

CIAŁO W CHOROBIE/CIAŁO W SYSTEMIE. DOŚWIADCZENIA DEFEKTYWNE W ZDROJU BARBARY KLICKIEJ ORAZ PSACH RAS DROBNYCH OLGI HUND

Najnowsza polska proza obfituje w różnorodne zapisy doświadczeń defektywnych, czyli tych, które zmuszają jednostkę do zredefiniowania swojej tożsamości (np. utrata sprawności psychofizycznych) (zob. Boruszkowska 2016). Temat to, oczywiście, w literaturze nienowej, jednak wzmożona refleksja społeczna, polityczna oraz kulturowa nad zdrowiem i chorobą zdaje się wpływać na zwiększenie liczby i popularności narracji małych na rynku wydawniczym. Powstają nowe gatunki tekstów chorobowych, będące zarazem świadectwami przemian zachodzących wewnątrz podmiotów defektywnych spowodowanych zarówno utratą zdrowia, jak i możliwościami artykulacji (auto)terapeutycznego procesu, w trakcie którego konstytuuje się nowa tożsamość – chorego/chorej. Włączenie doświadczenia medycznego do biografii jednostki doprowadza bowiem do znaczących zmian w sposobie postrzegania świata i odkrywania nowych kontekstów egzystencji. Zwróciła na to uwagę Iwona Boruszkowska już w 2016 r. w zbiorze szkiców *Defekty. Literackie auto/pato/grafie*, podkreślając, że doświadczenie defektywne „zmienia rozumienie istnienia, niejako otwiera możliwości poznania egzystencjonalnego, uobecnia inne znaczenia, **zmienia sposób funkcjonowania w przestrzeni, wpływa na codzienną rzeczywistość**”¹ (tamże: 23). Stan chorobowy oddziałuje więc nie tylko na psychikę i somatyczność podmiotu, ale również na rozumienie wzajemnych relacji pomiędzy nim a światem zewnętrznym. Chory/chora w momencie diagnozy zaczyna funkcjonować w przestrzeni defektywnej będącej miejscem²:

przejawiania się symptomów, praktyk mających na celu uleczenie, zgłębienie choroby, poznanie chorego – by odwołać się do formuły Antoniego Kępińskiego, a także miejscem przebywania chorego, «dziania się» choroby (pogłębiana się jej bądź leczenia). [...] może to być zatem

¹ Jeśli nie zaznaczono inaczej, wszystkie podkreślenia pochodzą od autorki.

² Będę posługiwała się neutralnym pojęciem miejsca, które traktuję jako wycinek przestrzeni, kategorię wobec niej podrzędną i dookreślającą, jednak nie przeciwstawną. Miejsce zawęża przestrzeń do konkretnego obszaru, jednak nie musi ono stanowić dla podmiotu punktu zakorzenienia bądź umiejscowienia w ujęciu Yi-Fu Tuana, według którego dopiero „przeźnięcie odczuwana jako dobrze znana staje się dla nas miejscem” (Tuan 1987: 99).

zarówno własny pokój cierpiącego na agorafobię, jak i puste korytarze klinik, sterylne wnętrza sal operacyjnych czy gabinety terapii lub sale terapii zbiorowych (Boruszkowska 2017a: 111).

To właśnie w tych przestrzeniach kształtuje się specyficzny rytm codzienności chorego/chorej, wyznaczany przez procedury medyczne, interakcje z personelem oraz indywidualne strategie radzenia sobie z chorobą. Przestrzenie doświadczenia medycznego obrastają różnymi kulturowymi wyobrażeniami, które chory/chora indywidualnie deszyfruje i przypisuje im emocjonalne znaczenia. Stają się one czymś więcej niż tylko tłem dla doświadczeń medycznych – są performatywne w tym sensie, że bezpośrednio oddziałują na chorych/chore, przekształcając rzeczywistość oraz kształtują na nowo tożsamość jednostki. Nie dążąc do systematyczności i kompletności ujęcia, chciałabym przyjrzeć się wybranym narracjom chorobowym dziejącym się w przestrzeni instytucji medycznych. Zamierzam skupić się na przestrzennym ułożeniu i możliwości literackiej artykulacji afektów spowodowanych wstydem, upokorzeniem i bezradnością w konfrontacji z „patosystemem” (Dauksza 2021), czyli złożonym, hierarchicznym oraz pełnym nadużyć systemem opieki medycznej, w który zostały uwikłane bohaterki-narratorki interesujących mnie książek: *Psy ras drobnych* (2018) O. Hund oraz *Zdrój* (2019) B. Klickiej. System ten nie tylko narzuca mechanizmy kontroli i dyscypliny, ale również prowadzi do ekskluzji i marginalizacji osób, które nie wpisują się w normatywne założenia społeczeństwa oraz wewnątrzinstytucjonalnej hierarchii. W konsekwencji bohaterki zostają pozbawione podmiotowości, są spychane na peryferia społecznej i instytucjonalnej troski.

B. Klicka w debiutanckiej powieści *Zdrój* umieszcza akcję w sanatorium³, do którego na turnus rehabilitacyjny po operacji udaje się trzydziestotrzyletnia mieszkanka Warszawy Kamila (Kama), by nie stracić uprawnień do renty: „wszystko jest napisane na zielonej karcie zabiegowej. Z przodu moje imię i nazwisko, wiek, dwa zdania bezwzględnej prawdy na temat: chondrosacroma stan po masywnej operacji” (Klicka 2019: 27). Po raz pierwszy przebywa w tego typu miejscu jako dorosła osoba, ale w uzdrowiskach spędziła sporą część dzieciństwa – pamięć o przeszłości powraca wraz z postępującym poczuciem ograniczonej afordancji⁴ świata zewnętrznego (potencjalności przekształceń przestrzeni przez podmiot), którego bohaterka-narratorka doświadcza podczas turnusu. Sanatorium w *Zdroju* istnieje więc w podwójnym trybie: jako trauma czasów nastoletnich⁵ oraz miejsce przymusowego pobytu mającego na celu

³ Szczegółowo o przestrzeni sanatoryjnej w *Zdroju* Klickiej pisałam w artykule *Poza codziennością przestrzeni. „Zdrój” Barbary Klickiej jako narracja sanatoryjna* (2023).

⁴ Pojęcie afordancji rozumiem za Jamesem J. Gibsonem cytowanym przez Ryszarda Nycza oraz Marka Pokropskiego (zob. Nycz 2017: 90–91; M. Pokropski 2013: 45–48). Na zmienioną afordancję świata w chorobie zwraca także uwagę Maria Świątkowska w artykule *Od mięcha do mięsności. O powracaniu do ciała w autopatografii Anety Żukowskiej* (2023: 116).

⁵ Wpływ dziecięcej traumy na konstrukcję psychiczną dorosłej bohaterki *Zdroju* szczegółowo przeanalizował Mateusz Kaliński (2022).

usprawnienie procesu rekonwalescencji dorosłej Kamy. Bohaterka-narratorka wchodzi w przestrzeń znaną, jednak nigdy nieoswojoną, dezorientującą, obcą oraz generującą potrzebę dystansu, wyznaczenia granicy pomiędzy nią a otoczeniem. W tym doświadczeniu i wyobrażeniu sanatorium staje się miejscem konfrontacji przeszłości i teraźniejszości, podziału na to, co zewnętrzne i wewnętrzne⁶; na świat sanatoryjny oraz warszawską rzeczywistość pozostawioną poza murami instytucji leczniczej; na wypowiedziane słowa i niewypowiedziane myśli⁷. Kama stopniowo pogrąża się w stanie poznawczego zawieszenia, a uzdrowisko coraz głębiej ingeruje w jej tożsamość, odsłaniając traumatyczne wydarzenia przeszłości, tym samym dzieląc narrację na dwa przenikające się i uzupełniające poziomy. Poznajemy więc historię zarówno małoletniej, jak i już dorosłej bohaterki-narratorki, które scalono za pośrednictwem opisu doświadczenia przemocy oraz systemowej dominacji. Sanatoryjna rzeczywistość opiera się bowiem na wewnętrznej hierarchiczności, w której „jedne ciała bezkarnie dotykają innych ciał, ale w drugą stronę to nie działa” (tamże: 71), a każda próba oporu w tej spatologizowanej przestrzeni skazana jest na niepowodzenie:

złożę skargę pisemną, za rażące naruszenia, ordynator zaprosi mnie na rozmowę i z delikatnym uśmiechem przyzna mi rację, zaznaczając, że mój pobyt w placówce jest nieobowiązkowy, [...] że chyba rozumiem sytuację, bo on ma mało personelu wysoko wykwalifikowanego i że może co najwyżej zmienić godzinę mojego zabiegu u Mariuszka (tamże: 69)⁸.

Ze wspomnień podmiotki wyłania się system medycznego nadzoru, który wpaja młodym kuracjuszkom poczucie zależności, uległości, winy i wdzięczności. W dziecięcym sanatorium nie ma miejsca na uczucia i troskę ani na przyjacielskie relacje zawiązywane na całe życie. Każdy wyraz empatii wobec współkuracjuszki nie świadczy o chęci pomocy, ale służy podtrzymaniu za wszelką cenę jedności grupy i „stabilizacji”, która ma wspierać proces rekonwalescencji. Istotne jest również niezwracanie na siebie uwagi personelu medycznego, który, jak

⁶ Jak komentuje Klicka w jednym z wywiadów: „dla mnie to książka o tym, co wewnętrzne i zewnętrzne, o tym, jak te dwa porządki się przenikają, o ich niejednoznaczności” (Wróbel 2019).

⁷ Narracja w *Zdroju* jest prowadzona na dwóch poziomach – z jednej strony czytelnicy poznają wewnętrzny układ myśli Kamy, czyli niewypowiedziane znaki protestu na opresyjność kuracji, jej reakcje na bolesne i trudne wydarzenia i sytuacje, których doświadcza podczas pobytu w sanatorium; z drugiej przyglądają się jej relacjom z personelem medycznym i współkuracjuszkami, czyli warstwie dialogowej, w której kobieta nakłada kolejne maski. Retrospekcje nie są wyodrębnione od właściwego czasu akcji: przejść nie sygnalizuje np. zmiana gramatycznych form wypowiedzi, co może sugerować ciągłość opresyjnych zachowań mających miejsce w instytucjach medycznych.

⁸ Zarówno w opowieści dorosłej narratorki-bohaterki, jak i w jej wspomnieniach pojawia się wątek wykorzystywania i molestowania seksualnego przez pracowników sanatorium. Trzydziestotrzyletnia Kama doświadcza przemocy seksualnej ze strony rehabilitanta – pana Mariuszka, natomiast dwunastoletnia zostaje zmuszona do pocałowania o wiele starszego dozorca, który obiecuje odwrócić uwagę pielęgniarek podczas ucieczki dziewczynki i jej przyjaciółki. Oba spotkania z silniejszymi, starszymi mężczyznami stanowią momenty wyraźnie traumatyzujące, jednak Kama nie ma siły, aby im się sprzeciwić, ponieważ, „czy odmawia się dwudziestu groszy właścicielowi szarżującego pitbulteriera, trzymającemu w ręku kaganiec?” (Klicka 2019: 39).

wspomina nastoletnia narratorka-bohaterka, „dzień w dzień wypruwa sobie tu dla nas żyły, który zaniedbuje własne dzieci, żeby tu, z nami, spędzać noce i dni” (tamże: 30). Posłuszeństwo jest egzekwowane poprzez akty przemocy psychicznej oraz surowe karanie wszelkich przejawów niesubordynacji, czego najbardziej wymownym przykładem są listy do rodziców pisane przez kuracjuszy pod nadzorem pracowników placówki. W jednym z nich małaletnia narratorka-bohaterka pisze: „skarżą się na mnie i wychowawcy, i personel medyczny. Nikt nie może ze mną wytrzymać, więc niech mnie to chorowanie zabierze, bo szkoda na mnie czasu i leków” (tamże: 54). Przemoc w uzdrowisku dla nieletnich jest nie tylko jawna, ale i bezkarna – dziewczynki, odcięte od kontaktu z rodzicami, pozostają całkowicie zależne od decyzji personelu medycznego na czas trwania kuracji. Podczas pobytu dorosłej bohaterki-narratorki w sanatorium symbolicznym znakiem lekceważenia i upokorzenia jest choćby sposób odnoszenia się do niej przez pracowników, familiarne określenia „pani Kamilka” albo „Kamilka”. Pozbawia się ją możliwości otrzymania przepustki, zgłoszenia, że ją coś boli, a terapia opiera się na testowaniu granic jej doświadczonego chorobą ciała – a zatem uderzaniu w słabość, wydobywaniu na światło dzienne tego, co bolesne i najpilniej strzeżone.

Podobną dwuznaczność przestrzeni instytucji leczniczych można zaobserwować w zapiskach O. Hund⁹. Bohaterka-narratorka *Psów ras drobnych* przedstawia szpital psychiatryczny jako ogniwo niezbędne w procesie leczenia zaburzeń psychicznych, które ma dać chorym poczucie bezpieczeństwa, zaopiekowania oraz stabilności. Pobyt na oddziale w większości przypadków jest dobrowolny („nie chcesz tu być, ale prosisz, żeby ci otworzono”; Hund 2018: 10), przyjęcia odbywają się w dni robocze, a sam proces przypomina wizytę w urzędzie – należy raz zadzwonić na domofon i cierpliwie czekać na otwarcie drzwi przez personel medyczny, a następnie przejść krótki wywiad środowiskowo-zdrowotny. Paradoksalnie okazuje się jednak, że terapia nie sprzyja rekonwalescencji, podejmujący ją pacjenci są ustawicznie upokarzani, a leczenie sprowadza się do stosowania otumaniającej farmakologii oraz, jak trafnie podsumowuje Monika Ładoń, „do szeregu czynności terapeutycznych, które przez karykaturalność opisu przybierają kształt niezrozumiałych, zastępczych działań, stwarzających jedynie pozory aktywności pacjentów i ich wychodzenia z kryzysu” (Ładoń 2023: 12). Pobyt na oddziale psychiatrycznym przypomina wczasy dla (smutnych) dzieci (tamże: 13), których czas jest organizowany według kolonijnych zwyczajów – grają w państwa miasta, robią koleże oraz uczestniczą w spotkaniach integrująco-terapeutycznych, mających absurdalny wymiar:

salowa wkracza na jadalnię. Rozkazuje połączyć się w niemieszane pary i rozdaje każdej dwójce tubkę zaschniętego kleju. [...]

⁹ W przypadku *Psów ras drobnych* narratorkę-bohaterkę można utożsamić z samą Hund, która publikuje pod pseudonimem, ukrywając prawdziwą tożsamość. Wybór ten może wynikać zarówno z potrzeby zachowania anonimowości, jak i chęci stworzenia dystansu między sobą a opisywanymi doświadczeniami.

– Dzisiaj na zajęciach robimy kolaż! Czy wszyscy państwo wiecie, co to kolaż? Ręka w górę, kto nie wie! [...]

Kolaż ma ilustrować temat: „Ja i moje mocne strony”, co sugeruje, że mają na nas w tym szpitalu wyjebane. Odpowiadamy więc podobnym podejściem, co jest tym łatwiejsze, że dali nam tylko babskie gazety, w których pełno jest stockowych zdjęć masła (Hund 2018: 27).

Mimo niechęci podmiot maładyczny przystaje na zastane warunki, uznając, że kiedy wkracza w przestrzeń szpitala psychiatrycznego, reguły zdrowego świata przestają obowiązywać. Szpital funkcjonuje bowiem na przecięciu zasad heterotopii (Foucault 2005) oraz instytucji totalnej¹⁰ (Goffman 2011) i, jak zauważa Hanna Serkowska, niezbędnej w procesie leczenia zaburzeń psychicznych (Serkowska 2023: 501). U Hund oddział psychiatryczny to miejsce znajdujące się poza czasem, w którym społeczna tożsamość pacjentek na czas trwania terapii zostaje tymczasowo zawieszona: „przepustki najwcześniej wydaje się po dwóch tygodniach, zwykle na weekendy – na posprzątanie, popranie dzieciom. Bo przecież w domu wciąż jesteśmy matkami, żonami, dziewczynami” (Hund 2018: 81). To przestrzeń alternatywna: realna, zmarginalizowana, w której umieszczane są jednostki „o zachowaniu dewiacyjnym w stosunku do przeciętnego czy wobec wymaganej normy” (Foucault 2005: 120), a więc osoby wykluczone ze świata „zdrowych”. Szpital psychiatryczny zostaje określony przez narratorkę-bohaterkę mianem antyarki¹¹ – statku załadowanego smutnymi i samotnymi kobietami, o złej kombinacji genów, mającymi wyginąć (Hund 2018: 89). Porównanie sytuacji maładycznej do podróży statkiem, który nie ratuje i donikąd nie zmierza, jest trafną oceną standardów w szpitalu psychiatrycznym – nie potrafi on bowiem uzdrowić, a właściwie sam wydaje się chory, popsuty: „tu gdzieś jest na pewno dziurka, przez którą na podkład dostaje się woda i ona tę naszą antyarkę podtapia” (tamże). Na opisywany przez narratorkę-bohaterkę repertuar praktyk patoklinicznych, jak zauważyła Agnieszka Dauksza, składają się m.in. „fizyczne i językowe niwelowanie dystansu, kiedy indziej budowanie go na potrzeby chwili” (Dauksza 2021: 48) – choćby przez zwracanie się do pacjentki raz na ty, raz w trzeciej osobie, a także ograniczanie dostępności personelu, protekcyjalne, infantylne lub poniżające traktowanie:

¹⁰ Warunki przestrzeni heterotopijnej oraz instytucji totalnej spełnia również ciechocińskie sanatorium w *Zdroju* Barbary Klickiej. Szczegółowo omawiam te związki w przywoływanym wcześniej artykule (Kulak 2023: 549–566).

¹¹ Ładoń, analizując *Psy ras drobnych*, zauważa, że porównanie szpitala psychiatrycznego do dryfującej (anty)arki łączy to miejsce z Foucaultowską heterotopią dewiacji (Ładoń 2023: 11). Jak pisał Michel Foucault: „jeśli pomyślimy, że statek to płynący fragment przestrzeni, miejsce bez miejsca, które istnieje samo, zamknięte w sobie, a jednocześnie wydane nieskończoności morza, i że od portu do portu, od kursu do kursu, od burdelu do burdelu, płynie tak daleko, jak znajdują się kolonie, w poszukiwaniu kosztowności, które skrywają one w swych ogrodach – stanie się zrozumiałe, dlaczego statek był dla naszej cywilizacji, od XVI wieku po dzisiejsze czasy, nie tylko wielkim narzędziem rozwoju ekonomicznego (nie mówię o tym odnośnie dnia dzisiejszego), ale jednocześnie największą rezerwą wyobraźni. Okręt to heterotopia *par excellence*” (Foucault 2005: 125).

następnego dnia mnie telepie, stres rozsada głowę. Idę bosą do dyżurki po pomoc. Drzwi są uchylone, otwieram je i wchodzę.

– Puka się. Wróć i zapukaj.

Wychodzę. Głowę mam czerwoną od teleпки i upokorzenia (Hund 2018: 22).

Kluczową kwestią pozostaje jednak odmowa dialogu lekarzy z pacjentkami, redukcja obecności chorych do roli biernego obiektu, tła dla innych działań pracowników szpitala, którego odczucia i reakcje nie mają znaczenia. W relacjach pomiędzy personelem medycznym a pacjentami dochodzi do przekroczenia zasad profesjonalizmu, rozmycia granic między przestrzenią instytucjonalną a prywatną¹². Jedną z wizyt w gabinecie lekarskim narratorka-bohaterka opisuje następująco:

wypełniam, a pani psycholog – stara dość, może mieć z siedemdziesiątkę – ściąga w tym czasie laczki i cieliste rajstopy, a potem maluje sobie paznokcie u stóp. [...] Paznokcie pani psycholog schną, a ona pyta mnie jeszcze, czy jak chodzę po płytkach albo po chodniku, to zdarza mi się stapać albo tylko na linie, albo tylko na płytki (tamże: 35–36).

Postępujące mechanizmy deindywidualizacji, stereotypizacji oraz infantyilizacji, którym pacjentki są poddawane zarówno przez personel medyczny, jak i społeczny proces (Boruszkowska 2017b; Szewczyk 2020; Ładoń 2023), budzą sprzeciw podmiotki – ze sporą dozą ironii konfrontuje czytelnika z kulturowym wizerunkiem szpitala psychiatrycznego, gorzko zauważając, że:

ludzie myślą, że mężczyźni na oddziałach piszą poezję i traktaty filozoficzne albo siedzą za wywrotowe myślenie i działalność opozycyjną. Myślą też, że na oddziałach psychiatrycznych znajdują się tylko seryjne morderczynie, wiedźmy, mówiące językami szeptuchy [...]. **Ale większość dziewczyn na oddziale nie jest aż tak szalona i pamięta, co robili im ojcowie, wujkowie, mężowie, matki, co robił im Kościół, ZUS i rynek pracy** (Hund 2018: 49).

Narratorka-bohaterka stara się przywrócić podmiotowość pacjentkom oddziału, o których nikt by nie pamiętał, gdyby nie dokumenty, w tym niebieskie karty i recepty (Hund 2018: 33), opowiadając ich historie i koncentrując się na problemach, które doprowadziły je do stanu psychosomatycznego kryzysu. *Psy ras drobnych* są więc nie tylko zapiskami chorej podmiotki, ale również historią przemocy dotykającej kobiet – fizycznej, psychicznej, prywatnej i systemowej. Hund, tworząc w swoich zapiskach mikroportrety towarzyszących jej na oddziale pacjentek, wydobywa je z zapomnienia.

Zamknięcie placówki na świat zewnętrzny powoduje wytworzenie się sieci zależności i powiązań wśród pacjentów, z którymi podmiotki obu utworów muszą się zmierzyć. Paradoksalnie można stwierdzić, że w procesie asymilacji ze wspólnotą chorych w lepszej sytuacji jest narratorka-bohaterka książki Hund, dobrze znająca prawa regulujące świat szpitala psychiatrycznego, ponieważ poddaje się hospitalizacji kolejny raz. Tym samym jest świadoma, że wchodzi w przestrzeń, w której reguły świata zewnętrznego przestają obowiązywać,

¹² Zwracała na to uwagę w swoim artykule Agnieszka Dauksza (2021: 48).

a jedyną strategią umożliwiającą przetrwanie jest podporządkowanie się zasadom panującym w placówce. Najważniejsze, jak zauważa chora na początku swoich zapisków, jest zrobienie mocnego pierwszego wrażenia na przebywających już na oddziale pacjentach, o którym będą długo dyskutować. Do szpitala trzeba dostać się karetką, a nie taksówką, ponieważ „jest to prestiżem” (tamże: 6), a także przyjąć postawę, która będzie je odróżniać od panującej w szpitalu psychiatrycznym normy: „specjalnie byłam wesoła, żeby pacjentom wyglądającym ciekawie przez okno wysyłać sygnał: lubcie mnie! Jestem lepsza od reszty tych mułowatych kobył u was w szpitalu” (tamże). Proces włączenia do wspólnoty ma charakter rytualny, oparty na schematycznym działaniu: „nowymi trzeba najpierw gardzić, potem ich przyzwyczajając i opalić z ostatniej fajki. Potem można lubić, ale na chwilę do pierwszej kłótni. Potem się ich obgaduje. [...] A na końcu im zazdrościć, że wyszli, i tęsknić” (tamże: 70). Narratorka-bohaterka podkreśla, że w relacjach z innymi pacjentami nie można okazywać żadnych uczuć i przejawiać zachowań, które wskazywałyby na poprawę własnego samopoczucia ani opowiadać zbyt dużo o sobie, każda bowiem informacja zostanie wykorzystana przeciwko tobie: „można też krytykować ich rodzinę, która odwiedza, że patologiczna. I zapewnić, że i tak tu wrócisz, jesteś tylko podleczone, a rozpacz trzyma się ciebie mocno, jak firanka na dobrych żabkach. A jak wychodzą, to można im powiedzieć: się specjalnie nie ciesz, zobaczysz, że ci ZUS zabierze rentę” (Hund 2018: 70).

W przypadku Kamy zalecona przez ZUS rehabilitacja, a wcześniej przebycie poważnej operacji nie wystarczają, aby mogła zostać włączona w specyficzną, rządzącą się własnymi prawami wspólnotę. Narratorka-bohaterka dla stałych bywalczyń uzdrowiska to inna, niechciana obca, która narusza obowiązujący porządek. Sanatoryjna codzienność, oparta na schematyczności, powtarzalności zabiegów i wycieczek będących podstawą otaczającej Kamę rzeczywistości, stanowi fasadę przysłaniającą postępujące chorobowe symptomy, z którymi kuracjusze ciechocińskiego ośrodka nie chcą się zmierzyć. Wypracowane przez nich mikropraktyki stają się reżimem „utrzymującym codzienność w niepewnym punkcie napięcia między istnieniem a nicością” (Brach-Czaina 2018: 74). Sanatoryjne krząctwo¹³ jawi się zatem jako pewien wspólnotowy sposób życia oparty na wykorzystywaniu różnych porządkujących praktyk, wymagających nieustannej czujności, bezwzględności w eliminowaniu odstępstw, powodujących dezorganizację i naruszających wewnętrzną strukturę życia. Repetycja działań, mająca na celu zapewnienie jednostkom pozorów bezpiecznej i przewidywalnej egzystencji, ukazuje kruchość i niepewność niesamowystarczalnych,

¹³ Pojęcie „krząctwa” pochodzi od czasownika „krzątać się” i odnosi się do codziennych czynności wykonywanych zazwyczaj w przestrzeni domowej, takich jak ścieranie kurzu, wieszanie prania itp. Termin ten po raz pierwszy został użyty przez Jolantę Brach-Czainę w książce *Szczeliny istnienia* (Latos 2014; Brach-Czaina 2018). W zaproponowanym przeze mnie ujęciu kategoria krząctwa będzie miała bardziej ambiwalentny wymiar. Istotny jest fakt, że w definicji Brach-Czainy „krząctwo” stanowi ostateczną barierę przed pogrążeniem się w niebycie.

współzależnych podmiotów defektywnych, których istnienie ulega wyparciu w kulturze fetyszyzującej samostanowienie. Nowa rzeczywistość wymaga od Kamy nieustannego odgrywania roli rekonwalescentki, znoszenia bez sprzeciwu wścibskich pytań („A dzieci są?”, „A w ciąży nie jest?”, „A bardzo chora?”, „A skąd przyjechała?”) oraz niechęci starszych kuracjuszek, które nie tylko odnoszą się do niej z nieufnością, ale także bagatelizują jej stan zdrowia, uważając, że jest za młoda na pobyt w sanatorium i zabiera miejsce osobom naprawdę potrzebującym turnusu. Relacje z pozostałymi pacjentkami stają się serią drobnych starć, pod wpływem których ukrywa się za kolejnymi maskami, doklejonym uśmiechem i sztuczną uprzejmością („myślę: mogę wyrwać jej paznokcie, umiałabym. Uśmiecham się. Promieniście”; Klicka 2019: 96), bowiem jak sama zaznacza: „nigdy nie wiadomo, kiedy będę potrzebować czyjejs pomocy” (tamże: 7).

W obu analizowanych utworach niezwykle ważną rolę odgrywa relacja kobiet z własną cielesnością. Doświadczenie choroby w szczególny sposób wiąże się bowiem z opozycją „mieć ciało”/„być ciałem” (Kępińska 2000: 144–152). Personel medyczny postrzega podmiotki jako wybrakowane, wadliwe przedmioty naznaczone fizycznym oraz psychicznym brakiem, a także cierpieniem. Są wyłącznie mięsem, kolejnymi produktami¹⁴ wystawionymi na dotyk, oglądanie i ocenę, na podstawie której mogą zostać na nowo przyjęte do zdrowego społeczeństwa. Dla doświadczającej skutków ubocznych hospitalizacji oraz farmakologicznego leczenia narratorki-bohaterki *Psów ras drobnych* ciało staje się uciążliwym problemem – zaniedbywanym i marginalizowanym przez personel medyczny, doświadczającym coraz silniejszego dyskomfortu i bólu:

chcę o tym, co nie tak z moim ciałem, porozmawiać z lekarką. Skoro mi na głowę tu nie pomagają, to chociaż na ciało. Chcę choć jednego dnia móc odpowiedzieć, że „stolec był”, albo smarowidło dostać na zajady, sprawdzić ile waży. Tu, krew pobrać [...]. Pukam. Nic. Pukam, pukam, pukam i zero reakcji, wchodzę więc. Gruba lekarka siedzi za wielkim biurkiem jak Gizmo w Falloucie. Pije sobie herbatę i patrzy na mnie robiąc minę, jakby weszła jej w szkodę. [...] Nie było tej rozmowy, co z ciałem (Hund 2018: 45–46).

Ciało bohaterki-narratorki od pierwszego dnia w szpitalu karmione jest kolejnymi lekami, które nie tylko otumaniają umysł, wpływają na sposób postrzegania rzeczywistości, ale też działają z dużym opóźnieniem, gdyż proces adaptacji organizmu trwa miesiącami. W efekcie pacjentka, czekając na poprawę, pozostaje w zawieszeniu, lecz zostaje pozbawiona narzędzi do faktycznego radzenia sobie z własnym stanem poprzez brak kompleksowej terapii psychologicznej: „natomiast ja w brzuchu mam leki. Kilka miesięcy potrwa, zanim zaczną działać. Teraz rosną. Małe fasolki moje. Czuję, jak kopią, i przez to wciąż nie mogę spać po nocach. Miną jeszcze miesiące, zanim mój organizm nauczy się nimi cieszyć” (tamże: 90).

W przypadku Kamy ciało, naznaczone śladami zabiegów medycznych i zmagające się ze skutkami operacji, staje się zarazem źródłem, jak i miejscem

¹⁴ Jednym z wyznaczników instytucji totalnej – według Ervinga Goffmana – jest praca nad produktami i przedmiotami (Goffman 2011).

zapisu traumatycznych doświadczeń. To właśnie wokół defektywnego ciała koncentruje się bolesny pobyt bohaterki-narratorki w uzdrowisku, gdzie podlega ono medycznej tresurze, przypominając nieustanie o swoim istnieniu „tu i teraz” oraz przenosząc pole doznań do wewnątrz:

potem jest rozbieranie się do pasa. Nie, do bielizny. Ona staje za mną [...] **Myślę: niech się odsunie, niech stanie dwa metry dalej. Myślę: proszę.** [...] Czuję jej palce w okolicy blizny. Maca. Mamrocze. [...] łapie mnie teraz pełną dłonią za skórę, za skórę w tym miejscu, w którym ona dopiero się zrosła [...], łapie mnie za nią i **ciągnie z impetem do siebie** (Klicka 2019: 25–26).

Brutalne, dosłowne wtargnięcia dyskursu medycznego w cielesną percepcję narratorki-bohaterki pozbawiają ją poczucia intymności oraz bezpieczeństwa. Opresyjne procedury systemowej terapii wpływają na ciało dwojako. Z jednej strony podlega ono szczegółowej analizie obejmującej liczne badania i zabiegi, z drugiej zaś ucieleśniony podmiot zostaje odseparowany od swojej somy, zredukowany do zbioru objawów i defektywnych organów poddawanych naprawie, co prowadzi do „rozpodobnienia monolitycznego podmiotu” (Sławek 2019: 89–107). Te dwa tryby jawienia się ciała, które organizują cielesne doświadczenia Kamy w patosystemie, stają się częścią percepcji ciała bolącego, postrzeganego jako dysfunkcyjne i problematyczne. Świadomość własnego ciała i doświadczanego przez nie bólu doprowadza do opisywanego przez Drew Ledera¹⁵ procesu *dys-appearance* (Kowal, Skrzypek 2023: 309) – wyjścia ciała pod wpływem bólu i choroby z tła, uczynienia go (niechcianym) centrum uwagi. Ciało w warunkach patosystemowych, gdzie funkcje życiowe zostają poddawane nieustannej kontroli, przechodzi ze świata społecznego¹⁶ do biologicznego, w którym dysfunkcje przejmują kontrolę nad podmiotką. Doświadczenie słabości swojego ciała ujawnia bohaterce jego abiektałny wymiar, czyni z niego mięcho¹⁷, którym w swoich oczach się stała. Uzewnętrznienie mięsnego wymiaru ciała potęguje uczucie cielesnej samoobcości. Ciało nagle zaczyna być traktowane jako źródło lęku, obrzydzenia, jawi się jako dysfunkcyjne i problematyczne, naruszające fizyczne granice pomiędzy wnętrzem a zewnątrz (tamże: 326), tym, co społecznie akceptowalne i napiętnowane, powodując, jak pisała Julia Kristeva, „że nasze wnętrze jest na zewnątrz, a zewnątrz wewnątrz” (Kristeva 2007: 7). Reakcją na powrót tego, co wyparte, jest nie tylko strach, ale również poczucie obrzydzenia i wstrętu w stosunku do własnego ciała, do czegoś, co jest w nas i jednocześnie tego,

¹⁵ Przywołuję koncepcje Ledera za Katarzyną Kowal oraz Michałem Skrzypkim (2023).

¹⁶ Terminem *corporeal background* posługuję się za Kowal i Skrzypkim. Określa on przestrzeń, w której znajduje się ciało, dopóki jego stan nie odbiega od społecznej normy (2023: 309).

¹⁷ Kategorię mięcha w literaturze maladyzycznej celnie zdefiniowała Świątkowska: „mięcho pojmuję tutaj nie jako medyczny fakt choroby czy egzystencjalny fakt śmiertelności. Jego abiektałny charakter objawia się w chwili diagnozy nie ze względu na fakty medyczne, które diagnoza komunikuje, lecz ukrytą za nimi warstwę faktów społecznych, które konotuje oraz, przede wszystkim, ze względu na idące za tym konsekwencje dla defektywnego podmiotu” (2023: 21).

co od zawsze było ukryte, jednak pod wpływem bolesnych doświadczeń zmusza podmiot do konfrontacji z samym sobą. Jest to doznanie z gruntu nietranzytowe, afektywnie niszczące, samozwrotne: „nic lepiej niż wstręt do siebie nie wskazuje, iż każdy wstręt to w istocie uznanie braku leżącego u podstaw wszelkiego bytu, sensu, języka, pragnienia” (tamże: 10–11).

Doświadczenie pobytu w instytucjach leczniczych – w interesujących mnie przypadkach w szpitalu psychiatrycznym i sanatorium – wiąże się z wykluczeniem ze świata zewnętrznego (świata zdrowych) na czas podejmowanej terapii. Podmiotki muszą funkcjonować w zamkniętej przestrzeni o radykalnie zmienionym odczuwaniu czasu, gdzie nic nigdy się nie kończy, a upływające tygodnie zdają się długimi miesiącami. Przestrzenie medyczne stanowią dla bohaterek-narratorek swoiste miejsca-wyzwania (Kmieciak 2013)¹⁸, które, zmuszając do samookreślenia, jednocześnie wcale nie pomagają w „stworzeniu wewnętrznie spójnej tożsamości” (tamże: 22), złączeniu *some i psyche* w jedną – pozornie koherentną – całość.

Bibliografia

- Boruszkowska I., 2016, *Defekty. Literackie auto/pato/grafie*, Kraków.
- Boruszkowska I., 2017a, *Polityczność choroby, polityczność płci. Kobiecte narracje o szaleństwie i zniewoleniu* [w:] *Polityki relacji w literaturze kobiet po 1945 roku*, red. A. Grzemska, I. Iwasiów, Szczecin.
- Boruszkowska I., 2017b, *Tekst infirmeryjny albo topografia doświadczenia medycznego*, „Przestrzenie Teorii”, nr 28, s. 109–127.
- Brach-Czaina J., 2018, *Szczeliny istnienia*, Warszawa.
- Dauksza A., 2021, *Humanistyka medyczna: o leczeniu (się) w patosystemie*, „Teksty Drugie”, nr 1, s. 38–58.
- Foucault M., 2005, *Inne przestrzenie*, tłum. A. Rejniak-Majewska, „Teksty Drugie”, nr 5, s. 117–125.
- Goffman E., 2011, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, tłum. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz, Sopot.
- Hund O., 2018, *Psy ras drobnych*, Kraków.
- Kaliński M., 2022, „*Piszę w powietrzu, bo chcę szybko wrócić, zrobić, żeby nie było*”. „*Zdrój*” *Barbary Klickiej jako powieść o traumie*, „Rana. Literatura – Doświadczenie – Tożsamość”, nr 1(5), s. 1–21.
- Kępińska A., 2000, *Ciało post-ludzkie*, „Kultura Współczesna”, nr 1–2, s. 144–152.

¹⁸ Michalina Kmieciak określa mianem „miejsc-wyzwań” przestrzenie atopiczne w odniesieniu do poezji Juliana Przybosa. Badaczka zauważa, że „znaleźć się w przestrzeni atopicznej oznacza być wytraconym z równowagi: jednostka styka się z miejscem, którego nie potrafi sobie podporządkować, ponieważ zyskuje ono własną podmiotowość. Przestaje być jedynie wyrazem woli kształtującego «ja» – staje się samodzielnym bytem, który wpływa na konstytuowanie się tożsamości człowieka. Jedynym wyjściem jest zostać jego partnerem, podjąć dialog, który być może zbliży do zrozumienia tego, co niepojęte. Tak definiowane miejsce generuje nie tylko odczucia związane z lękiem czy niepokojem (choć one często wysuwają się na pierwszy plan czy też stanowią źródłowe doznania podmiotu). Jest ono także miejscem-wyzwaniem. Człowiek próbuje się wobec niego określić; wydaje sądy na jego temat, wikła się w spory dotyczące istoty przestrzenności w ogóle, własnej roli w kształtowaniu rzeczywistości, możliwości symbiotycznego istnienia «ja» i świata” (2013: 22).

- Klicka B., 2019, *Zdrój*, Warszawa.
- Kmieciak M., 2013, *Oblicza miejsca: topiczne i atopiczne wyobrażenia przestrzeni w poezji Juliana Przybosa*, Kraków.
- Kowal K., Skrzypek M., 2023, *Ciało i choroba oraz niepełna sprawność* [w:] *Ciało i społeczeństwo*, red. D. Byczkowska-Owczarek, Łódź.
- Kristeva J., 2007, *Potęga obrzydzenia: esej o wstręcie*, tłum. M. Falski, Kraków.
- Kulak W., 2023, *Poza codziennością przestrzeni. „Zdrój” Barbary Klickiej jako narracja sanatoryjna*, „Ruch Literacki”, z. 4(379), s. 549–566.
- Latos G., 2014, *Krząctwo* [w:] *Encyklopedia gender. Pleć w kulturze*, red. M. Rudaś-Grodzka, K. Nadana-Sokołowska, A. Mrozik i in., Warszawa.
- Ładoń M., 2023, *Wobec terapii. Pacjentki w najnowszej prozie kobiet*, „Polonistyka. Innowacje”, nr 18, s. 5–22.
- Nycz R., 2017, *Kultura jako czasownik*, Warszawa.
- Pokropski M., 2013, *Cieleśna geneza czasu i przestrzeni*, Warszawa.
- Serkowska H., 2023, „Nie daję łajbie żadnych szans”. *Depresja: choroba czy rozczarowanie?*, „Ruch Literacki”, z. 4(379), s. 497–513.
- Sławek T., 2019, „Ja bolę”. *Boleść i terapia* [w:] *Fragmety dyskursu maladycznego*, red. M. Ginczar, I. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk.
- Śzewczyk J., 2020, *Afekt – defekt – szal. Narracje o kobiecym szaleństwie w prozie Aleksandry Zielińskiej*, „Ruch Literacki”, z. 2(359), s. 165–180.
- Świątkowska M., 2023, *Od mięcha do mięsności. O powracaniu do ciała w autopatografii Anety Żukowskiej* [w:] *Ciało i umysł – konflikty, dialogi, reprezentacje*, red. L. Kamińska, Kraków.
- Tuan Y., 1987, *Przestrzeń i miejsce*, tłum. A. Morawińska, Warszawa.
- Wróbel O., 2019, *Klicka: chcę być zawsze debiutantką*, „Krytyka Polityczna”, <https://krytykapolityczna.pl/kultura/czytaj-dalej/olga-wrobel-barbara-klicka-zdroj-wywiad/> [dostęp: 20.02.2025].

Body in Illness/Body in System. Defective Experiences in *Psy ras drobnych* by Olga Hund and *Zdrój* by Barbara Klicka

Abstract

Contemporary Polish literature increasingly explores the theme of defective experiences, depicting the impact of illness on individual identity and one's relationship with the world. This article examines representations of the illness experience in *Psy ras drobnych* (2018) by Olga Hund and *Zdrój* (2019) by Barbara Klicka, focusing on medical institutions as spaces that shape a new subjectivity of ill women. The author investigates how these narratives articulate affects of shame, humiliation, and helplessness in confrontation with the healthcare system, referred to as the “pathosystem”. The literary analysis reveals both adaptation strategies and exclusion mechanisms affecting the protagonists, as well as the performative nature of hospital and sanatorium spaces.

Key words: illness, pathosystem, psychiatric hospital, sanatorium, exclusion