

Beata Morzyńska-Wrzosek

Dyskurs maladyczny¹ prezentujący antropologizującą perspektywę definiowania choroby, doświadczania towarzyszących jej objawów, bólu, cierpienia, bezsilności, poddawania się leczniczym zabiegom, towarzyszącej im niepewności i lęku, wskazuje na współlistnienie ujęcia właściwego naukom przyrodniczym, zwłaszcza medycyny, oraz kulturowego. Rekonstruowanie postawy wobec nieuchronnego, odtwarzanie rozpadu cielesnej kondycji, towarzyszących mu zmian tożsamościowych nie bazują wyłącznie na empirycznych potwierdzeniach, wypracowują wielopoziomą mitologizację, zarówno scjentyistyczną, jak i kulturową.² W tej perspektywie konkretyzuje złożoność podmiotowego doświadczania siebie w chorobie, dysfunkcję obejmującą sferę cielesną, jak i emocjonalną,³ jej wpływ na kształtowanie zasad konfrontowania się z samym sobą, Innymi oraz światem zewnętrznym. Narracja rejestruje zachodzące w nich nieuchronne zmiany, odnotowuje poczucie niebezpieczeństwa, bezpośredniego zagrożenia. Akcentując stan zaburzenia somatycznego, ograniczenie, brak możliwości swobodnego dysponowania własną cielesnością, niemożność utrzymywania jej w ryzach woli, triumf niewiedomego, towarzyszące im emocje, dokonuje ich konceptualizacji. Interpretacja, podążając ku wyeksponowaniu w subiektywnym doznawaniu wzorów uniwersalnych, dookreślając go jako fenomen kulturowy, komuni-

¹ Na termin 'maladyczny' dla oznaczenia aspektów związanych z doświadczeniem choroby, jako równoważnik dla 'morbudyczny' (od *morbus* = choroba), zwrócił uwagę Kazimierz Szewczyk. Zob. tenże, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa 2001, s. 334. Też M. Szubert, *Żyjąc w cieniu śmierci... Kulturowy obraz gruźlicy*, Wrocław 2011, s. 9.

² M. Szubert, *Kulturowe implikacje choroby w świecie nowoczesnym i ponowoczesnym*, [w:] *Wokół choroby, medycyny i praktyk leczniczych. Teorie - konteksty - interpretacje*, red. K. Łeńska-Bąk, M. Sztandara, Opole 2009, s. 28.

³ Zob. K. Pietrych, *Co poezji po bólu? Empatyczne przestrzenie lektury*, Łódź 2009; M. Szubert, *Żyjąc w cieniu śmierci...*, dz. cyt.; M. Ładoń, *Wobec choroby. O literackich reprezentacjach gruźlicy i raka*, [w:] *GorszeNIE w literaturze, języku, mediach i edukacji*, red. B. Skowronek, E. Rudnicka-Fira, Kraków 2013, s. 51-62.

kując społeczną rangę, wypracowuje zasady werbalizacji, wskazuje na tworzenie specyficznego języka opisu.⁴ Sytuuje refleksję na pograniczu psychologii, medycyny, bioetyki kulturowej, antropologii, socjologii i filozofii, by dookreślić kruchość ludzkiej egzystencji, jej zachwianie, zdecydowaną przemianę w chwili, gdy pojawia się fizyczne, przewlekłe niedomaganie i konieczność zredefiniowania rozumienia siebie.

Dyskurs maladyczny, charakteryzując w głównej mierze potrzebę oswojenia niedogodności chorowania, doznawania siebie w sytuacji zawieszenia, wyłączenia z dotychczasowego codziennego rytmu, zaznacza również różnicę między narracją podejmującą problematykę doświadczania choroby a opowieścią tanatyczną. Narracja maladyczna, uaktualniając bowiem wsłuchiwanie się w niemoc ciała, jego bezbronność, próbę dookreślenia niepokoju wywołanego oddaleniem sprawnego funkcjonowania, konkretyzując uczucie wewnętrznej dezintegracji, ale też zakorzenienie w tym, co tu i teraz, wyraźnie zaznacza patronującą im witalność, która skłania do działania.⁵ Z kolei narracja tanatyczna potwierdza antycypację śmierci, zwrócenie ku nicości, "odczuwanie skończoności",⁶ uruchamia raczej tendencję do domykania jednostkowej egzystencji. Ponadto opowieść o chorobie skupioną na oddalaniu niemocy, na podejmowaniu wysiłku, by się z nią zmierzyć, załagodzić w zdecydowanym stopniu formułuje zwrot ku codzienności, uświadamianie znaczeń drobnych, powtarzalnych czynności, zwykle umykających uwadze rytuałów. Uzasadnione jest również odnotowywanie w opowieści o chorobie zmiany otoczenia związanej z koniecznością przebywania np. w szpitalu, sanatorium bądź przystosowywaniem prywatnych pomieszczeń do potrzeb pacjenta. Głównymi jej wyznacznikami są: wtargnięcie niespodziewanego, zamykanie odczuwania siebie w nieustannym kontrolowaniu fizycznej kondycji, monitorowaniu życiowych funkcji, odsyłające do postawionej lekarskiej diagnozy i konieczności poddawania się terapii. Refleksję o nieudolności rozwija rejestrowanie alienacji, przymusu, uruchomienie mechanizmów definiujących formę fizyczną i psychiczną naznaczoną przemianą, często postrzeganą w kategoriach doświadczenia granicznego, a także obojętność

⁴ Na metaforyzowanie choroby, jej symbolizowanie, mitologizowanie, ich zależność od przestrzeni, czasu, funkcjonowania w obrębie określonej kultury wskazują m.in. Susan Sontag (teżże, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Kraków 2016) czy Krystyna Pietrych (teżże, *Choroba – źródła tematu oraz jego krystalizowanie się w kulturze europejskiej*, [w:] *Wariacje na temat. Studia literackie*, red. J. Abramowska, A. Czyżak, Z. Kopeć, Poznań 2003, s. 79-94).

⁵ K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, dz. cyt., s. 335.

⁶ Tamże.

świata i podmiotowe przekonanie o niezdolności do innego funkcjonowania.⁷

Skonkretyzowane w rozmaitych tekstach kultury opisy choroby jako procesu zmian, degradacji, niestabilności, nieprzewidywalności w głównej mierze przedstawiają takie jednostki nozologiczne, jak gruźlica, nowotwór, AIDS czy zawał serca.⁸ Zdecydowanie rzadziej poddawane kulturowej wykładni są choroby o mniej znanej etiologii,⁹ które wiążą się m.in. z zaburzeniami funkcji mózgu. Schorzeniem neurodegeneracyjnym wprowadzającym szczególnie dramatyczne zmiany w osobowości pacjenta, powodującym jej całkowite przekształcenie, jest choroba Alzheimera.¹⁰ Zasadnicze kliniczne objawy tej dolegliwości to pogłębianie stanu otępiennego, związane z tym zaburzenia mowy, koncentracji, a także omamy wzrokowe, urojenia lękowe oraz apatyczne, adynamiczne zachowania, postępujące fizyczne zniedołężnienie aż do braku zdolności utrzymywania uniesionej głowy.¹¹ Cechują ją sensualne

⁷ O różnych aspektach i perspektywach ujęcia tej problematyki pisali m.in. V. E. Frankl, *Homo patiens*, tłum. R. Czernecki, J. Morawski, Warszawa 1984; J. Revel, J. P. Peter, *Chory człowiek i jego historia*, tłum. T. Komendant, [w:] *Osoby. Transgresje 3*, wybór, red. i oprac. M. Janion, S. Rosiek, Gdańsk 1984, s. 241-265; M. Baranowska, *To jest wasze życie. Być sobą w przewlekłej chorobie*, Kraków 1994; Z. Bauman, *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Warszawa 2000; *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2001; *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002; M. Szubert, *Illness from the anthropological point of view*, [w:] *Jahrbuch für Europäische Ethnologie*, red. H. Alzheimer, Schöningh 2015, s. 191-198.

⁸ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, dz. cyt.; M. Szubert, *Żyjąc w cieniu śmierci*, dz. cyt.; M. Ładoń, „Moje życie utajone to – rak”. Doświadczenie choroby w „Dziennikach” Anny Kowalskiej, [w:] *Pisarstwo kobiet pomiędzy dwoma dwudziestoleciami*, red. I. Iwasiów, A. Galant, Kraków 2011, s. 99-112; tejsze, „Zawał jako przymiarka”. „Listy do Eumenid” Mirona Białoszewskiego, [w:] *Biblioteka „Postscriptum Polonistycznego”*. T. 3. *Adaptacje I. Język - Literatura - Sztuka*, red. W. Hajduk-Gawron, A. Madeja, Katowice 2013, s. 61-79; tejsze, „Pół-cmentarna tabliczka”. Wokół „Zawału” Mirona Białoszewskiego, [w:] *Proza polska XX wieku. Przeglądy i interpretacje*. T. 3: *Centrum i pogranicza literatury*, red. E. Dutka, G. Maroszczyk, Katowice 2014, s. 249-264; tejsze, *Kobiecość w lustrze nowotworu. O zapiskach chorobowych Marii Pawlikowskiej-Jasnorzewskiej*, [w:] *Literatura piękna i medycyna*, red. M. Ganczar, P. Wilczek, Kraków 2015, s. 221-238; B. Morzyńska-Wrzosek, *Refleksja maladyzna w twórczości Marii Pawlikowskiej-Jasnorzewskiej i Anny Świrszczyńskiej*, „Zbornik Matice Srpske za Slavistiku” 2016, nr 90, s. 147-162.

⁹ M. Szubert, *Kulturowe implikacje choroby...*, dz. cyt., s. 25.

¹⁰ A. Phinney, *Fluctuating Awareness and the Breakdown of the Illness Narrative in Dementia*, Sage Publications, London, Thousand Oaks, CA and New Delhi 2002, vol. 1, s. 329-344.

¹¹ M. Gaweł, A. Potulska-Chromik, *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, nr 7, s. 470-473. (<http://www.pnmedyc>)

halucynacje, zdeformowane postrzeganie świata zewnętrznego, odbieranie go jako źródła zagrożenia, unieważnianie dotychczasowych społecznie pełnionych ról, stopniowe gubienie siebie, np.:

Poczuła, jak największa część jej samej, część, którą cenila i o którą pieczołowicie dbała, wywyższona na majestatycznym piedestale, umarła. A pozostałe, mniejsze, mniej podziwiane cząstki jej osobowości jęczały, użalając się nad sobą, zastanawiając się, cóż one znaczą bez niej.¹²

W tej trzecioosobowej narracji maładycznej wyszczególnione zostały istotne aspekty doświadczania siebie w ujawnionym i już zaawansowanym stadium zaburzenia. Choroba Alzheimera przez lata rozwija się w ukryciu, na początku brak jakichkolwiek symptomów (jednym z pierwszych są zaburzenia pamięci, problemy z zapamiętywaniem bieżących wydarzeń), a potem przez długi czas może nie być trafnie zdiagnozowana. W zacytowanym fragmencie powieści Lisy Genovy, będącej przykładem *Alzheimer's novel*,¹³ widoczne jest rejestrowanie wszechobecnej utraty. Dotyczy ona ciała, umysłu, to powolne, nieodwracalne unieważnianie własnego 'ja', postępujący intelektualny bezwład, niszczenie dotychczasowych osiągnięć.

W kulturowym wizerunku tej choroby całkowite zniszczenie wcześniejszego życia, nieunikniona utrata kolejnych intelektualnych umiejętności, nieodwracalny zanik możliwości swobodnego dysponowania własnym ciałem, brak życiowej samodzielności interpretowane są jako metafora kondycji współczesnego człowieka, jako kategorie definiujące zagrożenia teraźniejszego świata.¹⁴ Doświadczanie choroby bezlitośnie odbierającej tożsamość, degradującej, ale też odsłaniającej konieczność zmierzenia się z ludzką niedoskonałością, słabością, z niezrozumiałym i równocześnie niewyraźnym cierpieniem "na przekór kulturowemu tabu naszej cywilizacji – jak zauważa Hanna Serkowska – uczy budowania bliskości, bezinteresowności, empatii".¹⁵

Literackie przedstawienia choroby Alzheimera, akcentując tracenie siebie we wszystkich wymiarach egzystencji (cielesnym, emocjonalnym, intelektualnym, społecznym), obok gubienia świadomości odrębności i wspólnotowości, stopniowego aż do całkowitego rozpadu obcowania ze sobą i ze światem zewnętrznym w głównej mierze kładą nacisk na niewyraźność refleksji i

nych.pl/wp-content/uploads/2015/07/pnm_2015_468-476.pdf, data dostępu: 22.5.2017).

¹² L. Genova, *Motyl*, tłum. Ł. Dunajski, Poznań 2014, s. 259.

¹³ H. Serkowska, *Jakiej wiedzy o chorobie Alzheimera dostarcza literatura piękna?*, [w:] *Literatura piękna i medycyna*, dz. cyt., s. 294.

¹⁴ Tamże.

¹⁵ Tamże, s. 314.

uczucie pacjenta oraz na towarzyszące temu osamotnienie. Podejmując problem nierozpoznawania nawet najbliższej przestrzeni, niepanowania nad własnym ciałem, zaniku zdolności określania własnych potrzeb, niemożności dokonywania najprostszych wyborów, wywoływany tym niepokój i rozpacz, rejestrują również reakcje najbliższych, ich zagubienie, próby odnalezienia się w sytuacji naznaczonej postępującą demencją Bliskiego.¹⁶ Wielowątkowość dyskursu maladycznego charakteryzującego graniczość istnienia, nierozumienie siebie i Innego, bardzo silnie podkreśla wymykanie się jednostkowego funkcjonowania i reagowania wszelkim racjonalnym regułem.¹⁷

Wszzechobecne zniekształcenie, postępująca utrata siebie, pogłębianie zmian aż do momentu, gdy chory przestaje być sobą, degradacja funkcji poznawczych, atomizacja pamięci, powolny rozpad dotychczasowego świata, przesuwanie go ku totalnemu bezwładowi zarejestrowane zostają również w późnej twórczości poetyckiej Ludmiły Marjańskiej. Autorka ukazuje doświadczenie choroby Alzheimera z perspektywy osoby sprawującej opiekę nad pacjentem, potwierdza zwrócenie ku codzienności naznaczonej koniecznością uważnego współistnienia z coraz bardziej nieobecnym, klinicznie zaburzonym mężem, ostrożnym poszukiwaniem nowych zasad funkcjonowania w narzuconych warunkach. Ustalanie całkowicie innego niż dotychczas sposobu komunikacji z chorym Bliskim, zmaganie się z jego słabością, rozpoznawanie w tym procesie siebie, swoich emocji, konfrontowanie ze swoją bezradnością to główne problemy podejmowane w poetyckim zbiorze *Żywica*.¹⁸ W kolejnym tomiku wierszy zatytułowanym *Córka bednarza*¹⁹ obok żałoby, uczucia osamotnienia, już bardzo wyraźnie zarysowanych zasad osvajania utraty, łagodzenia naruszonego porządku pojawia się eksponowanie nienasycenia zmysłową urodą świata, pogodzenie ze słabością własnego ciała i przemija-

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Np. Ch. Pierce, *Hard to Forget: An Alzheimer's Story*, New York 2000; R. Hadas, *Strange Relation: A Memoir of Marriage, Dementia, and Poetry*, Philadelphia 2011; A. Gillies, *Opiekunka. Życie z Nancy. Podróż w świat alzheimera*, tłum. Z. Zawadzki, Wołowiec 2012; D. Sieveking, *Nie zapomnij o mnie. O tym, jak moja matka traciła pamięć, a ja na nowo odkryłem swoich rodziców*, tłum. J. Trawiński, Warszawa 2013; L. Genova, *Motyl*, dz. cyt.

¹⁸ Był on wydany w roku 2001 i "dedykowany zmarłemu mężowi, którego choroba i umieranie stały się bezpośrednim zaczynem emocjonalnym pomieszczonych tu utworów". (A. Legeżyńska, "Arbor vitae." *O poezji Ludmiły Marjańskiej*, [w:] tejże, *Od kochanki do psalmistki... Sylwetki, tematy i konwencje liryki kobiecej*, Poznań 2009, s. 132-133). Zob. też *Z częstochowskiej ziemi na "literacki Parnas"*. *Antologia wierszy Władysława Sebyły, Jerzego Lieberta, Haliny Poświatowskiej, Ludmiły Marjańskiej*, wstęp i wybór wierszy Elżbiety Hurnikowej, Częstochowa 2006, s. 62.

¹⁹ Zbiór wierszy opublikowany w roku 2002.

niem, wielokrotnie konstruowany jest intymny dialog ‘ja’ wobec ‘ja’.²⁰ Skonkretyzowane w obu zbiorach sytuacje liryczne wkomponowują się w tradycję narracji senilnej charakteryzującej się wypracowaniem nowych zasad akceptowania siebie w sytuacji odczuwania finalności własnej egzystencji,²¹ odnotowują także właściwe dla dyskursu maładycznego ujawniającego *casus* choroby Alzheimera – zmaganie z zaburzeniami neurologicznymi, somatycznymi, poznawczymi, zniekształcającymi, odbierającymi tożsamość, ewokowaną nimi refleksję o lęku, cierpieniu, upokorzeniu, niezrozumieniu, skomplikowanym współodczuwaniu. Nie rozkładając równomiernie akcentów związanych z doświadczaniem własnego kresu i ułomności Bliskiego, opisując z perspektywy opiekuna, jak kondycja chorego, jego mentalne, emocjonalne odchodzenie, pogłębiająca się dysfunkcja wpływają na wspólną rzeczywistość, jak redukcją dotychczas wypracowaną, ugruntowaną bliskość, wzajemnie wyrażaną intymność. Uobecniają bez patosu i naiwności²² wysiłek konstruowania codzienności, afirmację tego, co nietrwałe, zagrożone, tęsknotę za minionym i próbę pogodzenia z tym, co nieuchronne.

Sugestywnie zarysowane świadectwo towarzyszenia mężowi w chorobie, obserwacja długotrwałego, bolesnego procesu degradacji, nieprzewidywalnych zachowań, próba wypowiedzenia postępującej utraty wyraźnie wskazują również na wysiłek kobiety-opiekunki, aby zrozumieć siebie. Bolesnie odczuwane unieważnienie dotychczasowej stabilności, dramatyczna konfrontacja z zaburzeniem otępiennym implikują definiowanie siebie w kategoriach pogrążającego w chaosie doświadczenia granicznego.²³ Tę złożoność, wieloaspektowość doznawania utraty, nieodwracalnego przesuwania granic świadomej obecności “ty” wyraźnie dookreśla podmiotowa perspektywa zespała-

²⁰ Problematykę intymnego dialogu ‘ja’ wobec ‘ja’ m.in. w zbiorze wierszy *Córka bednarza* Ludmiły Marjańskiej umówiłam w artykule: B. Morzyńska-Wrzosek, *Zachować siebie-dla-siebie. Wokół problematyki kształtowania tożsamości w późnej poezji Ludmiły Marjańskiej*, [w:] *Siła samotności. Zjawisko kobiecej samotności w kulturze i edukacji*, red. J. Posłuszna, Kraków 2015, s. 13-27.

²¹ Zob. B. Morzyńska-Wrzosek, *Zachować siebie-dla-siebie...*; J. Grądziel-Wójcik, *Obręcze wiersza – kręgi interpretacji. Wokół “Córki bednarza” Ludmiły Marjańskiej*, [w:] *tejże, Przymiarki do istnienia. Wątki i tematy poezji kobiet XX i XXI wieku*, Poznań 2016, s. 129.

²² J. Grądziel-Wójcik, *Obręcze wiersza*, dz. cyt., s. 144.

²³ *Żywić* jako zapis doświadczenia granicznego omawia Adriana Szymańska. *Tejże, Sprostac̄ zyciu*, “Przegląd Powszechny” 2001, nr 7-8, s. 138-141. Również Anna Spółna tom ten, a także *Córkę bednarza* umieszcza w tradycji funeralnej, analizuje w nich model przeżycia śmierci bliskiej osoby, rozpamiętywania jej utraty. *Tejże, Tom poetycki jako historia żaloby – cykle epicedialne*, [w:] *tejże, Nowe “Treny”? Poezja żalobna po II wojnie światowej a tradycja literacka*, Kraków 2007, s. 104-121.

jąca narrację maladyczną z modelem doświadczania intymności projektowanym w dyskursie miłosnym Rolanda Barthes'a.²⁴ Odnosić można zatrzymanie uwagi na sferze współlistnienia ustalonej prywatnością, definiowanie jej skupieniem na widmowej obecności 'ty', doświadczaniem siebie w relacji wobec niego, lękiem przed wygasaniem bliskości, zaakcentowaniem przemiany, kruchości istnienia, odczuwaniem pustki. Rozpoznaniu podlega również świadomość niewyraźności uczucia, zamknięcie/ograniczenie świata, które kierują uwagę ku intensywniejszemu doświadczaniu siebie, nacechowanemu przede wszystkim skrajnie subiektywnym reorganizowaniem granic, ich otwieraniem i/lub domykaniem.

Każde doświadczenie choroby wymyka się próbom kategoryzacji, szczególnie choroby przewlekłej, niszczącej organizm, dezintegrującej egzystencję, przynoszącej cierpienie, wymuszającej drastyczną redukcję potrzeb niezwiązanych z dolegliwością, boleśnie konkretyzującej realne zagrożenie, potęgującej świadomość własnego kresu. Akcentując biologiczną kruchość, wzmagając uczucie osaczenia, zamknięcia, kieruje uwagę ku nieustannemu redefiniowaniu rozumienia siebie, by mimo negatywnych zmian, istotnego zachwiania dotychczasowych osiągnięć nadal odczuwać siebie-jako-siebie, w szeregu przekształceń odkrywać siebie-w-sobie. Analizując kulturowe reprezentacje choroby, Mateusz Szubert zauważył, że "Kształtowanie się nowej tożsamości w przypadku chorego ciała jest procesem dramatycznym, wymaga sieci zerwań uprzednio ustalonych wzorów zachowań, punktów odniesienia".²⁵ W chorobie Alzheimera dynamika tego zjawiska zarysowuje się jeszcze inaczej, zdecydowanie dotkliwiej, bowiem nie dotyczy jedynie przesilenia, przekształcenia rozumienia siebie pod wpływem dramatycznych zmian, lecz wprowadza powolną utratę własnej tożsamości. Definiuje ją coraz silniejsze odczuwanie siebie jako kogoś obcego, nierozpoznawanie siebie, brak świadomości własnych potrzeb, zagubienie w zmysłowym postrzeganiu. Charakterystyczne dla tego schorzenia nieprawidłowości w systemie nerwowym powodują zarówno deformowanie funkcjonowania w obszarze somatycznym, jak i oddalenie zdolności intelektualnych, emocjonalnych. Powolnej mentalnej śmierci pacjenta towarzyszą niespodziewane ataki agresji, urojenia czy reakcje lękowe.²⁶ Zaburzenia orientacji, trudności ze skupieniem uwagi, dostrzeganiem zmian w najbliższym otoczeniu, brak umiejętności ich zrozumienia, wytłumaczenia wywołują najczęściej irytację, frustrację, uczucie

²⁴ R. Barthes, *Fragmenty dyskursy miłosnego*, tłum. i posłowie M. Bieńczyk, wstęp M. P. Markowski, Warszawa 1999.

²⁵ M. Szubert, *Narracja maladyczna*, [w:] tenże, *Żyjąc w cieniu śmierci...*, dz. cyt., s. 38.

²⁶ M. Gawel, A. Potulska-Chromik, *Choroby neurodegeneracyjne*, dz. cyt., s. 470.

zagubienia, beznadziejności, bezradności, a także podejrzliwości. Zanikanie zdolności porozumiewania się, komunikowania swoich potrzeb, nastrojów, nierozpoznawanie nie tylko Innych, najbliższych, otoczenia, ale też siebie samego zdecydowanie wpływają na sposób traktowania pacjenta. Jego społeczny odbiór dookreśla przekonanie o niemożności nawiązania kontaktu, a kłopoty z pamięcią częstokroć klasyfikowane są jako objaw rozwijającej się choroby umysłowej, postępującej psychicznej niepoczytalności.²⁷ Dramatycznie narastająca wielopoziomowa utrata zdolności świadomego doświadczania siebie i innego, brak panowania nad sobą i otoczeniem, wywoływany tym chaos wymagają zapewnienia choremu stałej opieki. Dlatego obszar doświadczeń związanych z tą dolegliwością znacznie poszerza się o problemy emocjonalne opiekuna, jego fizyczne wyczerpanie oraz pogłębiającą się izolację społeczną. Dotyczy to szczególnie opiekunów rodzinnych, emocjonalnie związanych z pacjentem.²⁸

Powyższy rejestr zagadnień wywołanych pojawieniem się AD²⁹ zyskuje w poetyckim tomie *Żywica* kształt dookreślony uważną obserwacją coraz bardziej nieobecnego chorego, a także dojmującą obecnością 'ja', jego świadomością funkcjonowania w sytuacji przymusu. Marjańska wielokrotnie podkreśla konieczność współlistnienia naznaczonego jeszcze czułością, ale często już tylko jednostronną, nieodwołalnie zagrożoną rozpadem:

Ten obcy obok mnie to mój najbliższy
Nienawidzi mnie bo mnie kochał
Zastępuję mu oczy
ale on widzi nimi inaczej [...]

Gładzi moją dłoń
gdy prowadzę go za rękę
ku nieuniknionemu³⁰

Zagubiona tożsamość Nieobecna bliskość
Najbliższy jeszcze choć nie ten sam człowiek³¹

Podeprzyj się wstań
jest obok ciebie człowiek

²⁷ L. Genova, *Motyl*, dz. cyt., s. 165.

²⁸ Np. M. Kaczmarek, M. Durda, M. Skrzypczak, A. Szwed, *Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera*, "Gerontologia Polska" 2010, nr 2, s. 86-94.

²⁹ Powszechnie używany skrót (od ang. *Alzheimer's disease*).

³⁰ L. Marjańska, ****Ten obcy obok mnie to mój najbliższy...*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia. Wybór wierszy*, wybór J. Krzemiński, wstęp M. Baranowska, Warszawa 2003, s. 105-106.

³¹ Tejże, ****Te oczy które patrzą a nie widzą...*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 107.

trzeba go podnieść umyć
 spróbować ubrać
 namówić
 by zechciał jeszcze żyć
 chociaż przez chwilę.³²

Sytuacja konfliktu w bliskiej relacji zawsze wyznacza zmianę emocji, nastawienia, stopnia zaangażowania, inicjuje przeorganizowanie wspólnej sfery doświadczeń, intensyfikuje niepewność, rozczarowanie, uczucie oddalenia i osamotnienia, a kryzys powodowany postępującym mentalnym zgonem Bliższego te aspekty przemiany wspólnoty drastycznie wyostrza. Ulega rozpadowi dotychczasowa dbałość o zachowanie ciągłości, pragnienie stabilizacji, przewidywalności, jak też akceptowanie przemiany, możliwości przekroczenia tego, co znane, otwartość na niepowtarzalność Innego, gotowość na jego poznanie, aktywizowanie współuczestnictwa kreowanego sferą werbalną, gestem, spojrzeniem, ciałem, zmysłem dotyku.³³ Ta dezorganizacja odbiera wewnętrzną energię, pozbawia zdolności realizowania wcześniejszych planów, eliminuje zdolność przeciwstawienia się, w znaczącym stopniu ogranicza możliwość poszukiwania elementu równoważącego. Intensywną modyfikację wszystkich komponentów dotychczasowego życia bardzo wyraźnie dookreśla redukcja oczekiwań i niebezpieczeństwo samowyobcowania. Redefiniowanie stosunku do chorego i siebie wskazuje również na brak stabilności, sprzeczne doznania (jak znużenie i pobudzenie), uwypukla trudności z rozpoznaniem wewnętrznego stanu 'ja', towarzyszące mu uczucie bezsilności:

Wszystko dzieje się bardzo powoli
 i bardzo nagle
 Kiedy ci się zdaje
 że nauczyłaś się już
 cierpliwości
 wybuchasz krzyczysz
 A potem
 już tylko cisza.³⁴

Unieważnianie partnerskich relacji, ich bezpowrotność, narastające poczucie obcości, powodowany tym zamęt nie implikują jednak bilansu zysków i strat, raczej potrzebę przystosowania. Obejmuje ona konieczność stałej mobi-

³² Tejże, ****Gdzie ono we mnie mieszka...*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 112.

³³ A. Wiatr, *Odnajdując i tracąc siebie*, [w:] tejże, *Historie intymne. Odnajdując i tracąc siebie*, Kraków 2010, s. 17 i n.

³⁴ L. Marjańska, ****Wszystko dzieje się bardzo powoli...*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 119.

lizacji, bezinteresowność, “trudną empatię”,³⁵ stopniowe przyzwyczajanie się do utraty tożsamości przez Bliskiego, oddalania jego zdolności panowania nad własnym ciałem i językiem, pogłębiającej się nieświadomości, rosnącym uzależnieniem od Innych. Skłania to poetkę do uważnego przyglądania się terażniejszości naznaczonej przede wszystkim postępującym przestrzennym ograniczeniem, zawężeniem, uczuciem odosobnienia, zamknięcia oraz rutyną i nieprzewidywalnością. Ustalają ją powtarzalne czynności pielęgnacyjne, łagodzenie wywołanego neurologiczną degeneracją emocjonalnego napięcia męża, kolejne, coraz bardziej mozolne, coraz częściej skazywane na niepowodzenie próby przełamania obcości. Jednoznacznie doprecyzowane zostaje doświadczenie brutalnej zmiany, zwątpienia, ale też systematycznie podejmowanego wysiłku, by oswoić dynamikę chaosu, niemoc chorego i własną:

I ty przy nim
z nadzieją chociaż nie masz złudzeń
Wciąż pytasz chociaż wiesz już że ci nie odpowie
Wciąż próbujesz ożywić umysł który gaśnie³⁶

Nie chodzę już do kościoła
prowadzę dziecko do łazienki
Nie słucham kolęd
usiłuję pojąć niezborne słowa
Nie płaczę zmuszam się do uśmiechu
Zwalczam rodzącą się gorycz
spokojem.³⁷

Codzienna obserwacja nie inspiruje refleksji o egzystencji niedopełnionej, niespełnionej potencjalności. Uwagę absorbują wyłącznie zachowania chorego, jego wahnięcia nastrojów, narastająca obojętność, nieufność, nierozpoznanie najbliższego otoczenia. Zaburzenia neurologiczne deformują reakcje, determinują zachowania werbalne i pozawerbalne, przesuwają je w sferę niewiadomego, wymykającego się jakiegokolwiek racjonalnej diagnozie, wywołującego niepewność. Sfera reagowania emocjonalnego, zmysłowego pacjenta pozostaje więc dla ‘ja’ nieodgadniona, co wymaga niespotykanej dotąd czujności, nakierowuje na uważne rejestrowanie zmian. Odnotowywane są coraz bardziej widoczne oznaki utraty kontroli, oddalenie zdolności lokowania siebie w nakierowaniu na własną ekspresję oraz doznawanie Innego:

³⁵ A. Legeżyńska, dz. cyt., s. 133.

³⁶ L. Marjańska, ****Te oczy które patrzą a nie widzą...*, [w:] *tejże, A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 107.

³⁷ *Tejże, ***Nie chodzę już do kościoła...*, [w:] *tejże, A w sercu pełnia...*, dz. cyt., s. 109.

Zamknięty w kręgu udręczenia
 odchodzi
 w swój niepojęty świat
 gdzie nie ma wstępu
 Mówi obcym językiem
 Bełkotliwe samogłoski
 wypadają mu z ust
 grudkami bólu³⁸

W ostrym świetle przede mną
 rozbity przez cierpienie
 ludzki wrak
 dźwiga się z dna świadomości
 wypływa
 między domowe sprzęty
 Niegdyś oswojone
 otaczają go teraz
 jak dzikie zwierzęta.³⁹

Nacechowane empatią interpretowanie zachowań komunikacyjnych Bliskiego akcentuje bardzo wyraźnie nie tylko jego pogrążanie się w bezruchu, apatii, mentalnym oddaleniu, znieruchomieniu. Konkretyzuje również te szczególne momenty, w których można jeszcze nawiązać z nim kontakt, które poświadczają istnienie jego dawnej świadomości. Nie chodzi tu o klasyczne dla *Alzheimer's novel* "przechodzenie na drugą stronę mostu", dzięki któremu opiekunowie "przeprowadzają się" do świata ustanowionego zaburzeniami pacjenta; egzystują w jego fikcji, bo dzięki temu codzienność staje się mniej uciążliwa.⁴⁰ Ludmiła Marjańska w *Żywicy* nie mówi o zacieraniu boleśnie odczuwanej różnicy między światem chorego a swoim, o dobrowolnym wchodzeniu w świat naznaczony procesem neurodegeneracyjnym, przyjmowaniu zasad ustanowionych wymazywaniem w świadomości chorego podstawowej wiedzy i umiejętności. Skupia się na nieprzewidywanych momentach potwierdzających dawną bliskość, wydobywa z naznaczonej obywatelstwem terazniejszości te szczegóły, które dają złudne wrażenie powrotu doświadczanej niegdyś intymności:

Umiesz jeszcze
 patrzeć z miłością
 szepnąć nieoczekiwanie

³⁸ Tejże, ****Zamknięty w kręgu udręczenia*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 120.

³⁹ Tejże, ****Wyrwana z nadziejów*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 109.

⁴⁰ H. Serkowska, *Jakiej wiedzy o chorobie Alzheimera...*, dz. cyt., s. 303.

dziękuję.⁴¹

Ta kłoda
powalona wichurą
wciąż jest moim mężem
Czasem dźwigam ją
do pionu
Odzyskuje mowę
Mówi
Jaką masz małą rączkę.⁴²

Powyższe fragmenty uwypuklają skalę przemiany, jej odczuwanie przez kobietę-opiekunkę, podkreślają stopień przekształcania egzystencji własnej w/wobec relacji z Bliskim, naznaczenie jej przytłumioną rozpaczą, przenikliwym uczuciem osamotnienia, przygnębieniem, bezradnością i tęsknotą. Uruchamiając pamięć własną, biorąc odpowiedzialność za to, co zapamiętane, poetka ujmuje rzeczywistość w kategorii rozkładu, narastania barier, bolesnego wtargnięcia obcości i nieuchronnego zagrożenia nieobecnością. Wobec braku perspektyw na oddalenie niedogodności spowodowanych schorzeniem otępiennym męża konstruuje tryb codzienności zdominowany próbą poszukiwania z nim jakiegokolwiek kontaktu, mimo postępującego odłączenia, izolacji dąży do ich choćby chwilowego złagodzenia.

Zachowania komunikacyjne chorego charakteryzujące się utratą umiejętności posługiwania się językiem, zaburzeniem zmysłowego postrzegania, niemożnością identyfikowania osób i miejsc, a nawet własnych przyzwyczajzeń i pragnień, eliminują możliwość racjonalizowania przemiany. Stąd towarzyszenie Bliskiemu w jego zagubieniu, nierozpoznawaniu siebie i Innych, we wszechobecnej negatywności skupia się na nieustannym modyfikowaniu zasad codziennego współistnienia, czujnym rejestrowaniu zachowań powodowanych pogłębiającą się demencją. Skonkretyzowane zostaje najczęściej uwikłanie w powtarzalność i nieprzewidywalność, uporczywe niedopowiedzenia, monotonia, przyspieszone podążanie ku finalności, a także wysiłek fizyczny i emocjonalny 'ja'. W tej rzeczywistości naznaczonej nieodwracalnym, wszechobecnym, dotkliwym deficytem tym, co przypomina o dawnej współobecności, spotkaniu, tym, co chroni i umożliwia nawiązywanie subtelnego, momentalnego porozumienia, jest już tylko jeden zmysł:

blask go razi
zieleń szarzeje

⁴¹ L. Marjańska, ****Nie płacz jeszcze jesteś człowiekiem...*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 115.

⁴² Tejże, ****Ta kłoda powalona wichurą...*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 118.

świat stracił barwy
 potrawy smak
 Nie słyszy stukania dzięcioła
 moich słów niecierpliwych
 Został jeszcze dotyk⁴³

To poetyckie zestawienie jednoznacznie ujawnia, że rozwój procesu neurodegeneracyjnego zaburza widzenie, słyszenie, ogranicza rozpoznawanie bodźców smakowych i zapachowych, deformuje, aż do całkowitego zaniku odczuwanie własnej obecności, zdolności odczytywania zachowań Innych. W sytuacji zapominania siebie, swoich wcześniejszych i obecnych doznań, “wyrzucenia z czasu teraźniejszego, narastającego poczucia nieświadomości tego, co tu i teraz”⁴⁴ wzrasta ranga dotyku, “niższego zmysłu”,⁴⁵ bowiem, zobowiązując do reagowania, domagając się wzajemności, sytuuje w najbliższym otoczeniu. Jest “strażnikiem rzeczywistości”,⁴⁶ potwierdza materialność istnienia, zapewnia kontakt między tym, co wewnętrzne i zewnętrzne, otwiera na odczuwanie siebie i koordynuje zasady reagowania, pozwala na pokonywanie bezpośrednich barier. Wyraźnie konstytuując doświadczanie siebie w odrębności i poszukiwaniu zbliżenia, zetknięcia, ujawniając napięcie wynikające z niejednorodności, gwarantując odczuwanie różnicy, buduje również poczucie łączności i zobowiązania.⁴⁷ Kształtuje konfrontowanie siebie-z-sobą i z tym, co inne, uwidacznia potrzeby emocjonalne oraz ich doraźność.⁴⁸ Unieważniając odległość ustanawianą doznaniem wzrokowymi czy słuchowymi, ograniczając poznawanie do przestrzeni ustalonej na wyciągnięcie dłoni, aktywnie doświadczanej, tworzy sferę wymiany, oznajmiania obecności, a także poczucia przynależności.

Kontakt dotykowy wprowadzony w konstruowanie komunikacji z chorym, wielokrotnie ponawiany, inicjowany na zasadzie przyzwolenia, poświadcza nie tylko obecność własną i cudzą. Mimo postępującego upośledzenia aktyw-

⁴³ Tejże, ****Ten obcy obok mnie to mój najbliższy*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 105-106.

⁴⁴ M. Ładoń, *Kłopotliwa kasetka z chorobami. O “Włoskich szpilkach” i “Szumie” Magdaleny Tulli*, [w:] *Kobieta, literatura, medycyna*, red. A. Galant, A. Zawiszewska, Szczecin 2016, s. 373.

⁴⁵ M. Gołaszewska, *Dotknięcie*, [w:] tejże, *Estetyka pięciu zmysłów*, Warszawa-Kraków 1997, s. 130.

⁴⁶ J. Brach-Czaina, *Dotknięcie świata*, [w:] tejże, *Błony umysłu*, Warszawa 2003, s. 61.

⁴⁷ T. Sławek, *Cienie i rzeczy. Rozważania o dotyku*, [w:] *W przestrzeni dotyku*, red. J. Kurek, K. Maliszewski, Chorzów 2009, s. 17 i n.

⁴⁸ M. Gołaszewska, *Dotknięcie*, dz. cyt., s. 131.

ności, zaburzeń pamięci, gdy pozostaje wrażliwość dotykowa, istnieje jeszcze szansa rozpoznawania stanu emocjonalnego pacjenta, dostrzegania jego potrzeb i ukierunkowanego reagowania na nie. Pozwala na niwelowanie dystansu, krystalizuje przeżycie chwili, potwierdza odkrywanie zbliżenia, daje Bliskiemu poczucie ulgi:⁴⁹

To demony
judzą mącą rozum
przesłaniają wzrok
każą na oślepienie
uderzać
odczłowieczają
Tylko czułość
ucisza je
przywraca ci
siebie⁵⁰

Ufność czułość – dwa wytarte słowa
nie przyznajemy się do nich ze wstydu
Ale to ufność wywołuje czułość
gdy stary człowiek nagle
w błysku chwili mówi
– Jestem zgubiony
już całkiem zgubiony

Jakże go nie przytulić
jak dziecko co w lesie
życia nie może odnaleźć swej drogi
Tak jesteśmy zgubieni w labiryncie losu.⁵¹

Nie bez znaczenia pozostaje tu uwypuklenie rangi tego rodzaju dotyku, który nie narusza osobowej intymności,⁵² łagodzi dyskomfort fizycznego i emocjonalnego odrętwienia chorego, pozostaje w harmonii z jego zaburzonym doznawaniem. Dotknięcie wydobywa z chaosu, w którym pogrąża go utrata orientacji w czasie i przestrzeni, pogubienie w odczuwaniu siebie-jako-siebie, przypomina o współobecności, bliskiej relacji:

Dżungla pokoju

⁴⁹ Zob. B. Kopczyńska, *Dotyk jako forma komunikacji z chorym – doświadczenie lekarza hospicjum*, [w:] *W przestrzeni dotyku*, dz. cyt., s. 171-177.

⁵⁰ L. Marjańska, ****Nie płacz jeszcze jesteś człowiekiem*, [w:] *tejże, A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 115-116.

⁵¹ *Tejże, ***Ufność czułość – dwa wytarte słowa*, [w:] *tejże, A w sercu pełnia*, cyt., s. 119.

⁵² B. Kopczyńska, *Dotyk jako forma komunikacji z chorym*, dz. cyt., s. 177.

tunel korytarza
i ratunkowa lina mojej ręki.⁵³

Dotknięcie, które przynosi widoczne ukojenie, powoduje zredukowanie napięcia, oddalenie lęku, ważne jest również dla tego, który dotyka świadomie. Zacytowane fragmenty liryków ukazują pragnienie kobiety-opiekunki, aby zaświadczać istnienie, choć naruszonej demencją Bliskiego, wspólnoty, przewyższać samotność, dążyć do opanowania bezradności. Dotyk, zakorzeniając w tym, co teraz, tutaj otwiera na chorego i choć przez niego nieodwzajemniony lub odwzajemniony nieświadomie konstruuje przestrzeń zmysłowego odczuwania, a opiekun mimo doświadczanej rozpacz, nieodwracalnej utraty, niemocy potwierdza zobowiązanie i odpowiedzialność.

Poetycka refleksja Ludmiły Marjańskiej, eksponująca głęboką dysfunkcję fizyczną i psychiczną chorego, tracone przez niego kolejne zdolności oraz świadomość, że zniekształcenie osobowości jest nieodwracalne, wyraźnie charakteryzuje osobowe relacje. Autorka łączy mozolne poświadczanie dawnej intymności, instynktowne odgradzanie się od bezradności, cierpienia z poczuciem obowiązku opiekowania się mężem do końca, przyznawaniem się do własnej rozpacz i słabości. Alzheimer odbiera Bliskiemu świadomość, tożsamość, samodecydowanie, oddziela go od siebie i świata, jest źródłem niewyrażalnych z jego perspektywy frustracji, ponadto wymaga codziennej troski, zapewnienia bezpieczeństwa i względnego emocjonalnego komfortu. Kobieta-opiekunka obserwując postępy choroby, doznając przeciążenia, zdominowania terażniejszości lękiem, zagubieniem, zmęczeniem, opowiada często o doznaniach, bliskości i wzajemności, które dostępne są już tylko w rekonstruowanych fragmentach przeszłości. Ponadto to, co przeżyte, cenne funkcjonuje w pamięci tylko jednego z małżonków:

Przez gruzy domu prowadzę
stąpającego niepewnie mężczyznę
Na siwe włosy niewidzące oczy
nadajnik nakłada
obraz chłopca z jasnym spojrzeniem

Idziemy wśród zieleni
roześmiani
Ulewa srebrnych kropel.⁵⁴

Zanurzenie w to, co zapamiętane buduje poczucie zawieszenia czasu, odizolowania od choroby, pogłębiającego się odrętwienia, zmagania się każ-

⁵³ L. Marjańska, ****Wyrwana z pradziejów*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 109.

⁵⁴ Tejże, ****Mój mózg jest nadajnikiem*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 108.

dego dnia z brakiem nadziei na jakąkolwiek poprawę, ze świadomością, że nie ma nie tylko możliwości pokonania słabości, ale nawet zmierzenia się z niewyobrażalnym osamotnieniem Bliskiego. Wskrzeszanie przeszłości, nasycające sensualnymi jakościami powrotów do minionego potwierdza poszukiwanie rekompensaty w sytuacji bardzo silnie odczuwanego nacisku tego, co nieuchronne. Dookreśla je intensywny proces interpretacji, bo powtórzenie daje szansę na ocalenie, ale potwierdza też odpowiedzialność za nie, wskazuje na towarzyszącą wspomnianiu intencję. Odtwarzana wersja wydarzeń silnie akcentuje specyfikę chwili obecnej, nie rozwiązując jej dylematów, łagodzi odczuwanie, prowadzi w obszary wykreowane przez wyobraźnię, wrażliwość i jednoznacznie określone potrzeby 'ja'.

W zbiorze *Żywica* bez trudu odnaleźć można wydobywane z pamięci fragmenty, wskazać na wyłanianie obrazów oczekiwanych, z uwagą projektowanych, w których nie występują zdarzenia przykre, wywołujące uczucie niepokoju, zdominowane jakimś pęknięciem czy groźną intencją, sugerujące chaos, nieufność, obojętność. Powroty do tego, co zapamiętane nie koncentrują się również na ujawnianiu boleśnie odczuwanej pustki chwili terażniejszej, wręcz przeciwnie – dzięki kierowaniu uwagi ku dawnej bliskości, jej wyraziście zarysowanej różnorodności – pozwalają na rozeznanie ciągłości, ale też przekonują o możliwości regulowania choć w pewnych zakresie własnych emocji, sugerują możliwość odzyskiwania równowagi⁵⁵. Ponadto pamięć jako gwarant samowiedzy, porządkowania doświadczeń, umacniania indywidualnej interakcyjności i relacyjności z sobą i Innym, uświadamiając zakres transformacji, wspomaga formułowanie aktu pożegnania z Bliskim.⁵⁶

Dysfunkcja, polegająca na unieważnianiu tożsamości, powolnej utracie samostanowienia, odbiera pacjentowi możliwość przeciwstawienia się, zmierzenia się z postępującym ograniczeniem; eliminuje porozumienie z opiekunem, by wspólnie łagodzić skutki rozwijającego się zniedołężnienia. Stopniowemu zanikowi sensualnej wrażliwości, zdolności do samodzielnego funkcjonowania, wycofaniu, oddaleniu dawnej wzajemności towarzyszy również pewność, że postęp choroby nie tylko jest nieunikniony, ale doprowadzi do tego, że chory przed śmiercią całkowicie utraci nad sobą kontrolę.⁵⁷ Charak-

⁵⁵ Na ten aspekt pamięci zwraca uwagę m.in. Agnieszka Rydz. Teżże, *Pamięć autobiograficzna*, [w:] teżże, *Mnemozyna. O pamięci autobiograficznej w poezji polskiej*, Poznań 2011, s. 27 i n.

⁵⁶ A. Legeżyńska, *Gest pożegnania. Szkice o poetyckiej świadomości elegijno-ironicznej*, Poznań 1999.

⁵⁷ Zmiany są tak drastyczne, że w odbiorze społecznym osoby z chorobą Alzheimera mogą być charakteryzowane jako *living dead*. Zob. H. Serkowska, *Choroba otępienna w świa-*

terystyczna dla choroby Alzheimera niemożność odczytania, zracjonalizowania zachowania pacjenta, konieczność rewidowania przez kobietę-opiekunkę własnych przyzwyczajęń, poglądów, emocji powodują, że obok bezradności, cierpienia, wyczerpania psychicznego i fizycznego odczuwa też ona zniechęcenie, niepewność, zwątpienie.⁵⁸ Jednak przez cały czas podtrzymuje gotowość lokowania siebie przy coraz bardziej nieobecnym Bliskim. W jednym z finalnych liryków *Żywicy* dyskretnie dokona podsumowania, odnajdzie pocieszenie w marzeniu sennym:

Wiersz jak sen
przywraca życie zmarłym
siadają z nami za stołem
piją herbatę
patrzają w oczy
zwyczajni
zupełnie jak żywi
Trzymamy ich za rękę
i jesteśmy
nieziemsko
szczęśliwi.⁵⁹

Zamieranie współobecności, mozolne konstruowanie codzienności z coraz bardziej nieobecnym chorym, upokorzenie i osamotnienie, zawierzenie pracy własnej pamięci to główne wyznaczniki narracji maladycznej projektowanej w późnej liryce Ludmiły Marjańskiej. Zwracają one uwagę na przywiązanie i współczucie dla męża, który nieodwracalnie pogrąża się w niezrozumiałej dla siebie i towarzyszącej mu opiekunki dynamice zmian. Rejestrowanie organicznego, intelektualnego i emocjonalnego niedomagania ukazuje doświadczenie choroby w kategoriach wieloaspektowej utraty, zniekształcenia oraz braku możliwości dotarcia do wewnętrznego świata dotkniętego demencją.

Poetycki dyskurs maladyczny autorki *Córki bednarza* wyraźnie nakierowuje również uwagę na podmiotową próbę rozpoznawania siebie w sytuacji odchodzenia Bliskiego, którą cechuje potrzeba poszukiwania rekompensaty, przypominania dawnych wzruszeń, odnajdywania pocieszenia w afirmowaniu codzienności. Potwierdza dylematy związane z odczuwaniem lęku, bezradności, niedowierzania i brakiem cierpliwości. Tego typu zachowania wskazują

towym filmie fabularnym, [w:] *Medycyna w filmie*, red. M. Ganczar, M. Oleszczyk, Kraków 2017, s. 146.

⁵⁸ L. Burke, *Oneself as Another: Intersubjectivity and Ethics in Alzheimer's Illness Narratives*, "Narrative Works" 2014, 4(2), pp. 28-47.

⁵⁹ L. Marjańska, ****Wiersz jak sen...*, [w:] *też*, *A w sercu pełnia...*, dz. cyt., s. 133.

na daleko posuniętą transformację w kształtowaniu swojej obecności, zmiany te mogą być definiowane w kategorii doświadczania siebie “u progu”, w sytuacji “pomiędzy”.⁶⁰ Jej centralnym wyznacznikiem jest bowiem napięcie między zapamiętaną przeszłością a trudną do zaakceptowania terażniejszością, ponadto unieważnieniu dotychczasowego przestrzenno-temporalnego porządku towarzyszy uczucie zagubienia i niepewności, brak wypracowanych, sprawdzonych zasad postępowania. Proces samookreślenia, konotujący tak rozumiany dyskomfort i powodowane nim napięcia, projektowany jest nieodwracalnym przerwaniem relacji z bliską osobą, wieloaspektowo odczuwanym jej traceniem, które determinuje podjęcie działań łagodzących “żywą nieobecność” chorego.⁶¹ Ponadto kształtowanie tożsamości opiekuna charakteryzuje świadomość dylematów etycznych implikowanych zobowiązaniem przejmowania i kontynuowania cudzej narracji. Warto odnotować, iż rozwijające się rozumienie siebie w kryzysie powodowanym chorobą neurodegeneracyjną męża, próba porządkowania i opanowywania jej destabilizującej dynamiki w tomie *Żywica* Marjańskiej prowadzi do finalnej autorefleksji ujawniającej spokojną akceptację przemijania. Jednocześnie zostaje wyrażona zgoda na domknięcie etapu egzystencji nacechowanego towarzyszeniem Bliskiemu w stopniowym gubieniu siebie:

Pogłaszcz mnie – woła sosna
 Spod szorstkiej kory
 kropla za kroplą
 żywica
 Podstawiam blaszany kubek
 Wykrwawi się
 zakrzepnie
 załśni⁶²

⁶⁰ Zob. K. Joniec-Bubula, *Rola rytuałów przejścia w tworzeniu się tożsamości w okresie dorastania*, [w:] *Tożsamość człowieka*, red. A. Gałdowa, Kraków 2000, s. 165-183; A. Lipska, W. Zagórska, “Stająca się dorosłość” w ujęciu Jeffreya J. Arnetta jako rozbudowana faza liminalna rytuału przejścia, “Psychologia Rozwojowa” 2011, nr 1, s. 9-21.

⁶¹ Problematyka ta skonkretyzowana jest w różnorodnych współczesnych narracjach maldycznych podejmujących m.in. kwestię zaburzeń neurodegeneracyjnych, przedstawiają one najczęściej doświadczenie opiekuna chorego. Zob. B. Morzyńska-Wrzošek, *Odmrażanie nie-swojej obecności. Redefiniowanie tożsamości w narracji o demencji* (tekst oddany do druku). Z kolei kategoria tożsamości liminalnej w polskiej poezji kobiet omówiona zostaje w pracy: tejże, *Tożsamość liminalna w polskiej twórczości kobiet XX wieku. Ustalenia wstępne* (tekst oddany do druku).

⁶² L. Marjańska, ****Pogłaszcz mnie – woła sosna*, [w:] tejże, *A w sercu pełnia*, dz. cyt., s. 134.

Abstract

Sickness - Relative - Loss. The Sickness Narrative in the Recent Works of Ludmiła Marjańska

The sickness narrative characterizes disease as a process of change, decay and instability, which indicates the need to redefine itself. The most often described subjects of analysis are diseases such as cancer, AIDS and heart attacks. Diseases with less known aetiology, such as those associated with brain function disorders, are less often culturally interpreted. Ludmiła Marjańska in her recent poetry, in particular the collection entitled *Żywica*, deals with the problem of staying with a relative who suffers from dementia. It records her careful observations of her husband and the recognition of herself as being in a crisis which radically transforms their previous intimacy. It also registers changes in the behavior of the person with dementia, the gradual loss of their mental and physical abilities, reminiscences of the past. Important indicators of her narration are: an acceptance of her weakness, her sense of despair and helplessness, her attachment to her ill husband, and the acceptance of his weakness. The poet enriches the cultural discourse devoted to illness related issues with a subjective reflection on accompanying a relative during his loss of identity and the dramatic contraction of his perception of himself and the world.

Keywords: anthropological literary studies, contemporary Polish women's poetry, the absence of intimacy, the perspective of a carer, Alzheimer's disease.