

Mira Marcinów

Historia polskiego szaleństwa

TOM I

**Słońce wśród czarnego nieba
Studium melancholii**

fundacja terytoria książki

Na okładce: Andrzej Wróblewski, *Człowiek rozdarty I*, b.d., gwasz, papier, Muzeum Narodowe we Wrocławiu © Fundacja Andrzeja Wróblewskiego

Recenzenci: prof. dr hab. Ryszard Stachowski, dr hab. Krzysztof Krzyżewski

Redakcja: Małgorzata Jaworska

Korekta: Katarzyna Warska

Indeks: Paulina Grzywińska

Projekt graficzny i typograficzny: Stanisław Salij

Skład: Krzysztof Gotowicki

Druk i oprawa: Drukarnia Skleniarz, Kraków

© Mira Marcinów

© Fundacja Terytoria Książki, 2015

Publikacja dofinansowana przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Fundacja Terytoria Książki

80-246 Gdańsk, ul. Pniewskiego 4/1

tel. (58) 345 47 07, fax (58) 520 80 63

e-mail: fundacja@terytoria.com.pl

www.terytoria.com.pl

Gdańsk 2017

ISBN 978-83-7908-097-7

Prolog

Kiedy jesienią 2011 roku zaczynałam pisać książkę o polskim dziewiętnastowiecznym obłądzie, nie miałam pojęcia, z jak ogromnym materiałem przyjdzie mi się uporać. Kiedy rozmyślałam o polskiej psychiatrii tamtego okresu, nie przypuszczałam nawet, że niebawem będę porządkować wciąż rosnącą liczbę tekstów źródłowych w woluminy, gdyż w jednym tomie zabrakłoby miejsca dla samoistnych opowieści o rodzimej melancholii, histerii i psychozie.

Księgi polskich obłąkanych XIX stulecia nie ma – czy muszę dodawać, że tym bardziej nie ma księgi polskich „zmedykalizowanych melancholików”? – gdyby jednak istniała, trzeba by jej szukać gdzieś pomiędzy *Liber chamorum*, spisem luźnych ludzi czy katalogiem przyplotnic, a zatem w rejestrze osobników marginalizowanych, o których zaczęła rozprawić ówczesna nauka. Mieszkańcom szalonych kamienic, czubkom, smutnodurnym, ludziom zadumowym – jak nazywano chorych umysłowo – należałoby się jednak szczególne miejsce w tym konglomeracie wykluczonych.

Historia polskiego szaleństwa w XIX wieku jest bowiem historią bezprecedensowej medykalizacji. Im bliżej końca stulecia, tym rozpoznanie choroby umysłowej stawało się częstsze. Wiek XIX uznał prawo do choroby umysłowej, ale to wiek XX i XXI całkowicie utożsamił szalonego z „chorym na szaleństwo”.

Historia zaburzeń psychicznych w Polsce minionego i obecnego stulecia jest historią przejścia i synergii działań psychiatrów, która doprowadziła do spychologizowania języka w potocznym dyskursie. Współczesne – powszechnie podzielane – konceptualizacje obłąkanego zaskakująco przypominają scjentyistyczne racjonalizacje z XIX wieku. Nie jestem i nigdy nie byłam historykiem, a mimo to mam poczucie, że to właśnie opowieść o polskich dziejach szaleństwa dostarcza nam niezbędnych narzędzi do zrozumienia tego, jak obecnie myśli się u nas o chorobie psychicznej. Opowiadam tu więc historię rodzimych teorii chorób umysłowych nie tylko dla niej samej. Nie chcę jedynie referować poglądów pierwszych lokalnych psychiatrów. Chodzi mi o odczytanie ich w sposób, który może być interesujący dla czytelnika współczesnego. Zamiast więc snuć przypuszczenia dotyczące zaburzeń psychicznych na podstawie własnej praktyki klinicznej, zestawiam koncepcje rodzimych psychopatologów dziewiętnastowiecznych. Sporządzam studium cudzego martwego pacjenta.

Bez melancholii nie sposób wyobrazić sobie psychiatrii, przynajmniej tej polskiej w XIX wieku. Dlatego tom pierwszy poświęcam kategorii z kręgu depresji. Zapowiedziany tom drugi, dotyczący rodzimej historii, tworzy z nim ścisłą całość, podobnie jak będący w przygotowaniu wolumin o psychozie. Każdą część tej psychiatrycznej trylogii jednak można czytać osobno, jako samoistne historie. Podobnie jest zresztą z rozdziałami tej książki. Jej dwie zasadnicze partie stanowią niezależne opowieści. Pierwsza, metodologiczno-metateoretyczna, zainteresuje pewnie niewielu. Jest bowiem przede wszystkim kierowana do psychologów, którzy – podobnie jak ja – chcieliby podjąć trud badań nad historią myśli psychopatologicznej. Czytelnik bardziej zainteresowany kwestiami merytorycznymi od razu może przejść do części drugiej, co najwyżej zatrzymując się przy dwóch ostatnich podrozdziałach *Historii psychopatologii i pomijanych kontekstów*, kreślących główne wydarzenia w polskim i zagranicznym świecie ówczesnej psychiatrii.

6

Dodam jeszcze, że ukazana przeze mnie galeria wyobrażeń na temat chorób psychicznych, a może raczej przewodnik po polskiej literaturze psychopatologicznej XIX wieku, jest próbą stworzenia archeologii polskiego szaleństwa. Archeologii, która wymagała ode mnie przygotowania luźnej paraleli w postaci opracowania ikonografii i tekstów źródłowych. Skłoniło mnie to do stworzenia – zamieszczonej tu – *Antologii* oraz *Albumu*, który w komiksowym skrócie ilustruje treść tej książki. Późno zrozumiałam, że ta opowieść zainteresuje raczej literaturoznawców czy artystów – którzy potraktują ją jako katalog dyskursywnych ekscentryczności – niż psychologów i psychiatrów. Dlatego dopiero w podsumowaniu studium rodzimej melancholii pozwałam sobie amatorko zbroczyć na tory literackie i plastyczne, aby pokazać, jak w topografii polskiego szaleństwa zazębiają się miejsca psychiatryzacji i estetyzacji obłądu. I dlatego też tom niniejszy nosi tytuł zaczerpnięty z literatury pięknej. „Słońce wśród czarnego nieba” Zygmunta Krasińskiego lepiej niż określenia rodzimych psychopatologów oddaje specyfikę polskiej posępnicy. Wszechobecność melancholika w wyobraźni dziewiętnastowiecznych Polaków nie pozwala jednak poprzestać na samej literaturze pięknej. Trzeba szukać głębiej. Trzeba pytać: co pozostało melancholii po rodzimej protopsychiatrii? Na to i na wiele innych pytań próbuje odpowiedzieć ta książka, której główną bohaterką jest polisemiczna melancholia.

Niniejsza książka nie powstałaby, gdyby nie osoby, które miały znaczny wpływ na jej obecny kształt. Przede wszystkim chciałabym podziękować mojemu opiekunowi naukowemu w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz wieloletniemu współpracownikowi dr. hab.

Bartłomiejowi Dobroczyńskiemu za wiele celnych uwag, zarówno formalnych, jak i merytorycznych. Ponadto jestem wdzięczna tym myślicielom, którzy poprzez wielogodzinne dyskusje zachęcili mnie do głębszego namysłu nad problematyką tej książki. Wśród nich największy dług wdzięczności mam wobec prof. Fátimy Alves (Universidade Aberta Porto), prof. Marca Décimo (Université d'Orléans), dr. Angusa Gowlanda (University College London), dr. hab. Sebastiana Kołodziejczyka (Uniwersytet Jagielloński), prof. Louisa A. Sassa (Rutgers University) oraz prof. Stevena M. Silversteina (Rutgers University).

Źródłem największej inspiracji byli dla mnie jednak moi studenci, zawsze zadający wiele cennych pytań. Nie sposób wymienić ich wszystkich. Szczególnie dziękuję uczestnikom seminarium „Nieświadomość: *sacrum*, szaleństwo czy goetheański porządek” oraz konwersatoriów z historii myśli psychologicznej w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W końcu książka ta nie powstałaby, gdyby nie pomoc mojej rodziny. Najgłębsze podziękowania należą się mojemu mężowi i córce za ich pełną miłości obecność oraz mojej mamie, która uczyła mnie odwagi intelektualnej.

3. Przypadki ludzi zadumowych – syntaksa melancholijna

Co dnia myśl jedną rozpaczy zaczynać,
Tą myślą modlić się – i nie przeklinać

Juliusz Słowacki *Beniowski*

Pierwszym krokiem w rekonstrukcji, z konieczności skazanej na pominięcie wielu istotnych aspektów, wydaje się przedstawienie konkretnych przykładów tego, czym objawiają się zaburzenia z kręgu melancholii. Zgodnie z przyjętą metodą poszukiwań rozpocząć trzeba od pytania – używając przystającego do danego autora nazewnictwa dzięki uprzedniemu rozważeniu kwestii terminologicznych – o charakterystykę przypadków ludzi zadumowych oraz o przejawy melancholijności tych pacjentów.

Subtelne analizy, które udało się znaleźć w odpowiedzi na te pytania, wykraczają daleko poza konceptualizacje medyczne. Zawierają one opisy zachowania osób cierpiących na zadumę, z którymi autorzy tych tekstów nierzadko mieli bezpośredni kontakt. Nawet tam, gdzie uczeni dążyli do najbardziej uogólnionego przedstawienia objawów melancholii, nie byli w stanie odejść od egzemplifikacji swoich tez symptomatologicznych. Teorie na temat tego, czym jest zaduma, budowali opierając się na wypowiedziach samych melancholików, zamieszczając fragmenty ich listów czy pamiętników. Dzięki temu można dalsze analizy i rekonstrukcje zilustrować interesującymi fragmentami polskich pism melancholijnych. Obserwujemy przy tym relację między różnymi warstwami dokumentarnymi: opiniami psychiatrycznymi, wywiadami lekarskimi, fragmentami zapisów ludzi zadumowych, zeznaniami osób z otoczenia melancholika czy orzeczeniami sądowymi. Konfrontacja tak odmiennych dokumentów pozwala odsłonić (na tym konkretnym polu) słynną batalię, w której dyskurs ma zmierzyć się z dyskursem (Foucault, 2002). Przejawy melancholijności pogrupowane zostały chronologicznie wokół komponentów, z którymi się wiążą: poznawczych, emocjonalnych, wolicjonalnych i behawioralnych. Dzięki temu zabiegowi ujawnienie napięć, łączącym się z różnymi sposobami mówienia o przypadkach melancholii, stanie się jeszcze wyraźniejsze.

Po czym rozpoznać smutnodur? (Perzyna, 1793)

W roku 1793 Ludwik Perzyna, używając swej oryginalnej nomenklatury, zamieszcza bogaty opis tego, w czym przejawia się smutnodur:

„myśli obłąkane, czasem ze śmiechem i wesołością, a czasem ze smutkiem i ze łzami pomieszane, do czego, gdy się durnowatość przyda, uporczywie jakowe wyobrażenie sobie wystawiająca i jednostajnie się onego trzymająca, smutnodurem, *Delirium melancholicum*, nazywa się” (Perzyna, 1793, s. 195). W omówieniu tym od początku nacisk zostaje położony na sferę poznawczą. To myśli są obłąkane i choć towarzyszyć im muszą różnego rodzaju uczucia, istotę tej choroby stanowi miało uporczywe trzymanie się tych samych wyobrażeń – owa durnowatość. Interesujące, że niejako na drugim planie objawami smutnoduru miały być przeciwstawne emocje: radość bądź smutek. Nazwa jaką Perzyna nadaje tej dolegliwości, sugerowałaby jej ściśle powiązanie ze smutkiem jako cechą dystynktywną, wyróżniającą smutnodur spośród innych „durnowatości”. Z jeszcze innego powodu pomysł ten jawi się jako niepowszedni. W obłąkaniu tym człowiek raz się śmieje, raz płacze. Czasem jest wesoły, czasem smutny. Przypomina to z pewnością opisy powiązań manii i melancholii, stanów podwyższonego i obniżonego nastroju, tego co, dziś nazywamy zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. Nie one jednak znajdują się w centrum zainteresowań smutnodurem. Co zaskakujące, zważywszy na nazwę w owym centrum nie ma również smutku. Jakże zatem emocje rządzą osobnikiem smutnodurnym? „[p]acjenci w tej niemocy bywają podejrzliwi, dziecienni, bojaźliwi, troskliwi, zdaje im się, że ktoś zdrady na nich knuje” (ibidem, s. 196). Gdyby ich przyrównać do któregoś z bohaterów Szekspirowskich, prędzej przypominaliby Otella niż Hamleta. Pacjenci smutnodurni są nieufni, wszędzie węszą zdradę, nie wierzą bliskim, obawiają się ludzi i dlatego przeważnie ich unikają. Taki opis zachowania przedstawia Perzyna: „w nocy nie śpiąją, odludne miejsca najbardziej im się podobają, czasami stronią od ludzi, a czasami się na nich zniecka rzucają” (ibidem, s. 195), co więcej, „nocą zwłaszcza po cmentarzach, okopiskach, dolinach, gajkach, strumykach, ustroniach błędzić i wałęsać się lubią” (ibidem). Smutnodurny bywa niebezpieczny, sam fakt przebywania po zmroku na cmentarzach i w miejscach odludnych czyni go podejrzanym. Perzyna, omawiając praktyki cierpiącego na *delirium melancholicum*, nie szczędzi środków retorycznych mających wzbudzić strachu czytelnika. Przedstawia melancholika jako wagabundę, postać, którą XVIII wiek powiąże z takimi cechami, jak próżniactwo, rozpusta i brak wiary w przyszłość. Na ziemiach polskich charakterystykę tę smutnodurni dzielić będą z tak zwanymi luźnymi ludźmi. Ludzie luźni to ci społecznie niezaszeregowani „bez sposobu do życia” (Assorodobraj, 1966, s. 42), którzy w 1792, a zatem rok przed publikacją *opus magnum* Perzyny, stanowili 7,6 procent ludności Warszawy (ibidem). Ich „luźność” polegała

na tym, że wymykali się kontroli społecznej poprzez swą nieokreśloność. Należeli do nich włóczędzy, żebracy, złodzieje. Smutnodurni – nie tylko ze względu na kwestie społeczno-ekonomiczne – trafiali do ich grona, również z powodu prezentowanych postaw psychicznych, o czym możemy się przekonać, czytając o ludziach luźnych w osiemnastowiecznym Krakowie (Francis, 1967)¹.

Inną cechą smutnoduru jest to, że „[t]a choroba okazuje, jak się człowiek w krótkim czasie wcale odmienić może, bo niektórym pacjentom zdawało się, że się stali zwierzętami lub rzeczą inną jakową nieżyjącą” (Perzyna, 1973, s. 196). Wątek ten nie zostaje jednak rozbudowany. Trudno po tak krótkiej wzmiance rozstrzygać, czy Perzyna nawiązuje tu do *melancholii errabunda* (likantropii), omawianej przez Jonstona. Czy pojawia się tu charakterystyka cechująca zezwierzęcenie w wyniku smutnoduru? Czy też chodzi o urojenia dotyczące własnego ciała – przemiany w zwierzę lub w przedmiot? Niezależnie od odpowiedzi, komentarz Perzyny świadczy o tym, że bacznie obserwował smutnodurnych. Może nawet ich słuchał. Dla niego oni nie tylko „bredzili”, lecz bredzili o swej transformacji. Autor dodaje jednak, że smutnodurni mało mówią, co miało być ich cechą rozpoznawczą. W dodatku odmawiają jedzenia. To zaś ze względu na podejrzliwość i bojaźń, „by ich nie otruto” (ibidem).

Obraz smutnodurnego, jaki wyłania się z tej charakterystyki, to portret człowieka o zmiennych nastrojach – na przemian wesołego i smutnego. Cechuje go podejrzliwość, nieufność wobec ludzi, czego konsekwencją jest trzymanie się miejsc odludnych. Smutnodurny źle sypia, mało jada, zwykle milczy. Jest bojaźliwy, włóczy się nocami po cmentarzach, zdaje mu się, że zamienił się w zwierzę lub przedmiot. Te objawy zdradzają smutnodurnego, zwykle trzymającego się na marginesie, potrafiącego jednak rzucić się na kogoś z nienacką². Warto się nauczyć, jak go rozpoznawać, choćby dlatego, że bywa niebezpieczny.

Na koniec omawiania smutnodurnych można jeszcze dodać, że jak podkreśla Perzyna, do tego samego gatunku chorób, zalicza się też inna przypadłość, polegająca na: „myśli o jednym wyobrażeniu siebie rażącym i nigdy mu z umysłu nie ustępującym” (ibidem, s. 194) – tak zwany domarad. W definicji tego pojęcia znajdujemy elementy, które odnoszą się wprost do nostalgii. Domarad to rodzimy odpowiednik tej jednostki chorobowej, za jaką ówczesnie była uważana nostalgia (Austin, 2007). Według Perzyny (1793, s. 194) jest to choroba „najczęściej się żołnierzom gwałtem branym i w cudze kraje zaprowadzanym przytrafiająca, którzy tęskniąc do swej ojczyzny na

domarad durnieją”. Pokrewieństwo dwóch konceptów: smutnoduru i domaradu, zostaje więc określone już na samym początku historii polskiej myśli psychiatrycznej – warto o tym pamiętać w kontekście dalszych ustaleń, do jakiego gatunku chorób zaliczymy interesującą nas przypadłość.

Znaki melankolii (Linde, 1809)

Słownik języka polskiego z 1809 roku zawiera konglomerat przedstawień objawów melancholii, pochodzących – jak się wydaje – nie tylko z pism psychologiczno-psychiatrycznych. Ze względu na wagę tego zbioru haseł w ówczesnym życiu intelektualnym Polaków warto przytoczyć zamieszczone w nim fragmenty. Linde niestety nie podaje autorów większości cytowanych dzieł. Można jednak prześledzić w tym słowniku symptomy przypisywane „melankolii”, której pod tą nazwą nie udało się odnaleźć w dziełach medycznych omawianego okresu.

90

Melankolik przede wszystkim jest niewesoły, ponury, „kwaśny” i zępiący. Charakterystyka melankolika w dyskursie niemedyceznym o wiele większy nacisk kładzie na emocjonalną stronę tej przypadłości niż wiedza specjalistyczna. W tym potocznym rozumieniu wciąż jednak mamy do czynienia z melankolią jako chorobą. Jest ona bowiem „spaloną żółcią”, a „[z]naki melankolii głównej naprzód są szaleństwo albo głupstwo bez gorączki; przy tym bojaźń i smutek” (Linde, 1809, s. 54). Jest to więc przede wszystkim rodzaj obłądu, połączony z lękiem i przygnębieniem. Co więcej: „[m]elankolików nazywamy tych, którzy ustawicznie, albo najwięcej o jednej rzeczy myślą, tak że o innych rzeczach nie wiele dbają” (ibidem, s. 55). Melankolika można rozpoznać po tym charakterystycznym trzymaniu się jednej myśli, a gdyby ten objaw psychologiczny, nie dał się łatwo zaobserwować, Linde przedstawia kilka innych cech behawioralnych, specyficznych dla dotkniętych tą chorobą. Melankolicy lamentują, bywają milczący, zawsze smutni, wszystko im się zdaje krzywdzące albo nie w porę. Ciała ich są „zimne i suche”, co wskazuje na humoralne konotacje melankolii. Wspomniany tu zostaje „melankoliczek”, czyli ten, który dopiero staje się melancholijny. Niestety zachowanie melankoliczków nie zostaje poddane analizie.

Choć przedstawione tu znaki melankolii nie pochodzą bezpośrednio z tekstów medycznych, wydają się reprezentatywnym sygnałem przekształceń idei melancholii w polskiej myśli. Szczególnie że pod hasłem „melankolia” znajdujemy też opis odnoszący się najpewniej do

koncepcji Ludwika Perzyny. Wprost bowiem jest tam podane: „smutnodur, choroba ze krwi czarnej pochodząca, tęgota”³ (ibidem, s. 54). Potwierdza to synonimiczność terminów „smutnodur” i „melankolia”, a także sugeruje przebieg ich historycznych przekształceń. Zdaje się, że oba te pojęcia funkcjonowały na przełomie wieku XVIII i XIX, i odnosiły się do zjawisk, które można było utożsamiać. Ponadto Linde przytacza przysłowia związane z melankolią, które uzupełniają jej opis o miejsce, jakie zajmowała ona na pograniczu literatury i języka potocznego. W owym czasie przestrzegano: „[ż]eś sam jest melankolik, nie gań drugim baśni”; istniało powiedzenie: „melankolik rodzi się lisowato, koleryk czarno”, a także porzekadło, iż melankolik to ten „wesoly jak świnia w deszcz” (ibidem, s. 55).

Przypadki ponurowatych – Dorota S., Joanna O.
i Kunegunda J. (Frydrych, 1845)

Bartłomiej Frydrych, ordynator oddziału szpitala psychiatrycznego dla kobiet, poczynił wiele interesujących uwag na temat specyfiki zaburzeń psychicznych u płci żeńskiej. Jego dzieło, uchodzące za pierwszy podręcznik psychiatrii w Polsce, wyróżnia się rozdziałem poświęconym opisowi przypadków, będącym czymś na kształt specyficznego i nowatorskiego wówczas casebooka szpitala Bożego Ciała w Warszawie. Tekst ten – poza interesującymi notatkami na temat objawów poszczególnych chorób, w tym ponurowatości (na której się tu skoncentruje) – zawiera materiał intrygujący z perspektywy współczesnych studiów rodzajowych (*gender studies*). Z jednej strony mamy tu bowiem dążący do obiektywności zapis charakterystyki kobiety ponurowatej. Z drugiej zaś wybór języka stosowanego do opisu żeńskiej melancholii sugeruje, że Frydrych miesza własne obserwacje kliniczne z ówczesnym zapleczem kulturowym, przypisującym kobietom niższą pozycję, a tym samym przyczynia się do naturalizacji różnic płciowych. Choć takie odczytanie tekstów nie stanowi celu niniejszego studium, warto zaznaczyć, że tego typu próby przebadania podręczników psychiatrycznych zostały już podjęte, między innymi w odniesieniu do melancholiczek w dziewiętnastowiecznych Niemczech (Hock, 2011), jak również w szerszej perspektywie czasowej (od połowy XIX wieku do początków XXI stulecia) w polskiej pracy doktorskiej (Kubat, 2012).

Ponurowatość, jak nazywa ją Frydrych, tłumacząc francuskie pojęcie *lypémanie*, poznasz u pacjentów po tym, że „[m]yśli ich i wzruszenia są zawsze przesadzone i pomieszane, najprostsze wypadki biorą za bardzo

ważne i z nich najsmutniejsze wyprowadzają wnioski. Lękają się najmniejszego szelestu, a niepokoi ich zupełna cichość” (Frydrych, 1845, s. 30). Ponurowatość wyróżnia się więc pod względem psychicznym nadmiernym roztrząsaniem przeżytych zdarzeń. Ponurowate wciąż się czymś zamartwiają. Nadmiernym rozmyślaniom zawsze towarzyszy smutek. Kluczem do obrazu choroby jest więc już nie tylko sfera poznawcza, lecz także stan emocjonalnego pograżania się. Nie ma jednak pewności co do tego, czy Frydrych rzeczywiście użył Esquirolowskiej lipemanii jako *sui generis* pojęcia pomostowego w celu przeprowadzenia melancholii ze sfery zaburzeń o zasadniczo poznawczym charakterze w stronę nieprawidłowości nastroju⁴. Czytamy bowiem dalej, że „ponurowatości nie można mieszać z hipochondrią ani z histerią, w których chociaż są przesadzone cierpienia [...] nie ma przecież majaczenia” (ibidem, s. 31). Przerost smutku i niepokoju nie pozwala zatem odróżnić ponurowatej od hipochondryczki czy histeryczki. Umożliwia to dopiero zaburzenie świadomości.

Aby przyjrzeć się zachowaniu ponurowatych, warto przytoczyć konkretne ich przykłady.

„S. Dorota, lat 49, matka kilkorga dzieci po utracie czasów⁵ wpadła w obłąkanie ponurowatość i obmierzła sobie życie. Chciała się zniszczyć głodem [...] wspomina że dlatego tylko chciała sobie życie odebrać, że nie chciała ciążyć dzieciom, na które już zapracować nie może, a chociaż już się zatrudnia, przecież jeszcze jest smutną i małomówną” (ibidem, s. 73–74). Omawianą pensjonariuszkę cechuje przede wszystkim rodzaj *taedium vitae*. To jednak nie wstręt do życia dał bezpośredni asumpt do prób samobójczych, lecz poczucie bezużyteczności i bycia ciężarem dla własnych dzieci. Jako pewne *novum* jawi się tutaj powiązanie przypadków obłąkanych ponurowatością i potencjalnych samobójców. Połączenie, którego wcześniej nie udaje się odnaleźć w dojrzałej warstwie konceptualnej.

W przypadku Doroty S. jeszcze nie mamy, jako esencjalnej, chęci odebrania sobie życia, lecz smutek i małomówność, które jako znamiona ponurowatości, nie ustąpiły w okresie powrotu do pracy. Dopiero następna z opisywanych pacjentek szpitala Bożego Ciała wykaże rys ponurowatej samobójczyni jako centralny: „J. Kunegunda lat 67 z powodu nędzy wpadła w obłąkanie ponurowate z chęcią samobójstwa” (ibidem, s. 76). Wątek ten nie zostaje jednak szerzej omówiony na kartach pierwszego polskiego podręcznika chorób umysłowych.

Inny opis ponurowatej zostaje silnie naznaczony nastrojem przygnębienia, a także rodzajem przywidzeń nawiązujących do zezwierzęcenia: „O. Joanna, 36 lat, mężatka zamożna po niezgodach domowych ulegała często nagłemu smutkowi, aż wreszcie w ubiegłym roku przywidziało się jej, że jest klaczką białą [...]. Wyniszczona na ciele, z głową

pochylną do ziemi, oczami zapuchniętymi i prawie zamkniętymi” (ibidem, s. 74). Temu przypadkowi Frydrych poświęca nieco więcej miejsca. Napady smutku zalicza tu jednak do mechanizmów wytwarzających ponurowatość, do etiopatogenezy, nie zaś do symptomów samej choroby. Smutek miał doprowadzić Joannę O. do choroby objawiającej się przywidzeniami na temat transformacji w białego konia. Chora coraz bardziej zaczyna przypominać klacz. Właściwie to każda ponurowata, nawet bez przywidzeń o byciu zwierzęciem, ulegała swoistemu zezwierzęceniu. Istotne jest to, jak chora się porusza, jeszcze ważniejsze jest jednak to, jak patrzy. Wzrok jako centralny objaw melancholijności był wskazywany od czasu powstania miedziorytu Albrechta Dürera *Melancholia I* (1514). Po spojrzeniu bowiem najłatwiej poznać melancholika. Frydrych opisze ten fenomen również w innym miejscu: „Wzrok ponurowatego bywa zwrócony do ziemi, wyraża podejrzenie i niespokojność” (Frydrych, 1845, s. 30). Zmiany w sposobie patrzenia będą też antycypować proces zdrowienia. Joanna O. po leczeniu „nosi głowę prosto, patrzy na ludzi, gra na fortepianie i śpiewa a nawet odważyła się tańczyć” (ibidem, s. 74).

Podsumując przytoczone przez Frydrycha przykłady, można zauważyć, że ponurowatość cechuje się przede wszystkim majaczeniem i przesadą – zbyt mocnym trzymaniem się jednej myśli albo uczuć oscylujących wokół smutku i lęku. Porównując ponurowatość według Frydrycha do lipemania w ujęciu Esquirola, trzeba zaznaczyć, że ta druga wyróżniać się miała omamami (delirium bez gorączki) oraz namiętnością do przytłaczających i smutnych myśli (Esquirol, 1820). Różnica nie wydaje się więc radykalna. Od pomysłu, by ponurowatość potraktować jako zwykle tłumaczenie Esquirolowskiego terminu, oddala nas jednak inne rozłożenie akcentów. U Frydrycha myśl, której czepia się chory, nie musi być naznaczona smutkiem. Przekonanie, że jest się koniem, nie wyklucza, iż myśl ta mogła być neutralna, niezależnie od tego zaś pacjentka odczuwała smutek, który ją do tego przywidzenia doprowadził. U polskiego lekarza nie ma również miejsca na ponurowatość jako rodzaj manii, owej namiętności do przytłaczających przekonań, choć mamy do czynienia z przesadą, której ciężar zdaje się jednak nieco mniejszy niż wtedy, gdy pojawia się ona jako cecha towarzysząca stanom maniakalnym.

Ponurowatości może towarzyszyć chęć popełnienia samobójstwa, ale po tym nie poznasz ponurowatej. Poznasz ją na pewno po spojrzeniu. Oczy są niemal zamknięte, wpatrzone w ziemię, przejawia się w nich cały ten ruch niepokoju, przywidzeń i podejrzliwości, rządzący lipemianczką. Reszta ciała w kontraście do oczu ponurowatej jest niemalże

nieruchoma, nic nie wyraża. Chora prawie się nie rusza, prawie nie mówi. Na koniec warto oddać głos w tej sprawie samemu Frydrychowi, który tak opisuje jedną ze swych pacjentek: „[b]yła to maszyna ledwo się poruszająca bez mowy i jakiej bądź żądy” (Frydrych, 1845, s. 75).

Jak rozpoznać pisma melancholijne? (Łowicki, 1846)

Doktor Ł., jak podpisywał się Maciej Łowicki, w 1846 roku wysłał do „Przeglądu Naukowego” fragment tekstu (z roku 1842) autorstwa anonimowego melancholika. Lekarz z Krasnojarska prosił o zamieszczenie tego traktatu jako potencjalnie interesującego dla grona lekarskiego. Choć nieopublikowany w czasopiśmie medycznym, artykuł Łowickiego ma więc ściśle określonego odbiorcę – specjalistę w dziedzinie chorób umysłowych. Dlatego też poświęcone mu zostanie osobne miejsce jako przykładowi objaśniania, kim jest melancholik w ujęciu psychologiczno-psychiatrycznym. I tak właśnie zostaje tu przedstawiony fragment pism, „które w istocie trudno dokładnie nazwać” (Łowicki, 1846, s. 85), przypominających dziennik melancholika i stanowiących odległe echo *Anatomii melancholii* Roberta Burtona. Łowicki zapowiada, że „artykuł *Melancholia* jest ze wszystkich tych pism najobojętniejszy, najspokojniejszy, w którym najmniej tego jęku. Nie jest to traktat prawdziwie fizjologiczny, lecz ściśle moralny” (ibidem, s. 85–86). Dzisiaj nie sposób już określić, na ile tekst ten jest autorstwa jednego z młodych pacjentów szpitala w Krasnojarsku, jak podaje Łowicki, na ile zaś jest stylizowanym dziełem samego lekarza. Znajomość ówczesnego stanu wiedzy na temat neurofizjologicznych interpretacji genezy melancholii, a także zabiegów retorycznych z *opus magnum* Burtona, sugerowałyby że autorem jest sam Łowicki, pragnący nadać swemu dziełu większą wagę, a przy tym posłuszny przekonaniu, które w pewnych rejonach przetrwało od baroku aż do dziś, że pisać o melancholii można jedynie z perspektywy osoby nią dotkniętej. Jak twierdzi Julia Kristeva (1987/2007), prawie sto pięćdziesiąt lat po Łowickim, z perspektywy psychoanalitycznej tylko takie pisanie o melancholii ma sens dla innych chorych, które wypływa z niej samej, którego autorem jest więc melancholik. Co więcej, za interpretacją, iż tekst napisał sam doktor Ł., przemawia również fakt, że w owym czasie ugruntowaną pozycję zajmował intensywnie uprawiany przez lekarzy „gatunek literacki” zwany „listem od chorego”, w którym chory, najczęściej „onanista”, opowiadał historię swojego „staczania się w chorobę” (Markowski, 2006)⁶. Z drugiej strony nie można wykluczyć, że autorem tekstu jest rzeczywiście chory

na melancholię pacjent Łowickiego, obeznany z ówczesnym stanem wiedzy na temat swojej przypadłości, prezentujący mowę melancholii, mającą wspólne rysy z innymi wytworami melancholijnego umysłu, niezależnie od czasu i miejsca.

Po co melancholik pisze?

„Po co piszę i na co piszę?” (Łowicki, 1846, s. 85) – tymi słowami rozpoczyna się mowa melancholijna. U księcia melancholii, Roberta Burtona, odpowiedź, choć dwuznaczna, odnosiła się do leczniczego wymiaru pisania. Tu podobnie, pisanie to „ulga, pociecha, rozrywka w bolesnej tęsknocie, w zabijającej nudzie” (ibidem). Melancholik Łowickiego wydaje się nad wyraz świadomy terapeutycznego wymiaru autopatografii, tego, co później w języku psychologii nazwane zostanie terapią pisaniem (Pennebaker, 1997). Pismo melancholijne jest ekshibicjonistyczne. Od razu zdradza swą autoteliczną funkcję. Rodzimy autor twierdzi, że pisać to leczyć się z tęsknoty i nudy – dwóch wyróżników melancholii w prezentowanym artykule. Pozwala nam również zajrzeć do umysłu melancholika *in actu*, podczas jego chorobliwego działania. Tekst ten pełen jest dygresji i niedokończonych zdań, tak typowych dla otwartej konstrukcji „dzieł melancholijnych” (Gowland, 2001). Autor przyznaje się do trudności z koncentracją i irytującego zapomnienia znanych mu pojęć. Poza całą warstwą formalną, która tu wydaje się równie ważna co w księdze Burtona, artykuł ten traktuje wprost o przejawach melancholii. Mamy więc trzeźwy namysł nad tym, po czym rozpoznać można melancholika.

95

Za czym melancholik tęskni?

Po pierwsze, do repertuaru cech melancholii zaliczona zostaje bolesna tęsknota, z której autor tekstu próbuje się wyzwolić. W melancholiku „myśl tęskna, niewesoła, jak puszczyk lub sowa na wieży kościelnej lub pustym zamczysku, zawiesiwszy się ze spuszczoneymi skrzydłami, mieszka” (Łowicki, 1846, s. 92). Melancholik chowa w sobie „tajemne boleści” (ibidem, s. 93), a jego tęsknota wydaje się nie mieć przedmiotu, nie może więc zostać zaspokojona. Czasem jednak przedmiot tej tęsknoty daje się wyodrębnić. Dzieje się tak, gdy melancholikowi „zdaje się, że jego dusza jest rozdwojona i gdy jedna jej połowa gdzieś buja, druga część oczekuje jej i tęskni po niej i cierpi” (ibidem). Fragment ten nosi znamiona oryginalnej koncepcji melancholii. Autor jednak nie poświęca jej wiele miejsca. Warto zatem ideę rozdwojonej duszy,

w której jedna część tęskni za drugą, pozostawić w formie interesującego sygnału, z całą warstwą możliwych psychoanalitycznych (nad)interpretacji, kuszących swą przystawalnością do Freudowskiego klucza, gdzie melancholia widnieje jako podzielone, „puste Ja” (Freud, 1991). Sama tęsknota zostaje tu jednak omówiona szerzej. Uczucie to, jako centralne dla osoby dotkniętej przypadłością melancholijną, jest nieporównywalnie silniejsze niż u innych stęsknionych. Melancholicy nazwani zostają „ludźmi mocniejszych uczuć” (Łowicki, 1846, s. 96) i to zintensyfikowanie wszelkich doznań, rodzaj przeczulenia, wydaje się charakterystycznym wyróżnikiem ich cierpienia. Melancholicy mocniej się złością, mocniej też przyjaźnią, dlatego – według autora – zawsze są niebezpieczni dla siebie lub dla świata. Bywa jednak, że owo nasilenie uczuć pomaga tym o „mocniejszej duszy” pisać rzeczy wielkie i „najognistsze” (ibidem, s. 95). Ponownie więc zawarte zostaje przymierze pomiędzy melancholikiem i pisarzem w jednej osobie. Tę część uznać można za klasyczną dla myśli melancholologicznej, już od XVI wieku bowiem czarną żółć nazywano atramentem – „atrybutem pisarzy” (Grass, 1991, s. 216).

Zamyślane melancholijne dzieci

96

Po drugie, melancholika można rozpoznać już w małym dziecku, przyglądając się, jak chodzi wciąż zadumane, z założonymi na krzyżu rękami, przysłuchuje się rozmowom innych, zawsze samo, małowmne, znudzone w towarzystwie, lecz w świecie marzeń żyje w pełni, często myląc rzeczywistość z wytworami swojej wyobraźni. Powód, z jakiego melancholia daje się rozpoznać od najmłodszych lat, znajdujemy w teorii systemu nerwowego: „Ludzie tego gatunku to mają wspólne i szczególnie, że mogą się zamyślać nader głęboko, że zapominają o świecie zewnętrznym ich otaczającym i stają się dlań zupełnie obojętni i nieczuli – Związek nerwu organicznego z mózgiem, ich sympatia i antypatia są tego przyczyną” (Łowicki, 1846, s. 92). Zamyślenie, druga cecha melancholii, dotyczy tylko pojedynczej rzeczy. Melancholik jest zawsze „pełen jednej tylko namiętności” (ibidem, s. 93), co zbliża go do Esquirolowskiego lipemaniaka. Podobieństwo widać również w neurofizjologicznej interpretacji tego stanu. Melancholia, pomimo niekiedy uwznioślającego charakteru, jest chorobą układu nerwowego. Esquirol nie znajdował jednak śladów zmian anatomicznych. Łowicki zaś rozpowszechniał pogląd o patologicznych zmianach w systemie nerwowym u melancholika⁷. W związku z tym wyprowadził podział na trzy rodzaje melancholii. Gdy „więcej wyrobiona” jest część piersiowa nerwu

parasympatycznego, mamy do czynienia z (1) melancholią młodego wieku: marzycieli i poetów. Takie samo powiększenie części brzusznej świadczy o (2) melancholii męskiego wieku dojrzałego, objawiającej się głębokością myśli, filozofowaniem i tworzeniem poezji lirycznej. Więcej wyrobiona część podbrzuszna nerwu zaś stoi za (3) melancholią kobiet. Na tym podziale zbudowana tu zostaje dalsza symptomatologia melancholii. Co szczególnie warte podkreślenia, to fakt, że poza tęsknotą i zamyśloną apatią nic nie wydaje się łączyć kobiet i mężczyzn dotkniętych tą przypadłością.

Piersiowo-brzuszni i brzuszni melancholicy

Piersiowo-brzuszni i brzuszni melancholicy dają się poznać po wielkości charakteru. Nerw sympatyczny bowiem udziela swej siły nerwowej mózgowi i czyni z nich genialnych poetów lub filozofów, uczonych. Właściwie do tych dwóch profesji szczególnie usposabia bycie melancholijnym. W tym miejscu prezentowany tekst zbliża się do myśli Marsilia Ficino (1489/1998), który twierdził, że melancholików cechuje przede wszystkim wyjątkowa inteligencja, czyniąca z nich wielkich myślicieli. Polski autor w tym samym duchu dodaje, że „ludzie genialni i dobroczyńcy ludzkości są najczęściej jednego z tych dwóch urządzeń organizmu” (Łowicki, 1846, s. 115), to jest piersiowo-brzuszego, u których częściej jednak pojawiają się choroby serca i płuc, oraz typu brzuszego, gdzie skutkiem ubocznym bywają częstsze choroby brzucha. Melancholicy tych dwóch rodzajów są zdolniejsi od innych, co więcej „ludzie tacy mogą często powiedzieć, że stworzeni są w nieswoim czasie: albo za wcześniej albo już za późno!” (ibidem, s. 95). Nie zawsze jednak mamy do czynienia z piersiowo-brzusznymi i brzuszными geniuszami, kiedy bowiem taka konstrukcja systemu nerwowego nie przenosi się na siłę umysłu, wtedy mężczyźni ci są chciwi, egoistyczni, nikkzemni „całe ich życie w brzuchu” (ibidem, s. 115). Tacy nie są całkowicie szaleni, a ci genialni – owszem.

97

Podbrzuszne melancholiczki

Podbrzuszne melancholiczki powoli się ruszają, czasem w ogóle tylko leżą i oddają się myślom o skróceniu swego cierpienia poprzez samobójstwo. U nich wyraźniej niż u mężczyzn dotkniętych melancholią widać ściśle pokrewieństwo duszy i ciała. W tym psychosomatycznym oddziaływaniu nie można jednak doszukiwać się niczego dobrego. Podbrzuszość tego typu melancholii, dotykającej tylko kobiety, objawia

się tym, że są „gotowe na wszelką rozpustę” (ibidem, s. 111). Co więcej, choć przypadłość ta, tak jak inne typy melancholii, ma podłoże neurofizjologiczne, a nie jest konsekwencją trybu życia, tu widać pewien wyjątek: „[s]tąd to łatwo, szczególnie przez próżniactwo i różne widowiska, czytania i towarzystwa, w kobietach delikatniejszego wychowania, wyradza się zwiększony i nierzadko przez nie nieobudzany popęd płciowy” (ibidem). Pożądanie – centralny objaw żeńskiej melancholii – wydaje się więc zależeć od samej kobiety. Popęd płciowy u „samiec”, „gatunku niższego rzędu” – jak nazywane są kobiety w omawianym artykule – przyrównany zostaje do łba końskiego, któremu istota płci żeńskiej nie założyła uzdy, czyniąc z siebie w ten sposób kobietę wyuzdaną. Tym rodzajem melancholii autor tekstu pogardza jednoznacznie. Nawet gdy podbrzuszną melancholia wiąże się u kobiet z piersiową (co zdarza się dość często), a zatem z przypadłością młodych poetów, wtedy „piszą one zatem i poezje, lecz wszystkie te ich poezje na jedną notę” (ibidem, s. 111). Melancholia wydaje się więc nie mieć nic dobrego do zaferowania kobietom.

Gdy podsumujemy rozważania nad objawami melancholii, wyrażone przez dotkniętego nią młodzieńca, ukążą nam one melancholię już nie jako przypadłość homogeniczną. Jakkolwiek powtarza się fraza, że autor jest melancholikiem z powodu patologii systemu nerwowego, a nie stał się nim na skutek swego stanowiska wobec świata, trudno oprzeć się wrażeniu, że melancholia to nie tylko przypadłość neurofizjologiczna. Wyrosła z koncepcji anomalii nerwu sympatycznego melancholia jest tu przedstawiona z perspektywy jej oddziaływania na sferę emocjonalno-intelektualną. Łowicki zastrzegając przeciż, że ten okazały fragment dzieła melancholika jest traktatem moralnym. Dowiadujemy się z niego, że pismo melancholiczne zdradza wiele oznak stanu psychicznego jego autora: zanurzenie w świecie wewnętrznym, refleksyjność, powtarzanie – owe perseweraacje słowne, zapominanie, dygresje, a przy tym kurczowe trzymanie się jednego tematu czy niekończenie myśli, pozostawianie jej melancholijnie otwartą. Poza wiele mówiącą warstwą formalną tekstu mamy jeszcze bardzo bogatą stronę treściową. Melancholik podaje, po czym poznać takiego jak on. Człowiek melancholijny wciąż za czymś tęskni, zwykle nie wie za czym. Zdarza się jednak, że wie, lecz tęsknota ta nigdy nie może zostać zaspokojona, gdyż tęskni on za samym sobą, za drugą stroną swej duszy. Dlatego pewnie wciąż chodzi zamyślony, małomówny, jakby uporczywie myślał nad jedną sprawą, nie mogąc się od niej uwolnić. Dalej rozważania dzielą się na dwa klarowne prądy: pisanie o melancholii męskiej – uwznioślającej – oraz żeńskiej – dewaluującej. Wyraźnie zaznaczone

są tutaj różnice rodzajowe. Melancholia z mężczyzn może uczynić wielkich uczonych, poetów, filozofów. Z kobiet zaś – leniwe, rozwiązłe, potencjalne samobójczynie. W tym podziale odnaleźć można obecny w niemal wszystkich epokach proces – odpowiednio – romantyzacji i patologizacji melancholii. Z pewnością u mężczyzn moglibyśmy mówić o melancholii heroicznej, u kobiet zaś – asekuranckiej. Na pytanie: gdzie spotkać ludzi melancholijnych? – tekst przedstawiony przez doktora Ł. odpowiadałby więc następująco: melancholika spotkasz wśród geniuszy, melancholiczkę wśród rozpustnic. Można na koniec zadać pytanie, czy Łowicki, oddając do druku tekst melancholika, prezentując go jako wytwór umysłu melancholijnego, rodzaj symptomu, chciał przedstawić silne uprzedzenia wobec kobiet – swoistą mizoginię, jako objaw melancholii? I melancholijnie trzeba pozostawić to pytanie bez odpowiedzi.

W czym przejawia się melancholijność trupa? (Maleszewski, 1846)

Klemens Maleszewski krótko i treściwie przedstawia charakterystykę melancholika. W tekście *Rozbiór innego trupa* (1846) – nawiązującym do poprzedniego rozdziału swego autorstwa, zatytułowanego po prostu *Rozbiór trupa* i traktującego o sekcji zwłok podejrzanego o symulację choroby umysłowej pacjenta Franciszka Okulicza – rozprawia się z wyznacznikami neurobiologicznymi mózgu martwego pacjenta melancholijnego. Nim jednak odda się drobiazgowemu opisowi sekcji zwłok melancholika, zaprezentuje swój pogląd na temat tego, po czym rozpoznawał za życia pacjenta, że ten cierpiał na omawianą przypadłość. Melancholik ten „nic nie mówił, ciągle leżał, całe ciało zdawało się być nieczułym, apetyt jednak miał wielki, smak tak przewrotny, że własne ekstrementa z największą chciwością pożerał” (ibidem, s. 37). Opis ten przypomina chorobę, znaną w owym czasie pod nazwą „melancholia z osłupieniem”. Maleszewski pisze jednak, że jest to po prostu melancholia – melancholia we właściwym sensie. Łatwo zatem rozpoznać cierpiącego na tę przypadłość: nic nie mówi, zdaje się nic nie czuć, ciągle leży. Melancholik nie musi jednak pozostawać w zupełnym stuporze⁸, porusza się przecież by pazernie zjadać swe fekalia, co Maleszewski traktuje jako towarzyszącą tej chorobie przewrotność apetytu. Na tym kończy omówienie objawów melancholii za życia chorującego na nią pacjenta.

Po śmierci do tego obrazu dochodzą patologiczne zmiany w mózgu chorego: pomniejszony mózdzek, zgrubienie błony pajęczynowej, rozmiękczone substancja mózgowa i gruczoł szyszkiowaty bez typowych dla niego ziarenek. Te neuropatologiczne wyznaczniki miały mieć charakter