (2) coś okropnego/ coś negatywnego (2) smutek (2) COVID/ narażenie na COVID (2) przymus siedzenia w domu, ale po co, kłótnie w domu, poleganie na innych, rezygnacja z planów i marzeń, odizolowanie od rzeczywistości, wykluczenie ze społeczeństwa, utrudnianie życia rodzinnego, pandemia, utrudnienie, kaszel, gorączka, złe samopoczucie, problem, koronawirus, kontrola, rozstanie, nuda, złość, brak pracy i pieniędzy, głód, strach przed byciem samemu, idealny sposób na zrujnowanie gospodarki i prywatnych przedsiębiorstw, upierdliwość
Skojarzenia neutralne
dom/ pobyt w domu/ pozostanie w domu (8) Była często nakładana na jednego z małżonków, mimo że spali w jednym łóżku., meldowanie się w aplikacji dezynfekcja, badania, zdjęcia, 2 tygodnie, nie dla zaszczepionych, zdalne zajęcia, aplikacja, polityka, czekanie na wynik testu, robienie zakupów sąsiadom
Skojarzenia pozytywne
odpoczynek/ czas wolny na odpoczynek/ wolne dni/ czas wolny od pracy/ dodatkowy urlop/ wolny czas (6) więcej czasu dla siebie ulga, komfort, raj, spokój, relaks, cisza

Tabela 5: Skojarzenia ze słowem „Kwarantanna”.

„COVID-19”
Skojarzenia negatywne
koronawirus/ wirus (17) epidemia/ pandemia (9) choroba zakaźna/ choroba (5) śmierć/ śmiertelność (4) panika/ globalna panika (4) teoria spiskowa/ pic na wodę/ nadmuchana bańka medialna (3) nowy wariant wirusa/ wirus z grupy COVID w zmiennych wariantach (2) lekka obawa/ niepokój (2) bardzo niebezpieczny wirus/ śmiertelny wirus (2) obostrzenia (2) lockdown (2) szpital, wojna, koronawirus, ale pod groźnie brzmiącą nazwą, dezorientacja, chaos, strach strata bliskich, izolacja, problemy, kwarantanna, niech się skończy, smutek, głupota, zagrożenie, wielki plan, by mniejsze rzeczy przepchnąć pod stołem, kłótnie, kupowanie, respiratorów od mafii, grypa, niebezpieczeństwo, coś negatywnego, brak podróżowania i normalności, wirus z Chin
Skojarzenia neutralne
Chiny (4) kontrowersje/ kontrowersyjny temat/ hasło, które wzbudza kontrowersje (3)

<p>liczba zachorowań/ wiadomości o liczbie zachorowań (2) wszechobecny temat krótsza nazwa – bardziej biologiczna śmieszna nazwa – powinno być raczej 20/21 nauka, szczepienia, testy, WHO, statystyki, Wuhan, zajęcia zdalne, zwyczajna choroba na tle innych chorób, niegroźny wirus, zostań w domu, TVP, hasła komercyjne, zupa z nietoperza, cały świat, inna nazwa koronawirusa/ potoczna nazwa wirusa Sars-Cov 2 stworzonego w Chinach</p>
Skojarzenia pozytywne
nowe możliwości

Tabela 6: Skojarzenia ze słowem „COVID-19”.

„Obstrzenia”
Skojarzenia negatywne
<p>zakazy/ zakaz/ restrykcje (9) więzienie/ brak wolności/ ograniczanie wolności (4) nakazy/ nakaz noszenia maseczek (4) zamykanie ośrodków handlowych/ zamknięte zakłady i bary/ zamykane szkoły, kluby i wszystko (4) trudności/ utrudnienie/ utrudnienia (3) ograniczona liczba wszystkiego/ ograniczenia (3) mandaty (2) zakaz spotykania się z rodziną i przyjaciółmi/ brak kontaktu z ludźmi (2) zakaz wyjścia z domu, zamykanie granic kraju, zero możliwości, brak imprez okolicznościowych, wykluczenie ludzi, złość ludzi, niewygodna, kwarantanna, zasady nałożone przez rząd, często nielogiczne – wprowadzane ze względów politycznych, a nie bezpieczeństwa, nieporadność rządu, źle egzekwowane, brak zrozumienia problemu farsa, bezużyteczne zakazy, ustanowione bezmyślnie – większość nie miała sensu, narzędzia rządów totalitarnych do indoktrynacji społeczeństwa, głód, ignorancja, długi, straty, strach, brak pracy, samobójstwa, upadek firm, zaniepokojenie, problemy finansowe, kolejki przed sklepami, nie działa, upierdliwość</p>
Skojarzenia neutralne
<p>maseczka/ maseczki/ noszenie maseczki (4) konieczność przestrzegania/ konieczność/ konieczne (3) zajęcia zdalne (2) diametralna zmiana/ zmiany (2) limity osób, nieprzestrzegany obowiązek, przykre choć konieczne, wykresy, przestrzeganie reżimu sanitarnego, loteria, ponowne noszenie maseczek, ogrodzenie, konferencje, dystans społeczny, nic złego, mycie rąk, I tak zostały naruszone podczas wyborów, by tępe społeczeństwo mogło iść na wybory „tłumnie”, bo wirus jest w odwrocie zdaniem Morawieckiego (ważny był głos na Dudę).</p>
Skojarzenia pozytywne
<p>ochrona (2) zapewnienie przewagi, zalecenia, wolne od chodzenia na zajęcia, forma ochrony, społeczeństwa, środki ostrożności, słusznie zastosowane, aby chronić ludzi, zabezpieczenia</p>

Tabela 7: Skojarzenia ze słowem „Obstrzenia”

„Środki ostrożności”
Skojarzenia negatywne
<p>przesada/ u niektórych przesada (3) przydatne acz zbędne/moło pomocne (2) ograniczanie kontaktu z innymi/ ograniczony kontakt (2) obawa/ zaniepokojenie (2) brak środków, obostrzenia, upierdliwość, nieufność, nadmiar, obłuda, narzucanie rzeczy, totalitaryzm, epidemia</p>
Skojarzenia neutralne
<p>maseczka/ maseczki/ noszenie maseczek (14) rękawiczki/ rękawiczki jednorazowe (8) płyn przeciwbakteryjny/ płyn do dezynfekcji/ płyny dezynfekujące (7) zachowanie bezpiecznego odstęp/ zachowanie dystansu/dystans społeczny/ dystans (6) dezynfekcja (3) limit osób w zamkniętej przestrzeni/ ograniczenia ilościowe/ limity osób (3) reżim/ restrykcje sanitarne/ obostrzenia (3) mycie rąk/ częste mycie rąk (2) Istniały przed pandemią, tylko nikt nie zdawał sobie z nich sprawy., I tak były naruszane podczas urodzin Rydzyka., środki ochrony, przestroga, suche dłonie, odkażanie, potrzeba, zdrowie, według własnego sumienia, godziny dla seniorów, pasy, apteka, nie zawsze przestrzegane, konieczność, abstrakcja, teoria</p>
Skojarzenia pozytywne
<p>prewencja/ zapobieganie/ profilaktyka (5) czystość/ lepsza higiena (3) pomoc (2) rozsądek/ roztropność (2) czujność, coś pocieszającego i pozytywnego, otwarcie oczu ludziom, ochrona, potrzebne bezpieczeństwo, ostrożność</p>

Tabela 8: Skojarzenia ze słowem „Środki ostrożności”

„Reżim sanitarny”
Skojarzenia negatywne
<p>ograniczenia/ ograniczenie (4) sanepid (3) obojętność lekarzy/ znieczulica lekarska (2) brak opieki medycznej/ niewydolna służba zdrowia (2) odebranie praw do dobrowolnego skorzystania ze służby zdrowia/ jawne odebranie praw pacjenta do leczenia (2) przesada/ przesadzony (2) oboznienia (2) bujda/ obłuda (2) Chcą mi wolność ukraść – banda komuchów., bezużyteczność, szpital, strach, holokaust, policja, nieprzestrzeganie, zakazy, tęsknota za normalnością, kwarantanna, głupota, „zanik” poważnych chorób ze względu na COVID, poczucie przytłoczenia, bycie kontrolowanym, panika, ignorancja społeczeństwa, nakaz, nieprzyjemny obowiązek, nieskuteczny, lenistwo, szpital, oddział covidowy, brak swobody działania, upierdliwość</p>
Skojarzenia neutralne
<p>dezynfekcja/ odkażanie dłoni (8) maseczki/ obowiązkowe noszenie maseczek (6)</p>

<p>unikanie bliższego kontaktu z innymi osobami/ odstępy między ludźmi/ odległość/ dystans społeczny (5)</p> <p>przestrzeganie obostrzeń/ stosowanie się do zasad/słuchanie obowiązujących zasad (3)</p> <p>wyznaczona ilość osób/ limity osób (2)</p> <p>płyn dezynfekujący (2)</p> <p>konieczność (2)</p> <p>rękawiczki (2)</p> <p>Był wielokrotnie naruszony przez rząd, ale pozostali bezkarni, gdyby to obywatel naruszył reżim – groziłby mu wysoki mandat.</p> <p>Oczywiście polityków nie dotyczył., dystans, zachowanie sterylności, nowe zasady, zapach alkoholu, noszenie odpowiednich rzeczy, testy, zachowanie ludzi na pokaz, zmiany, zdalne nauczanie, zwiększona dbałość o higienę, obowiązek</p>
Skojarzenia pozytywne
<p>czystość/ higiena (4)</p> <p>ostrożność (2)</p> <p>Otworzenie ludziom oczu na to, jak ważna jest higiena., bezpieczeństwo, ochrona, uzasadniony, Coś, czego powinno się przestrzegać na co dzień., nadzieja, coś pozytywnego, więcej mydła w szkole</p>

Tabela 9: Skojarzenia ze słowem „Reżim sanitarny”

„Zakażenie”
Skojarzenia negatywne
<p>choroba/ przebycie choroby (10)</p> <p>kwarantanna (9)</p> <p>śmiertelność/ śmierć/ zgon (6)</p> <p>strach/ strach o życie i zdrowie (5)</p> <p>wirus/ koronawirus (5)</p> <p>poważne choroby/poważna choroba/ ciężkie objawy/ choroba o ciężkim przebiegu (4)</p> <p>lekki niepokój/ obawa/ lęk (3)</p> <p>izolacja/ separacja (3)</p> <p>szpital (3)</p> <p>ból/ ból w klatce (3)</p> <p>niepewność (2)</p> <p>martwienie się o najbliższych/ zmartwienie (2)</p> <p>obostrzenia/ coraz większe obostrzenia (2)</p> <p>niebezpieczeństwo (2)</p> <p>gorączka/ objawy-gorączka (2)</p> <p>osłabienie/ złe samopoczucie (2)</p> <p>brak węchu i smaku/ brak smaku (2)</p> <p>panika (2)</p> <p>stres, osoba zaraziła się od kogoś covidem, celowy zabieg, oczekiwanie, ból gardła, zagrożenie, zarazki, infekcja, COVID, zamknięcie, komplikacje, gangrena, tężec, 2 tygodnie gehenny, bezmyślność ludzi i brak obowiązkowej kwarantanny, Zakażenie, które było wpiśwane nawet trupom., H121, bezradność, Zombie, zmęczenie, zagrożenie, siedzenie w domu, teleporady (bezużyteczne), zwlekanie z pomocą osobom chorym na poważne choroby, pech, nieostrożność, brak dezynfekcji, coś bardzo negatywnego - nikomu nie życzę, coś nieprzyjemnego, odebranie praw człowieka</p>
Skojarzenia neutralne
<p>Gdyby każdy obywatel został na kwarantannie przez 2 tygodnie, mielibyśmy całkowity odwrót wirusa., testy, łóżko, droga kropelkowa, ilość, zwykłe przeziębienie, statystyka,</p>

raport, badania, 0,8-0,9% szansy na śmierć, codzienność
Skojarzenia pozytywne
ozdrowienie

Tabela 10: Skojarzenia ze słowem „Zakażenie”

Próba interpretacji wyników

Skojarzenia opisane w ankietach wskazują na bardzo dużą różnorodność w sposobie odbioru emocjonalnego i intelektualnego różnego typu nowych sytuacji, z jakimi musieli się skonfrontować studenci w czasie pandemii COVID-19. Wśród skojarzeń zauważyć można efekty obserwacji otaczającej ich rzeczywistości, opinie na temat działań (nie) podejmowanych przez rząd i oceny strategii, które miały chronić społeczeństwo przed rozprzestrzenianiem się wirusa. Refleksje na temat obostrzeń czy reżimu sanitarnego są często bardzo negatywne, wielu respondentów wyraziło brak wiary w zasadność wprowadzania restrykcji i ubolewało nad koniecznością dostosowania się do ograniczeń. Może to wynikać z braku zrozumienia pewnych mechanizmów społecznych, ale także niezgody na niekonsekwencję w obszarze działań prewencyjnych (np. ignorowanie nakazów i zakazów przez osoby publiczne występujące w mediach). Studenci opisywali również silne emocje świadczące o poczuciu zagrożenia, strachu i osamotnienia, widać też ich rozczarowanie działaniami publicznej służby zdrowia, a nawet brak zaufania do lekarzy. Co ciekawe, konieczność przebywania w domu wywoływała nie tylko negatywne skojarzenia z więzieniem i izolacją, ale także pozytywne – z wysoko cenionym czasem wolnym, który można było wykorzystać dla własnych potrzeb.

Wnioski końcowe

Opisane w artykule ankietowe badanie wolnych skojarzeń związanych z pandemią wskazuje na potrzebę dalszych badań zagadnienia psychologicznych reakcji na zmiany życiowe, jakie wymusiła pandemia. Mogłyby to być na przykład badania z zakresu komunikacji naukowej, która oznacza m.in. proces transferu efektów pracy badawczej do szerokiego grona odbiorców (por. Warwas i inni 2021). Wiele skojarzeń wskazuje na fakt, iż studenci nie odnosili się do wyników badań naukowych dotyczących działania wirusa i skuteczności szczepionki, a zamiast tego przywoływali sformułowania głoszone przez tzw. antyszczepionkowców. Badanie ankietowe dotyczące źródeł, z jakich studenci czerpali wiedzę na temat pandemii, mogłoby stanowić punkt wyjścia do dyskusji na temat tego, jak zachęcić młodych ludzi do korzystania ze sprawdzonych źródeł wiedzy, np. stron internetowych należących do instytucji naukowych, czy artykułów naukowych i komentarzy ekspertów (naukowców, lekarzy, rzetelnych dziennikarzy), a nie tylko „social mediów” i stron prowadzonych przez osoby nieposiadające fachowej wiedzy z danej dziedziny nauki. Dyskusje na ten temat prowadzone w czasie zajęć akade-

mickich i konkretne przykłady wiarygodnych i niewiarygodnych stron internetowych (por. Gonigroszek 2017b), jak również praca z tekstami naukowymi i – dla porównania – takimi, które zawierają tzw. fake newsy, mogłyby wesprzeć studentów w procesie rozwijania umiejętności krytycznego myślenia. Pomocne mogłyby się także okazać rozmowy z psychologiem i zachęty do korzystania ze stron internetowych, które oferują wskazówki na temat tego, jak radzić sobie z trudnymi emocjami w sytuacjach kryzysowych. Przygotowanie do takich sytuacji – wiedzowe i emocjonalne – może być bardzo cennym kapitałem, jaki zdobędą studenci u progu dorosłego życia.

Bibliografia

- Babbie Earl (2005), *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Scher Isaac (2020), "The first COVID-19 case originated on November 17, according to Chinese officials searching for 'patient zero'", *Business Insider*, 13.03.2020, <https://Coronavirus/Patient-Zero/Contracted-Case-on-November-17> (businessinsider.com) [dostęp: 30.04.2022].
- Elliot Victoria (2018), "Thinking about the Coding Process in Qualitative Data Analysis." *The Qualitative Report*, 23(11), <https://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3560&context=tqr> [dostęp: 30.04.2022].
- Flick Uwe (2012), *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gawarkiewicz Roman i Rodziewicz Barbara (2020), „Skojarzenia słowne w kontekście badań etnolingwistycznych. O potrzebie realizacji projektu Polsko-niemiecko-rosyjskiego słownika asocjacyjnego”, *Studia Językoznawcze. Synchroniczne i diachroniczne aspekty badań polszczyzny*, 19 (2020): 115–129.
- Gonigroszek Dorota (2017a), „Kolory zdrowia i choroby – analiza wyników badania ankietowego” [w:] *Barwa w języku, literaturze i kulturze VIII*, red. Komorowska E. i Stanulewicz D., Volumina.pl, Szczecin.
- Gonigroszek Dorota (2017b), „Ruch antyszczepionkowy w Polsce – medialna wojna na słowa” [w:] *Media, kultura, społeczeństwo*, red. Wybraniec M., Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź.
- Kowalczyk Mariusz (2022), „Ukraina-Rosja...”. *Newsweek Polska*, 24.02.2022, <https://Ukraina-Rosja.Wojna.Co-sie-stalo-24-lutego?-Swiat-Newsweek.pl> [dostęp: 30.04.2022].
- McLeod June (2016), *Colour Psychology Today*, John Hunt Publishing, Croydon.
- Ministerstwo Zdrowia, „Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce”, 04.03.2020, <https://Pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-Polsce-Ministerstwo-Zdrowia-Portal-Gov.pl> (www.gov.pl) [dostęp: 30.04.2022].
- Nosek Brian Arthur, Greenwald Anthony Galt i Banaji Mahzarin Rustum (2013), "The Implicit Association Test at Age 7: A Methodological and Conceptual Review" [w:] , *Social Psychology and the Unconscious: The Automaticity of Higher Mental Processes*, red. John A. Bargh , Psychology Press, 13.05. 2013 [dostęp: 30.04.2022].
- Polski Portal Psychologii Analitycznej C.G. Junga, <https://www.jungpoland.org> [dostęp: 30.04.2022].
- PWN – *aneksy internetowe podręczników*, <https://> Wydawnictwo Naukowe PWN [dostęp: 30.04.2022].
- Słownik Języka Polskiego*, hasło: skojarzenie, <https://skojarzenie-definicja-synonimy-przyklady-uzycia-pwn.pl> [dostęp: 30.04.2022].
- Stanulewicz Danuta (2009), *Colour, Culture and Language: Blue in Polish*, Gdańsk.

Warwas Izabela, Dzimińska Małgorzata i Krzewińska Aneta (red.) (2021), *Komunikacja naukowa w Polsce. Partycypacja, dialog zaufanie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

ISBN 978-83-67580-07-6



9 788367 580076