

Diana SANIEWSKA

Uniwersytet w Białymstoku

e-mail: dianasaniewska@wp.pl

<http://orcid.org/0000-0003-4279-0787>

ALZHEIMER. SPOSOBY JĘZYKOWEGO KONCEPTUALIZOWANIA CHOROBY NA PODSTAWIE KSIĄŻKI *STILL ALICE* (PL. *MOTYL*) LISY GENOVY

W roku 2007 ukazała się książka *Still Alice*, w Polsce wydana kilka lat później pod tytułem *Motyl*¹. Jej autorka, Lisa Genova, jest amerykańskim neuronaukowcem zgłębiającym – w salach Uniwersytetu Harvarda, usytuowanych nieopodal laboratorium, w którym jej akademicy koledzy rozszyfrowywali kod genetyczny choroby Alzheimera² – tajniki funkcjonowania ludzkiego mózgu. Jest też wnuczką kobiety, u której chorobę Alzheimera zdiagnozowano³. Te dwa fakty składają się na „etiologię” książki, która przez niemal rok, jak podają materiały promocyjne, figurowała na prestiżowej liście bestsellerów „New York Timesa”. Na podstawie opowieści o Alice powstały: wystawiona w Chicago sztuka teatralna (2013) oraz filmowa adaptacja z oscarową rolą Julianne Moore (2014). Mniej więcej w tym samym czasie ukazały się poświęcone chorobie Alzheimera raporty Światowej Organizacji Zdro-

¹ L. Genova, *Motyl*, Poznań 2014. Cytując dalej, korzystam z tego wydania i podaję w tekście stronę, chociaż posługuję się anglojęzycznym tytułem, który uważam za trafniejszy.

² Praca na Uniwersytecie Harvarda otworzyła autorce wiele drzwi – zawodowych i prywatnych. W jednym z wywiadów Genova przyznała: „Moje wykształcenie i kwalifikacje dawały ludziom pewność, że mogą się czuć bezpiecznie, ujawniając mi informacje, o które pytałam”; wywiad zamieszczony na końcu cytowanego wydania *Motyła* (402).

³ W przywoływanym wywiadzie Genova opowiedziała o obserwowaniu osiemdziesięciopięcioletniej babci, która opiekowała się lalkami jak żywymi dziećmi: „To rozdzierało mi serce. Z drugiej strony było to dziwnie fascynujące” (401).

wia⁴ oraz międzynarodowej federacji Alzheimer's Disease International (2013)⁵, pokazujące alarmujące statystyki dotyczące tego schorzenia, które w XXI wieku stało się ważkim problemem w dziedzinie zdrowia publicznego⁶.

W ten sposób książka Genovy wpisała się w światowy dyskurs, prowokując – jak uznali publicyści – „globalną dyskusję o alzheimerze” i – co podkreślali specjaliści – „dając osobom zmagającym się z demencją twarz i głos”⁷, ale też edukując społeczeństwo, bo taką funkcję należałoby – jak sądzę – przypisać merytorycznie poprawnym fabularyzacji historii chorób. Tę rolę publikacji autorka podkreśliła w jednym z wywiadów: „Most people aren't going to read the »Journal of Neuroscience« to learn about Alzheimer's or autism or Huntington's disease. But they might read a novel. Fiction is an accessible way for the general public to learn about neurological disorders”⁸.

W głównej części tej pracy przyglądam się nie tyle temu, jak Lisa Genova opisuje chorobę Alzheimera⁹, ale jakimi metaforami się posługuje, mówiąc o tej chorobie, czemu takie conceptualizacje służą i jak wpisują się w potoczne doświadczenia. W tle moich rozważań pojawiają się kanoniczne dla dzisiejszej humanistyki prace Virginii Woolf *O chorowaniu* (1925) oraz *Choroba jako metafora* Susan Sontag (1978), a także *Metafory w naszym życiu* (1980) Marka Johnsona i George'a Lakoffa.

⁴ B. Duthey, *Alzheimer disease and other dementias. Background paper 6.11*, Genewa 2013.

⁵ *Policy brief: the global impact of dementia 2013–2050*, <https://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief> [dostęp: 12.02.2019 r.].

⁶ Choroba Alzheimera jest najczęstszą, bo obejmującą 50–75% przypadków, przyczyną demencji, schorzenia, które dotyka obecnie 46 milionów osób na świecie. Choroba ta dotyka osoby u schyłku wieku produkcyjnego (5–8% osób powyżej 65 roku życia) oraz w wieku senioralnym (15–20% osób po 75 roku, 50% osób powyżej 80 roku życia). Tak wysoka częstotliwość występowania sprawia, że dziś o alzheimerze – jak się potocznie to schorzenie nazywa – jako przypadłości starszego wieku słyszał chyba każdy. Jednak zgodnie ze statystykami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) u 2–8% chorych objawy ujawniają się w młodszym, produkcyjnym, wieku. Mówimy wtedy o chorobie Alzheimera o wczesnym początku; B. Duthey, dz. cyt., s. 6–11.

⁷ S. Learner, *Still Alice helped trigger 'global conversation about Alzheimer's' giving people with dementia a voice and a face*, <https://www.homecare.co.uk/news/article.cfm/id/1577032/still-alice-trigger-global-conversation-alzheimers-dementia> [dostęp: 12.02.2019 r.].

⁸ Tamże.

⁹ O zgodności fabularnego obrazu choroby z danymi klinicznymi pisałam w pracy *Obraz choroby Alzheimera. Rekonstrukcja na podstawie książki „Motyl” Lisy Genovy*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Med*, red. D. Saniewska, Białystok 2017, s. 65–81.

SOMATYKA W KULTURZE

Trudno oprzeć się wrażeniu, że *Still Alice* sytuuje się na pograniczu „modnych” gatunków literatury paradokumentu osobistego (*nonfiction*) i fikcji (około)medycznej (*medical fiction*), której bohaterem jest lekarz, chory, a szerzej – medycyna jako taka. Przedstawicielem pisarstwa typu *nonfiction* o tematyce medycznej był Olivier Sacks¹⁰ – profesor neurologii na Uniwersytecie Columbia, który z historii chorób (także swojej choroby) uczynił temat literacki, pokazując, że choroba jest, jeśli nie częścią biografii, to ważną jej determinantą. Natomiast historie, które opowiada admirująca Sacksa¹¹ Lisa Genova¹² – biolog ze stopniem doktora w zakresie neuronauki – mają charakter beletrystyczny, aczkolwiek niepozbawiony autentycznych odniesień i sporej dozy realizmu¹³. Niepozbawione elementów merytorycznych są również – z sukcesami ekranizowane – publikacje adresowane do młodzieży, jak *Gwiazd naszych wina* czy *Trzy kroki od siebie*, zapisujące się w pamięci odbiorców raczej za sprawą sentymentalnego ujęcia somatycznej fabuły niż nazwiska autora. Podobnie z autobiografiami chorych, wśród których pacjenci onkologiczni najczęściej chyba sięgają po pióra i klawiatury. Znamienne, że autobiografie te powstają obecnie jako blogi – pamiętniki online. Niektóre z nich zyskują duży rezonans społeczny. Tak było z blogiem Joanny Sałygi – *Chustka*, na podstawie którego powstała autobiograficzna książka pod tym samym tytułem oraz dokument Anety Kopacz nominowany do Oscara w kategorii najlepszy film krótkometrażowy – *Joanna* (2015)¹⁴.

¹⁰ Zob. D. Mergenthaler, *Oliver Sacks – a neurologist explores the lifeworld*, „*Medicine, Health Care and Philosophy*” 2000, nr 3 (3), s. 275–283.

¹¹ W wywiadzie autorka przyznaje: „jest [on] moją największą inspiracją” (M, 409).

¹² Genova „zbeletrizowała” także zespół pomijania stronnego po urazie mózgu w powieści *Lewa strona życia*, stwardnienie zanikowe boczne (ASL) w *Życiu za wszelką cenę* czy płasawicę Huntingtona w *Sekrecie O’Brienów*.

¹³ T. Seymour, *Still Alice is ‘shockingly accurate’ – people living with dementia give their Verdict*, <https://www.theguardian.com/film/2015/feb/10/still-alice-alzheimers-accurate-dementia-sufferers-verdict>, [dostęp: 12.02.2019 r.].

¹⁴ W tym samym roku w tej samej kategorii nominowany był inny polski film, również związany z blogową historią choroby – *Nasza kłątwa*. Tu tematem przewodnim jest choroba syna autorów blogu i zmagania z nią, a na blogu później pojawia się także wątek choroby nowotworowej matki chłopca; zob. D. Saniewska, *Od listu do blogu. Teksty intymistyczne jako historia choroby sui generis (wiek XIX–XXI)*, w: *Dyskurs (para)medyczny – gatunki, funkcje, przeobrażenia*, red. W. Żarski i A. Dombrowski, Wrocław 2018, s. 199–208.

Pod względem gatunkowym przywołane tu książki określiłabym jako „illness (para)fiction”¹⁵. Wypełniają one lukę, o której w 1925 Virginia Woolf pisała w eseju *O chorowaniu*¹⁶. Pisarka dziwiła się, że „choroba nie zajęła wraz z miłością, orężem i zazdrością miejsca pośród głównych tematów literatury. Wszak o grypie można by pisać całe powieści, poematy poetyckie o tyfusie, ody do zapalenia płuc, liryki poświęcone bólowi zębów. Ale nie. Poza kilkoma wyjątkami – De Quincey próbował pójść w tę stronę w *Wyznaniach angielskiego opiumisty*, jakiś tom czy dwa zebrałyby się, gdyby przejrzeć wszystkie stronicy Prousta – literatura robi, co może, by przekonać nas, że jej dziedziną jest umysł, że ciało to czysta szklana tafla, zza której dusza wyziera jasno i bezpośrednio, a jeśli pominąć tych parę namiętności – pożądanie czy chciwość – jest ono nieważne, nieistotne i nieistniejące. Tymczasem prawda jest zupełnie inna”¹⁷. Dziś, po bez mała stuleciu, odbija się ona w zmedykalizowanej kulturze popularnej, humanistycznych naukach medycznych i naukach społecznych, fundujących zwrot somatyczny¹⁸, którego „świadectwem są lata dziewięćdziesiąte ubiegłego wieku, a także lata ostatnie”¹⁹. Żyjemy, jak diagnozuje Bryan Turner, w „społeczeństwie somatycznym”²⁰, interesując nas somatyczne doświadczenia – erotyka, estetyka, zmysłowe postrzeganie rzeczywistości, a także „somatyczne doświadczenie tekstu i jego reprezentacji”²¹. Wydaje się jednak, że w szczególny sposób interesują nas doświadczenia, które nazwałabym patosomatycznymi – ból, cierpienie, choroba. Obok nich odnotować należy działania profilaktyczne (dieta, ruch, odnowa biologiczna), realizujące troskę o ciało i wpisujące się jednocześnie w zwrot estetyczny. Współczesne społeczeństwa przeszły już od socjologicznego postrzegania ciała, typowego dla XX wieku i prac Mi-

¹⁵ Przez analogię do rozpowszechnionego w piśmiennictwie anglojęzycznym terminu *medical fiction*. Przedrostek *-para* ujęty w nawias sugeruje, że mamy do czynienia z „jakby” fikcją; „jakby”, ponieważ obraz choroby jest zgodny z danymi klinicznymi, niefikcyjny.

¹⁶ V. Woolf, *O chorowaniu*, ze wstępem H. Lee, przeł. M. Heydel, Wołowiec 2010.

¹⁷ Tamże, s. 30. Listę chorób, stanowiących temat literacki: zapalenie wyrostka robaczkowego, nowotwory, Woolf przedstawiła w eseju *Choroba. Niewykorzystane złoża* opublikowanym w „The Forum” w kwietniu 1926 roku; tamże.

¹⁸ Anglojęzycznymi odpowiednikami tego terminu są *somatic turn* oraz *corporeal turn*; zob. B.S. Turner, *The body and society. Explorations in social theory*, London 1996, s. 6; R. Shusterman, *The somatic turn*, Ithaca 2000, s. 162–166.

¹⁹ A. Dziadek, *Projekt krytyki somatycznej*, Warszawa 2014, s. 14.

²⁰ B.S. Turner, dz. cyt., s. 6.

²¹ A. Dziadek, dz. cyt., s. 23.

chela Foucault²², do postrzegania egzystencjalnego, jednostkowego, spersonalizowanego osoby/ ciała w ruchu, o czym pisze Branda Farnell²³.

By przyrzeć się bliżej temu przejściu, wróćmy do eseju Woolf, która pisała: „Chorzy to dezterterzy, refuznicy. Odmawiają przyjęcia »pospólnych« konwencji. Otwarcie mówią, co myślą. Zniechęcają współczujących bliźnich. Nie pracują. Leżą. Marnują czas. Fantazjują. Nie chodzą do kościoła i nie wierzą w Niebo. (...) Po drugiej stronie lustra jest »armia wyprostowanych«, którzy wykorzystują energię, jeżdżą samochodami, chodzą do pracy i do kościoła, porozumiewają się i cywilizują”²⁴. Zdefiniowanie roli chorego w kontekście społecznym²⁵ oznacza, że zachorowanie, czyli wejście w rolę chorego, jest zagrożeniem dla sprawnego funkcjonowania systemu społecznego, wynikającym z zakłócenia możliwości ogólnie przyjętego pełnienia ról i wykonywania zadań²⁶. Z kolei w kontekście egzystencjalnym pisarka świetnie zakreśliła granicę doświadczeń somatycznych i patosomatycznych, dzieląc społeczeństwo na „dezterterów” i „armię wyprostowanych”, osób statycznych i dynamicznych, chorych i zdrowych.

Równoczesna przynależność do tych dwóch światów, co podkreśliła pół wieku później, w roku 1978, Susan Sontag²⁷, jest nieuniknioną konsekwencją bycia człowiekiem: „Choroba jest nocną stroną życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych. I choć wszyscy wolimy przyznawać się tylko do

²² Społeczno-polityczne kwestie są podstawą patrzenia na ciało w pracach takich, jak: *Narodziny kliniki, Nadzorować i karać, Narodziny biopolityki*.

²³ B. Farnell, *The second somatic revolution*, „Journal for the Anthropological Study of Human Movement” 2016, nr 23 (2).

²⁴ V. Woolf, dz. cyt., s. 22.

²⁵ Zob. T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969.

²⁶ Wyróżniają się tu cztery aspekty: chory nie jest odpowiedzialny za swój stan – wyjście z choroby (roli) nie jest tylko kwestią intencji chorego, ale też podjęcia zabiegów terapeutycznych; choroba jest powodem wystarczającym do chronicznego bądź czasowego zwolnienia chorego z innych ról; bycie chorym jest równoznaczne z uświadomieniem sobie, że jest to sytuacja niepożądana, której trzeba przeciwdziałać, w efekcie – wyzdrowieć, często przy współudziale osób trzecich; w przypadku niewystarczalności oddziaływania uzdrawiających sił natury chory zobowiązany jest do szukania, przyjęcia fachowej pomocy. Obecnie można wskazać wiele niedokładności łączących aspekty biomedyczne i społeczne funkcjonalnej teorii roli Parsona, toteż traktuję ją jako tło moich rozważań; tamże.

²⁷ S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Kraków 2016. Dalej cytuję z tego wydania i podaję w tekście oznaczenie S oraz stronę.

lepszego z tych światów, prędzej czy później, chociażby na krótko, musimy uznać również nasz związek z tym drugim" (S, 5)²⁸. W interpretacji amerykańskiej pisarki choroba staje się metaforą zjawisk o negatywnym wydzwiku społecznym²⁹: „Metafory choroby używane są nie po to, by osądzać społeczeństwo jako niestabilne, lecz by wskazywać na jego represyjny charakter" (S, 74). Jako stygmatyzujące Sontag wskazuje choroby przewlekłe – w XIX wieku była to gruźlica, w XX rak, a później AIDS – często zagrażające życiu i letalne, wymagające drastycznych poczynań terapeutycznych i spychające chorego na społeczny margines, wykluczające, ale w różnych sposób. „Metaforyka gruźlicy i raka przywołuje procesy biologiczne szczególnie szokujące i odrażające" (S, 10), odnoszące się do różnych sfer, a przez to inaczej odczytywane: gruźlica w społecznym przekonaniu dotyczy przede wszystkim płuc, a więc organu usytuowanego w górnej części ciała, podczas gdy rak często dotyka organów z dolnej części – tych, o których mówi się z „zażenowaniem" (S, 19). Przekłada się to na ich społeczne postrzeganie, „waloryzowanie" w konceptualizacjach orientacyjnych (DOBRZE TO GÓRA; ŹLE TO DÓŁ), których podstawą jest doświadczenie fizyczne, czyli właśnie doświadczenie ciała, inaczej – doświadczenie somatyczne. Nie może więc dziwić to, że gruźlica, przez związek z GÓRĄ wpisująca się w porządek psychofizyczny, dała się estetyzować, podczas gdy rak, należący raczej do porządku DOŁU, biologicznego – nie, a AIDS związane z genitaliami, które są najniższą, w sensie topografii ludzkiego korpusu, sferą i owianą tabu seksualnością, zyskał oblicze choroby najpodlejszej.

Dla porównania: przypadłości związane z najwyżej usytuowaną częścią ciała, z głową, zyskiwały, w czasach, których symbolem była gruźlica, a więc w XIX wieku, jak zdiagnozowała (!) Sontag, zupełnie inny status – choroba umysłowa, obłąd, implikowała „przeświadczenie, że chory jest niespokojną, niepohamowaną istotą żyjącą w świecie emocjonalnych skrajności, kimś nazbyt wrażliwym, by znieść okrutną pospolitość codziennego życia" (S, 37). W takim ujęciu choroby muszą związać się ze społeczną oceną wpływającą na postrzeganie oraz samostrzeganie chorego i jego status, a także na samo doświadczenie bycia chorym, co

²⁸ Przypomnijmy tylko, że słowa te napisała osoba, która dwukrotnie zachorowała na raka.

²⁹ Należy przy tym zauważyć, że istnieje sprzężenie zwrotne między pojęciem choroby a metaforą. Z jednej strony do opisu choroby stosuje się wiele metafor (wojny czy podróży), a z drugiej – sama choroba bywała metaforą niepożądanych społecznie zjawisk.

sprawia, że „Niezwykłe trudno (...) żyć w świecie chorych, nie ulegając uprzedzeniom wywoływanym przez ponure metafory” (S, 5). Sformułowanie „ponure metafory” sugeruje jednoznacznie, że mamy do czynienia z czymś przykrym, przygnębiającym, wywołującym smutek. Sontag zauważyła jednak jeszcze jedno – to, że metafory kształtują nasze postrzeganie sfery somatycznej.

Dwa lata później, w pracy *Metafory w naszym życiu*³⁰, George Lakoff i Mark Johnson stwierdzili – uogólniając – że „metafora jest wszechobecna w języku codziennym i w codziennym myśleniu” (M, 24), a pod koniec lat 90. XX wieku Michael Bradie³¹ uznał, że także nauka bez metafor nie jest możliwa. Metafory zyskały tym samym status uniwersalnych mechanizmów poznawczych i komunikacyjnych³², służących rozumieniu i objaśnianiu rzeczywistości, a także informowaniu o niej, a przestały być jedynie – jak się tradycyjnie pojmowało na przykład personifikacje, metonimie czy synekdochy – środkami stylistycznymi czy figurami retorycznymi³³.

Dla porządku wyводу przywołam dwa wyjaśnienia metafory. W klasycznym, Arystotelesowskim ujęciu jest ona przeniesieniem nazwy jakiejś rzeczy na inną przy użyciu analogii, rozumianej jako odniesienia proporcjonalne. Mamy w ten sposób do czynienia z zespołem słów, które tworzą nową całość semantyczną. Z kolei w ujęciu nowoczesnym, kognitywnym, u Lakoffa i Johnsona „Istotą metafory jest rozumienie doświadczenia pewnego rodzaju rzeczy w terminach innej rzeczy” (M, 31). Badacze ci zauważają, że „najczęściej konceptualizujemy zjawiska niefizyczne w »terminach« fizycznych – to znaczy, konceptualizujemy zjawiska mniej wyraźnie zarysowane za pośrednictwem zjawisk bardziej wyraźnie zarysowanych” (M, 97). W ten sposób „Metafora jest naszym podstawowym narzędziem do częściowego rozumienia tego, co nie może być rozumiane całkowicie” (M, 251). W tym duchu, analizując udział metafor w kontakcie pacjenta w lekarzem, Jan Domaradzki stwierdza: „Przydatność metafor (...) uwidacznia się zwłaszcza, gdy mowa o zjawiskach trudnych i złożonych, które wymagają myślenia abstrakcyjnego, a takimi

³⁰ G. Lakoff, M. Johnson, *Metafory w naszym życiu*, Warszawa 2010. Dalej cytuję z tego wydania i podaję w tekście oznaczenie M oraz stronę.

³¹ M. Bradie, *Science and metaphor*, „Biology and Philosophy” 1999, nr 14 (2), s. 165.

³² Zob. A. Libura, *Wyobrażenia w języku. Leksykalne korelaty schematów wyobrażeniowych. CENTRUM – PERYFERIE i SIŁY*, Wrocław 2000, s. 46.

³³ M. Głowiński, A. Okopień-Sławińska, J. Sławiński, *Zarys teorii literatury*, Warszawa 1986, s. 106.

są niewątpliwie pojęcia zdrowia i choroby”³⁴. O potrzebie metaforyzowania z punktu widzenia pacjenta pisze także Anatole Broyard: „Metafory są w chorobie równie niezbędne jak w języku, dają bowiem [pacjentowi] poczucie komfortu, jak własny szlafrok i kaptur”³⁵.

Wydaje się więc, że „w chorobie” powstają idiolektałne metafory, ale tendencja metaforyzowania zjawisk związanych z chorobą jest uniwersalna i to począwszy od ich nazw. Termin „choroba Alzheimer’a” to medyczny eponim, czyli określenie jednostki chorobowej, biorące nazwę od nazwiska lekarza, który ją odkrył, opisał³⁶. W potocznych praktykach językowych dzierżawcza forma zastępowana jest jednak apelatywizacją nazwy własnej w postaci określenia „alzheimer”³⁷, które nie wskazuje osoby, ale chorobę. Eponimy medyczne pełnią dość istotną funkcję eufemizującą w tym sensie, że nie sugerują groźnych objawów. Zauważmy, że bardzo fizjologicznie – i przerażająco – chorobę Alzheimer’a można nazwać, wskazując bezpośrednio na patologię prowadzącą do jej wystąpienia: „zanik mózgu” (101)³⁸. Brzmi to co prawda konkretnie, ale też złowieszczo, implikuje bowiem nie tylko znaczenie biologiczne – ‘stopniowe zmniejszanie się objętości tkanki, narządu lub części ciała’ (SJP)

³⁴ J. Domaradzki, *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz-pacjent*, „Kultura i Edukacja” 2015, nr 3 (109), s. 28. O tym, jak bardzo abstrakcyjne są te pojęcia, świadczy – dodajmy od razu, że powszechnie przyjęta – definicja Światowej Organizacji Zdrowia składająca się w zasadzie z leksemów o szerokim polu znaczeniowym, które stają się miejscami niedookreślonymi: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”; „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Definicja znajduje się w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia podpisanej przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia 22 lipca 1946 roku w Nowym Jorku; ratyfikowana w Warszawie 20 kwietnia 1948 roku; zob. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [dostęp: 12.02.2019 r.].

³⁵ A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, Wołowiec 2011, s. 33. Warto to zauważyć, że Sontag widzi to inaczej – w *Chorobie i metaforze* podkreśliła, że w dyskursie dotyczącym raka funkcjonują „metaforyczne ozdobniki deformujące doświadczenie chorujących” (S, 95), które – na co istnieje kulturowe przyzwolenie – podlegają „romantyzacji” i „sentymentalizacji” (S, 105).

³⁶ Zob. internetowa baza *Who named it*, <http://www.whonamedit.com> [dostęp: 12.02.2019 r.].

³⁷ Podobnie w potocznym użyciu funkcjonuje określenie „parkinson” oznaczające chorobę Parkinsona.

³⁸ W badaniach obrazowych mózgu stwierdza się zanik przyśrodkowych części płata skroniowego, zmniejszenie objętości kory śródwęczowej, jąder migdałowatych i hipokampa w porównaniu do norm wolumetrycznych adekwatnych do wieku pacjenta; M. Gaweł, A. Potulska-Chromik, *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimer’a i Parkinsona*, „Postępy Nauk Medycznych” 2015, t. XXVIII, nr 7, s. 427.

– ale także jego konsekwencję – ‘zanikanie lub zamieranie czegoś’ (SJP), którą jest ostatecznie śmierć.

Dalej, co zauważyła Sontag, choroba – nie tylko gruźlica, AIDS czy rak, ale, jak potwierdzają współczesne publikacje, każda choroba – daje się ująć w metaforach wpisujących „nowe” doświadczenia z nią związane w porządek doświadczenia „znanego”. Podstawową matrycą konceptualizowania w sferze zdrowia i choroby są militaria, o czym Sontag pisała następująco: „Ta najbardziej ogólna metafora przetrwała jednak w języku edukacji publicznej, gdzie chorobę przedstawia się zazwyczaj jako *atakującą* społeczeństwo, a próby ograniczenia śmiertelności wywoływane jakąś chorobą nazywa się walką, batalią lub wojną” (S, 91). Dodać do tego należy metafory botaniczne i religijne (S, 124). Nie wyczerpuje to jednak repertuaru metaforyzowania, którym posłużyła się Lisa Genova w książce o alzheimerze.

KONCEPTUALIZACJE CHOROBY ALZHEIMERA

Still Alice rozpoczyna się tak: „Przed rokiem neurony w jej głowie, umiejscowione niedaleko uszu, zaczęły umierać, lecz cały proces odbywał się zbyt cicho, by mogła go usłyszeć” (9). Po pierwsze mamy tu spersonifikowane neurony, które umierają. Dysponując potoczną wiedzą o tym, że neurony są komórkami tworzącymi mózg, rdzeń kręgowy i nerwy obwodowe, moglibyśmy sądzić, że w zasadzie mamy do czynienia z metonimią, w której komórki nerwowe reprezentują organizm. Jest jednak inaczej – neurony w mózgu uległy eksternalizacji – stały się samodzielnymi bytami, niezależnymi od „ja”, które skonceptualizowano na bazie dychotomii ciało/umysł. Tym samym procesy fizjologiczne w ciele odseparowane zostały od procesów poznawczych, co koresponduje z ujęciem ludzkiej tożsamości, które ujawnia się na ostatnich stronach książki.

Wstęp ten zarysowuje też sposób, w jaki autorka widzi chorobę, której jeszcze nie nadaje nazwy. Od początku wiadomo natomiast, że choroba – przynajmniej ta choroba – jest procesem odbywającym się nie tyle bezdźwięcznie, ile bezsymptomatycznie; bezdźwięczność oznacza tu niezmysłowość rozumianą jako brak namacalnych reprezentacji, czyli objawów. Taki przebieg choroby staje się fizyczną bazą metaforyzacji, co Lakoff i Johnson wyjaśniają tak: „gdy mówimy o rzeczach, których nie postrzegamy za pomocą zmysłów, musimy uciekać się do metaforycz-

nego użycia języka. Książki dotyczące psychologii, ekonomii czy polityki są w równym stopniu metaforyczne co książki dotyczące poezji czy kultu religijnego. Nie ma innego sposobu mówienia, o czym wie dobrze każdy filolog” (M, 7). Podobnie z książkami o chorobach – wykorzystują metafory, by obrazować to, co niewidoczne dla oczu.

Czytelnik – po przeczytaniu zmetaforyzowanego otwierającego powieść zdania – wie, że mowa jest o przewlekłym (proces) schorzeniu neurologicznym (głowa), degeneracyjnym (obumierające neurony), o dyskretnych objawach (zbyt cicho), które utrudniają, uniemożliwiają autodiagnozę (zbyt cicho, by mogła usłyszeć). Poznaje też orientacyjną lokalizację chorego miejsca (niedaleko uszu), która w topografii mózgu wskazuje – chociaż raczej tylko specjaliście – hipokamp, strukturę odpowiedzialną za pamięć świeżą i uczenie się. W tym momencie można już podejrzewać, jaka choroba tak niepostrzeżenie dotknęła bohaterkę. Z danych klinicznych wynika – co autorka książki wie jako neuronaukowiec, a autorka niniejszej pracy jako logopeda – że z tego rejonu atrofia rozprzestrzenia się (proces) na całe mózgowie. Badania obrazowe pokazują, że stopniowo dochodzi do zaniku przyśrodkowych części płata skroniowego, zmniejszenia objętości kory śródwęczowej, jąder migdałowych i hipokampa, w porównaniu do norm wolumetrycznych adekwatnych do wieku pacjenta³⁹.

Z klinicznego punktu widzenia alzheimer jest to „pierwotna choroba zwyrodnieniowa mózgu o nieznannej etiologii, charakteryzująca się określonymi cechami neuropatologicznymi i neurochemicznymi. Początek choroby jest zwykle trudny do ustalenia. Choroba rozwija się powoli, lecz stale postępuje przez okres kilku lat”⁴⁰, dotychczas jest nieuleczalna⁴¹. Schorzenie to – co warto odnotować – różnicuje się z fizjolo-

³⁹ Tamże, s. 427.

⁴⁰ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [dostęp: 5.07.2017 r.].

⁴¹ Definitywnym potwierdzeniem diagnozy jest biopsja mózgu – „prawdopodobnie masz chorobę Alzheimera” (100) – badania tego nie wykonuje się *in vivo*, w związku z czym u żyjącego chorego, na podstawie badań obrazowych mózgu oraz testów neuropsychologicznych, rozpoznaje się otępienie w chorobie Alzheimera. Jest to rozróżnienie specjalistyczne, toteż powszechnie, w uproszczeniu, używa się sformułowania choroba Alzheimera w odniesieniu do różnych postaci tego nieuleczalnego schorzenia. Dostępna farmakoterapia ma charakter objawowy i łączy się ją z różnymi formami terapeutyzowania funkcji poznawczych z ukierunkowaniem na łagodzenie przebiegu choroby.

⁴¹ ICD-10 pozwala rozpoznać „chorobę Alzheimera” jako: otępienie w chorobie Alzhei-

giczną demencją, będącą następstwem starzenia się⁴². Choroba Alzheimera i demencja są przypadłościami wiekozależnymi, geriatrycznymi. Wiek bohaterki książki Genovy nie jest więc typowy, ale też nie został wybrany przypadkowo. Stanowi czynnik dramatyzujący – u osoby w wieku produkcyjnym objawy są zbliżone do symptomów ujawniających się u seniorów, przebieg choroby jest podobny, ale szybszy, drastyczniejszy. Uważa się, że alzheimer jest chorobą pamięci, czego symptomem jest zapominanie. Tak faktycznie jest w pierwszej fazie, kiedy obumierają neurony w rejonie hipokampa, jednak wraz ze zmniejszaniem się objętości mózgu „chorują” także inne funkcje poznawcze: orientacja w przestrzeni, ocena sytuacji, rozumienie, liczenie, mowa, co czyni chorego niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Kiedy zanikowi ulegają tkanki mózgu w obrębie kory oczodołowoczołowej, tylnego zakrętu obręczy, głowowej części jądra ogoniastego i obszaru skroniowo-ciemieniowego, pojawia się anozognozja, a ostatecznie całkowite, właściwe otępienie⁴³, dla którego charakterystyczne są: wyraźne pogorszenie funkcjonowania pamięci kontekstowej i chronologii zdarzeń (prowadzące do amnezji całkowitej⁴⁴ i deficytu świadomości⁴⁵), głębokie zaburzenia mówienia i rozumienia, agnozja, prozopagnozja⁴⁶, apraksja (od tej związanej z orientacją przestrzenną po całkowitą niemożność posługiwania się przedmiotami codziennego użytku)⁴⁷.

Ten proces Genova również opisuje w sposób obrazowy – „W którymś momencie jej neurony przyjemności zostaną uszkodzone przez amyloid i nie będzie już w stanie czerpać radości z rzeczy, które kocha.

mera o wczesnym początku, otępienie w chorobie Alzheimera o późnym początku, otępienie atypowe lub mieszane w chorobie Alzheimera, otępienie w chorobie Alzheimera, nieokreślone.

⁴² U zdrowych osób wraz z wiekiem niektóre funkcje poznawcze także ulegają pogorszeniu (np. zmienność uwagi, pamięć sensoryczna, percepcja złożonych bodźców wzrokowych, analiza logiczna). Są to objawy procesu starzenia się; zob. E. Łuczywek, *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*, w: *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin 1996, s. 112–117.

⁴³ Tamże, s. 111–150.

⁴⁴ Zob. B. Daniluk, M. Szepietowska, *Ograniczenia możliwości komunikacji językowej w demencji*, w: *Neurologopedia*, red. Z. Tarkowski, Lublin 2005, s. 61–79.

⁴⁵ Zob. K. Jodzio, *Neuropsychologia intencjonalnego działania*, Warszawa 2008.

⁴⁶ Alice „chwilowo” zapomina, kim jest Eric, jej współpracownik; nie pamięta, że poznała partnerkę swojego doktora, później nie rozpoznaje swojej córki.

⁴⁷ K. Pasgreta, J. Gorzelańczyk, *Zaburzenia poznawcze, emocjonalne i motoryczne w chorobie Alzheimera – perspektywa neurobiologiczna*, „Episteme” 2010, t. 1, nr 11, s. 37–56.

W pewnym momencie wszystkie przyjemne momenty znikną” (163) – chociaż i tutaj przemycony zostaje w formie spersonifikowanej leksem ze słownika medycznego – *amyloid*, białko odpowiadające za uszkodzenie neuronów. Właśnie w warstwie słownikowej ujawnia się w książce scjentyzm, którego podstawą są zawodowe kompetencje autorki. Genova także w przystępny sposób wyjaśnia patomechanizm demencji o typie Alzheimera, nazywany hipotezą kaskady amyloidowej⁴⁸; bohaterka jej książki mówi: „Ścieżki nerwowe, których używam, by zrozumieć, co do mnie mówicie, co myślę, co dzieje się wokół mnie, są posklejane przez amyloid. Staram się odnaleźć właściwe słowa, jednak w efekcie wypowiadam zupełnie inne” (343).

W przypadku Alice, profesora lingwistyki – jej zawód, podobnie jak wiek, dramatyzuje zachorowanie – najdotkliwsze i najłatwiej zauważalne były symptomy zaburzeń językowych, które – mimo że nie należą do osiowych objawów⁵⁰ – uważane są za zwiastunowe dla choroby Alzheimera⁵¹ i dają się zaobserwować już we wczesnym oraz średnio zaawansowanym stadium choroby u 95% pacjentów⁵². W wypowiedziach chorych zauważalne są anomalie obejmujące: skrócenie wypowiedzi, zubożenie

⁴⁸ M. Gaweł, A. Potulska-Chromik, dz. cyt., s. 469. Patofizjologia procesów prowadzących do rozwinięcia choroby nie jest do końca poznana. Wiadomo jednak, że w mózgach chorych dochodzi do zmian związanych z nadprodukcją, nieprawidłową strukturą i kumulowaniem dwóch typów białek: β -amyloidu, który, odkładając się w przestrzeni pozakomórkowej, tworzy blaszki amyloidowe (starcze)⁴⁸, oraz białka tau, gromadzącego się w komórkach nerwowych w postaci pęków włókienek, nazywanych zwyrodnieniowymi włóknkami neuronów typu Alzheimera (lub splątkami neurofibrilarnymi⁴⁹). Zmianom tym towarzyszy nieprawidłowe uwalnianie neuroprzekazników, przyczyniających się do powstania procesów zapalnych i śmierci neuronów, oraz reakcje immunologiczne (nie wiadomo jednak, czy są one przyczyną czy następstwem schorzenia); B. Duthey, dz. cyt., s. 8. Są to zlokalizowane pozakomórkowo złogi składające się z proteazy β -amyloidu oraz z innych nierozpuszczalnych wielocukrów, komórek astrogleju i mikrogleju; zob. Z.B. Wojszel, B. Bień, *Choroba Alzheimera – problem diagnostyczny i terapeutyczny*, „Medycyna Rodzinna” 2002, nr 1, s. 2–6.

⁴⁹ Włóknkowe zwyrodnienie neuronów polega na tym, że w ich cytoplazmie kumulują się nierozpuszczalne agregaty zmienionego patologicznie białka o strukturze β -wałdowej, co upośledza ich funkcję, a ostatecznie prowadzi do rozpadu błony komórkowej i śmierci neuronów; zob. tamże.

⁵⁰ Nie wspomina o nich klasyfikacja ICD-10. Zostały jednak dość wcześnie i szczegółowo opisane; zob. np. J. Appell, A. Kertesz, M. Fisman, *A study of language functioning in Alzheimer patients*, „Brain and Language” 1982, z. 17, s. 73–91.

⁵¹ A. Matyjasek, *Korelacja zaburzeń poznawczych i językowych w chorobie Alzheimera*, „Neurologistyka Praktyczna” 2015, nr 1, s. 93.

⁵² J. Szczepańska-Gieracha, G. Greń, P. Morga, *Zaburzenia językowe w chorobie Alzheimera*, „Alter Ego Seniora” 2014, vol. 2, s. 75.

treściowe, anomie, neologizmy, parafazje, przechodzące w zaawansowanym stadium w całkowity mutyzm⁵³. Natomiast w przypadku choroby Alzheimera o wczesnym początku, na którą zapadła Alice, zaburzenia mowy (obok apraksji, agrafii i akalkulii) mają kluczowe znaczenie diagnostyczne⁵⁴ – dokładniej omawiam je w innym miejscu⁵⁵, tu natomiast pokazuję sposób ich ujmowania.

Mówienie, komunikowanie się obrazowane są w wypowiedziach Alice za pomocą metafory drogi. Ta conceptualizacja wydaje się oczywista, kiedy weźmie się pod uwagę słownikowe znaczenie leksemu *droga* – ‘wszelki szlak komunikacyjny’ (SJP). *Droga komunikacji* ma postać nie tylko fizycznego traktu, ‘pasa ziemi łączącego jakieś miejscowości lub punkty terenu’ (SJP), ale także połączenia będącego ‘sposobem przekazywania informacji’ (SJP), nie tylko namacalnie, ale również mentalnie. I to drugie znaczenie wykorzystuje Genova. Alice widzi to tak: „droga, jaką jej myśli przebywały od neuronów do ust, była zbyt długa. Jakby miały do pokonania kilometry w otchłani ścieków, zanim dopłyną do powierzchni i zostaną usłyszane, a po drodze większość z nich i tak gdzieś utonie” (308). Jest to *droga* w środowisku – chciałoby się powiedzieć – wodnym, co koresponduje z płynami ustrojowymi tworzącymi środowisko wnętrza organizmu; widać więc też od razu, że jest to *droga wewnętrzna*, że proces mówienia ma charakter wewnętrzny. Można też wnioskować, że to wewnętrzne środowisko nie jest najlepszej jakości, ponieważ zostaje nazwane „ściekami”, a to sugeruje coś niezdrowego, chorobliwego, patogenego. Tak też przedstawiają się składowe mowy – słowa, które zlewają się w „kleistą breję” (218).

Dalej *droga* przyjmuje kształt *ścieżek* – to już zleksykalizowana w terminologii medycznej metafora połączeń neuronalnych, które ze względów gabarytowych i przestrzennych nie mogą być nazwane drogami, ale ścieżkami właśnie. W sieci neuronalnej osoby z chorobą Alzheimera połączenia nerwowe są niewydolne – Alice doskonale zdaje sobie z tego sprawę: „Ścieżki nerwowe, których używam, by rozumieć, co do mnie mówicie, co myślę i co dzieje się wokół mnie, są posklejane przez amy-

⁵³ Zob. A. Domagała, *Mowa we wczesnej fazie demencji typu Alzheimera*, „Logopedia” 2003, nr 32, s. 105–126.

⁵⁴ M. Barcikowska, *Naukowe kryteria rozpoznawania choroby Alzheimera: rewizja kryteriów NINCDS-ADRDA*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2008, t. 4, supl. A, s. 92–93.

⁵⁵ Zob. D. Saniewska, *Obraz...*, dz. cyt.

loid" (343). Zna też przyczynę ich niewydolności: „posklejanie”, zamknięcie, ale widzi też inną możliwość: „Albo ścieżki prowadzące do szczegółów historyjki były zablokowane, albo brakowało jej [Alice] elektrochemicznej siły, aby wystarczająco głośno zapukać w drzwi neuronów, by ją usłyszały” (179). Powraca tu metafora akustyczna – wewnętrzne *słyszenie*, które nie jest ‘odbieraniem wrażeń dźwiękowych’, ale oznacza ‘dowiadywanie się o czymś’ (SJP).

Problemy z percepcją językową narastają wraz z czasem, z rozwojem choroby. *Ścieżki* stają się tak poplątane, że zlewają się, tracąc kontury, których nie dało się odtworzyć nawet „sposobem”. Przy czytaniu, „Im [Alice] więcej podkreślała, tym bardziej jej głowa wypełniała się różową, cukrową papką” (291). Nie chodzi tu o potoczne rozumienie tego, co nazwalibyśmy informacyjną *papką* – ‘odpowiednio spreparowanymi informacjami (...) niewymagającymi żadnego wysiłku przy odbiorze’ (SJP). *Papka* w głowie Alice nie miała żadnych właściwości informacyjnych. Epitety, które ją określają, wskazują, że treści w umyśle bohaterki stawały się po prostu infantylne – kolor różowy w zestawieniu ze słodkim smakiem przywołują skojarzenia z tym, co dziecinne, *po dziecinnemu* ‘niepoważne, naiwne’ (SJP).

Przywołanie dzieciństwa w sferze mentalnej podkreśla upośledzenie korowych funkcji poznawczych (pamięci, myślenia, języka, rozumienia, orientacji, uczenia się, oceny) u dorosłego przecież człowieka. Tracąc te zdolności, Alice ulega regresowi kognitywnemu, inwoluuje. Z drugiej natomiast strony, utrata „rozumowej” części siebie, oznacza obniżenie kontroli emocjonalnej, co skutkuje pojawieniem się nieprawidłowości w zachowaniach społecznych (BP, 6⁵⁶), które nie mają już racjonalnego równoważnika. W klinicznym obrazie choroby Alzheimera, który – podkreślmy – dość skrupulatnie odtwarza Genova, wyłania się więc jeszcze jeden aspekt – psychopatologiczny⁵⁷. Alice nie doświadcza, co prawda, objawów psychotycznych, ale zauważa, jak silnie dysfunkcje poznawcze są w potocznej świadomości kojarzone właśnie z zaburzeniami psychia-

⁵⁶ Zob. M. Pąchalska, L. Bidzan, A. Pufal, M. Bidzin, B. Łukaszewska, *Dynamika zmian zaburzeń zachowania w ośpieniu typu Alzheimera*, „Psychogeriatrya Polska” 2009, nr 6 (2), s. 43–58.

⁵⁷ T. Lewicka, D. Stempel, I. Nowakowska-Kempna, *Zaburzenia językowe w chorobach neurodegeneracyjnych – aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, „Logopedia Silesiana” 2014, nr 3, s. 87.

trycznymi. Sama Alice w odniesieniu do obserwowanych u siebie objawów używa określenia „szaleństwo” (269, 274), a uświadamiając sobie momenty zatarcia perspektywy temporalnej, w wyniku czego zdarzało jej się oczekiwać przybycia matki i siostry, które wiele lat temu zginęły w wypadku samochodowym, stwierdza: „Można było dostać szału od ciągłego przypominania sobie o tym” (219). W pewnym momencie porównuje siebie do „obłąkanej” (224). Nie są to jednak odniesienia literalne – Alice nie chodzi o „ostre zaburzenie świadomości połączone z gwałtownym podnieceniem, będące objawem niektórych chorób psychicznych i zatruc”, ale o potoczne określenie bycia ogarniętym silnym uczuciem⁵⁸. Bywa jednak i tak, że refleksyjnie zorientowany pacjent zauważy podobieństwo objawów alzheimera do objawów choroby psychicznej – jak farmaceutka Cathy, znajoma Alice z podobnym rozpoznaniem – która stwierdza: „Sądziłam, że odchodzę od zmysłów” (304).

Dla Alice „psychiczność” objawów była nie do przyjęcia: „Wolała umrzeć niż postradać zmysły” (113). Wiązało się to ze społecznym wykluczeniem chorego z alzheimem jako innego, potencjalnie (przez związek sfery poznawczej, w której zachodzą zmiany, ze sferą psychiczną) niebezpiecznego: „Nawet ci wykształceni i z dobrymi intencjami często ze strachu trzymali się na dystans od chorych umysłowo. Nie chciała stać się kimś, kogo ludzie baliby się i unikali” (165). Inne choroby, bardziej fizyczne, w jej przekonaniu nie były tak społecznie napiętnowane, w związku z czym „żałowała, że nie zachorowała na raka. W jednej chwili zamieniłaby się na nowotwór” (164). Alice sądziła nawet, że „Podczas gdy łysa głowa i różowa wstążka były postrzegane jako odznaka odwagi i nadziei, jej ograniczone słownictwo i zanikająca pamięć postrzegano jako zaburzenia psychiczne i nieczytelność. Pacjenci chorujący na raka mogli spodziewać się wsparcia ze strony swojej społeczności. Alice spodziewała się, że zostanie potraktowana jako wyrzutek” (165), a więc ktoś naznaczony i usunięty ze społeczeństwa; „Gdy zdiagnozują u ciebie alzheimera, to jakby naznaczono cię szkarłatną literą A” (344), myślała. Szkarłatna litera jest znakiem hańby związanej z popełnieniem cudzołóstwa („A” od łacińskiego *adulterium*), wyróżniającym jednostkę jako tę, która zagraża moralności społeczeństwa. Choroba, choć niepopelniona

⁵⁸ *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/sza%C5%82.html> [dostęp: 12.05.2017 r.]. Dalej podaję w tekście oznaczenie (SJP).

i niezawiniona, staje się czymś *niemoralnym*, a więc 'niezgodnym z wartościami, normami postępowania uznanymi w danej społeczności za dobre i właściwe' (SJP), czymś obscenicznym, jak pisała Sontag – „w pierwotnym znaczeniu tego słowa: coś złowrogiego, ohydneho, porażającego zmysły” (10) – staje się sprzeniewierzeniem społecznego porządku – jak pisała Woolf. Bycie chorą jest więc zupełnym przeciwieństwem bycia jednostką aktywną życiowo, produktywną. Chora Alice była pohańbiona, podczas gdy wcześniej Alice pracująca, akademicka „Mogła polegać na szacunku, jaki zapewniało jej stanowisko na Harvardzie” (179).

W społecznym kontekście pojawia się jeszcze kwestia *czasu* rozumianego jako 'okres, pora, gdy coś jest wykonywane lub coś się dzieje', 'stosowna, właściwa pora na coś' (SJP). Alice była przyzwyczajona do panowania nad swoim czasem, do jego organizacji. Choroba tymczasem zmieniała – dosłownie – porządek rzeczy, wymuszała przesunięcia w chronologii dnia, stając się także przyczyną negatywnych odczuć emocjonalnych: „Na samą myśl o tym, jak wiele czasu zajmowało jej codzienne poszukiwanie poprzestawianych rzeczy, ogarniała ją złość” (281). Alice chciała zdecydować, że „Nie miała dzisiaj czasu chorować na Alzheimera” (135), ale nie było to zależne od jej woli. *Czas*, ten 'nieprzerwany ciąg chwil', układał się dla niej bardzo niepomysłnie: „ostatnie sześć miesięcy jej życia było jedynie okropnym koszmarem” (213). Opisanie życia jako *koszmaru* – 'czegoś bardzo nieprzyjemnego, strasznego' (SJP) – wprowadza kategorię odrealnienia. Nie ma ono jednak pozytywnego wymiaru, jak w przypadku literackich koncepcji *życie snem*, a jedynie negatywne. Koszmar ma oczywiście znamiona *snu* – 'obniżenie wrażliwości na bodźce, spowolnienie funkcji fizjologicznych oraz czasowy zanik świadomości' (SJP), ale pozbawiony jest dobroczynnego wpływu 'naturalnego stanu umożliwiającego organizmowi wypoczynek' (SJP). *Koszmar* jest 'przygnębiającym, przerażającym snem' (SJP), ale nawet on – mija. Tymczasem *koszmar* alzheimera – trwa, rozwija się.

Wkracza tu więc inna konceptualizacja – teatralna, obejmująca także bliskich osoby chorej. Typowa dla chorego jest zmienność ról: raz gra, raz ogląda. W czasie wizyty u neurologa Alice „Czuła się niemal jak postać w sztuce, jakby tylko odgrywała rolę kobiety z alzheimerem” (181), a później, „Przysłuchiwała się (...) dialogowi męża i córki, porozumiewających się bez trudu, obserwując ich niczym widz w teatrze” (218). W takim ujęciu choroba – jak twierdzi Małgorzata Baranowska – „jest bardzo fabularna w znaczeniu takim, jak się pojęcie fabuły najprościej rozumie –

jako ciąg zdarzeń”⁵⁹. Można też określić wzorzec fabularny⁶⁰ poszczególnych chorób – „Alzheimer był tragedią” (285), która zaczyna się od epizodów nawet zabawnych, by po załamaniu skończyć się epizodami negatywnymi.

Wróćmy jednak do konfrontacji wizerunku choroby Alzheimera i choroby nowotworowej. Początkowo Alice podejrzewa u siebie guz mózgu i wyobraża go sobie w kategoriach biologicznych – bytu ‘żywiącego się mięsem innych zwierząt’ (SJP): „drapieżnik zatoczył koło w jej wyobraźni” (63); dodajmy tylko, że o raku jako drapieżniku pisała także Sontag (S, 8). *Drapieżca* – ‘napadający na kogoś’ (SJP) – wymaga rozpoczęcia działań obronnych. Uwidacznia się tu istotna kwestia dotycząca konceptualizacji różnych typów chorób. Alice jest przekonana, że „Mając raka, mogłaby z nim walczyć. Mogłaby poddać się operacji, naświetlaniom albo chemioterapii” (165). W przypadku raka dziś już istnieje szansa na *wygraną*, na wyzdrowienie. W przypadku alzheimera – nie ma nawet cienia takiej szansy, o czym Alice doskonale wie – jej „choroba była zupełnie inną bestią. Nie istniała żadna broń, którą można by ją było pokonać” (164).

Mimo wszystko – w autorefleksyjnych partiach – aktualizowana jest konwencjonalna metaforyka choroby⁶¹: wojny i walki. Dzięki nim udaje się opisać proces chorobowy: „wspomnienia”, obrazujące obszar w mózgu, który nie został jeszcze zajęty, „Były niemal zbyt zuchwałe, jakby zupełnie nie wiedziały o toczącej się właśnie, o kilka centymetrów na lewo od nich, wojnie” (212). Inaczej wyglądała „pozycja” emocji: „Naukowa część niej [Alice] wierzyła, że emocje pochodzą ze złożonych obwodów limbicznych mózgu, obwodów, które w chwili obecnej były uwięzione w okopach, na wojnie, której nikt nie przeżyje” (314). Początkowo Alice swój udział w walce opisywała trybem przypuszczającym: „nawet gdyby ostatecznie poległa w tym starciu, to mogłaby spojrzeć im wszystkim w oczy i pożegnać się, zanim odejdzie” (164). Z kulturowego punktu widzenia etos walki, wywodzący się z etosu rycerskiego, jest bardzo pożądaną postawą⁶². Alice wcielała go w życie – dosłownie w pozycji

⁵⁹ M. Baranowska, *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*, Wołowiec 2011, s. 11.

⁶⁰ N. Frye, *Fables of identity. Studies in poetic methodology*, Nowy Jork 1963.

⁶¹ Zob. S. Sontag, dz. cyt., G. Lakoff, M. Johnson, dz. cyt.

⁶² U Woolf jest on jednak typowy dla zdrowej części społeczeństwa, dla „armii wyprostowanych”, podczas gdy chorzy, są *dezserterami*, których cechuje ‘rezygnacja z czegoś

wojownika – praktykując między innymi jogę: „Przybrała postawę wojowniczkę. Zrobiła wdech i nabrała jeszcze więcej powietrza, akceptując dyskomfort oraz wyzwanie rzucone jej koncentracji i wytrzymałości. Była zdeterminowana, aby utrzymać ciało w tej pozycji, zdeterminowana, aby walczyć” (229).

Walka oznaczała poddanie się farmakoterapii, ale nie wykluczała alternatywnego arsenału środków o klinicznie udowodnionym, pozytywnym wpływie. Było ich całkiem sporo: bieganie, suplementacja witamin C i E, aspiryna, przeciwutleniacze (jagody, czerwone wino, czekolada gorzka, zielona herbata, *Ginkgo Biloba*), dalej: medytowanie, rozwiązywanie łamigłówek, używanie niedominującej ręki do mycia zębów. Alice broniła się przed swoją chorobą na wielu frontach i chociaż zdroworozsądkowo wydawało się to prawidłowym podejściem do sytuacji, bohaterka miewała wątpliwości co do swojego postępowania. Obawiała się, że strategia „najlepszą obroną jest atak” może przynosić skutki odmiennie od zamierzonych: „Może gdyby nie stawiała oporu, jej demencja nie przybierałaby na sile w zastraszającym tempie” (229). Z czasem Alice oficjalnie uznała (skapitulowała?), że jest stroną pokrzywdzoną: „nazywała się Alice Howland i była ofiarą Alzheimera” (348). Bo alzheimer był agresorem, destruktozem, o którym Alice myślała w spersonalizowany sposób: „Alzheimer może zniszczyć moje komórki mózgowe” (172).

Z kolei z perspektywy córki Alice przebieg choroby prowadził do sytuacji „po walce”, kiedy chora zostaje „jeńcem”. Po wysłuchaniu tego, jak matka odczuwa bycie chorą, jak zmaga się z objawami, Lydia stwierdza: „To brzmi jak tortury, mamo”, na co Alice odpowiada: „Tak właśnie jest” (222), przyznając, że z powodu choroby, która przecież nie daje objawów bólowych, odczuwa ‘silne cierpienie fizyczne lub psychiczne’ (SJP).

O postępie choroby można też mówić, odnosząc się do sfery zmysłów: „Alzheimer dość wcześnie dotyka płatu ciemieniowego” (191). Sformułowanie „choroba dotyka” jest już mocno zleksykalizowane, ale daje się w nim wyczuć oksymoroniczność. Z jednej strony dotyk jako fizyczny bodziec (w przeciwieństwie do uderzenia) kojarzy się pieszczotliwie, łagodnie i w ten sposób oddaje chyba „dyskretność” początkowych objawów, które nie mają somatycznych manifestacji. Z drugiej – mamy

z braku odwagi, by stawić czoła trudnościom’ (SJP); w takim układzie to życie wymaga walki, a bycie chorym oznacza rezygnację; V. Woolf, dz. cyt., s. 22.

też sformułowanie „coś kogoś dotyka”, czyli ‘sprawia komuś przykrość’ (SJP), jak tortury.

Negatywne obrazowanie choroby uwidacznia się również w jej upostaciowieniu. Przybiera ono formułę konwencji kulturowej, łączącej się zresztą z przywołaną już konwencją koszmaru. Dla Alice alzheimer był „potworem spod łóżka, który nie istniał” (213). *Potwór* jest ‘stworem o niesamowitych, przerażających kształtach’ (SJP), a więc jego cechą są fizyczne właściwości. Tymczasem alzheimer takich właściwości nie ma – w przeciwieństwie do raka, by wrócić do obrazowego zestawienia, dokonanego przez bohaterkę, który jest zbiorem nieprawidłowych komórek, a więc ma pewien kształt. W przypadku alzheimera, choroba nie ma takiego wymiaru, nie ma swojego „siedliska”. Neurodegeneracja, będąca istotą choroby Alzheimera, ma postać uogólnioną. Dlatego o „potworze”, którym jest alzheimer, można powiedzieć, że nie istnieje – bo nie ma czym go metonimizować (tak jak raka metonimizować może guz). Porównanie do potwora zawiera w sobie jeszcze dozę infantylizacji – dzieci, a nie dorośli boją się potworów. Nie chodzi tu jednak o wiek, ale o poczucie bezradności – wobec choroby dorosły pozostaje bezradny, bezbronny jak dziecko.

Nieprzyjaźnie wypadają również personifikacje o rodowodzie religijnym – Alice „Wyobrazila sobie swojego alzheimera jako demona w jej głowie, pędzącego zuchwale ścieżką destrukcji” (275). *Demon* jawi się tu jako coś ‘złego i wrogiego człowiekowi’ (SJP). Przywołuje także konotacje z obłędem, o którym już była mowa, a jednocześnie – jako że siedzibą demonów jest głowa – wskazuje pochodzenie choroby. Natomiast jego „ruchowa” kompleksja pozwala zobrazować progres choroby (pędzący), a także jego profil (zuchwale) i finał (destrukcja). Ponadto, tak opisany *demon* staje się ‘wcieleniem potężnej siły’ (SJP).

Obrazami potężnych sił są również *żywioty*, które są ‘potężnymi lub groźnymi zjawiskami naturalnymi’, ale też ‘zjawiskami niezależnymi od naszej woli’ (SJP). Metafory sił natury mają więc równie nieuchronny wydźwięk. Choroba może więc jawić się jako niszczycielski żywioł ognia: „Rozszalały pożar pochłaniał wszystkich. Nikt nie uchronił z niego żywy” (165). *Pożar* jest ‘ogniem ogarniającym dużą przestrzeń’ (SJP), ale w perspektywie egzystencjalnej staje się ‘gwałtownie rozprzestrzeniającymi się dramatycznymi wydarzeniami’ (SJP). Tę gwałtowność oddaje silnie nacechowany epitet *rozszalały*, który w odniesieniu do zjawisk atmosferycznych znaczy tyle co ‘występujący z wielką siłą’ (SJP). Określenie

rozszalały pochodzi od przymiotnika *szalony*, które też ma zastosowanie do opisu zjawisk przyrody – ‘występujący w bardzo ostrej formie’ (SJP). Zatem chorobę Alzheimera opisać można jako gwałtowną, ostrą. I egalitarnie letalną – „wszyscy” w jej wyniku „tracą życie”, choć nie jest to równoznaczne z biologiczną śmiercią, do czego jeszcze wrócimy. Trudno się więc z taką siłą mierzyć – dostępne metody leczenia farmaceutycznego przedstawiają się wręcz groteskowo: „Przyjmowanie Ariceptu oraz Namedy było niczym próba ugaznienia oszalałego pożaru przeciekającym pistoletem na wodę” (164). Farmaceutyki nie są w stanie powstrzymać choroby i niekoniecznie mogą ją złagodzić, ich działanie jest nieadekwatne do zakresu zmian chorobowych, po prostu – za słabe. Albo też niewydolne – nie wiadomo przecież, co powoduje chorobę Alzheimera, nie można więc leczyć przyczynowo, a jedynie objawowo.

Równie niepomysłnie dla chorego przedstawiają się metafory z żywiołem wody: „Wyobrażała sobie alzheimera jako ocen przy Lighthouse Beach – nie do zatrzymania, wściekły, siejący spustoszenie” (210). Tu obrazującą moc ma epitet *wściekły*, który w odniesieniu do negatywnych zjawisk wyraża ich ‘bardzo intensywny’ (SJP) charakter. Przed takim ogromem wody, jaki reprezentuje ocean, również nie ma osłony: „w jej mózgu nie było falochronu, który uchroniłby jej wspomnienia i myśli przed gwałtownym atakiem” (210). Ocean jako choroba podlega tu dodatkowo personifikacji – posiada zdolność *atakowania*, co w zleksykalizowanym połączeniu „atak choroby” oznacza jej ‘nagłe, gwałtowne wystąpienie’ (SJP).

Z klei metaforyką, której podstawą jest następny żywioł – ziemia, posłużyła się Genova w wywiadzie zamieszczonym na końcu książki: „Ludzie z Alzheimerem stąpają po gruncie, który nieustannie zapada się pod ich stopami. Znane już objawy pogarszają się (przybierają na sile, są coraz częstsze) lub pojawiają się nowe, tak więc kiedy chorzy myślą, że przystosowali się już do nowych warunków, przygotowali i ułożyli wszystko tak, aby móc dalej żyć, pojawiają się nowe problemy” (408–409). Z żywiołem tym łączy się doświadczenie niestałości i zmiany nieuchronnej, ale rozciągającej się w czasie: „A kiedy ziemia osunie się im [chorym] spod nóg, to będzie długi i przerażający upadek” (415). Znamienna dla tego *upadku* jest antycypacja (‘pogorszenie się stanu czegoś, utrata znaczenia’, SJP) – chory wie, co nastąpi (‘chwila, w której coś się kończy, ktoś lub coś przestaje istnieć’, SJP), ale nie wie, kiedy.

Przywołanie żywiołów ziemi, wody i ognia odsłania strukturę metaforyzowania typu ZDROWIE I ŻYCIE TO W GÓRĘ, CHOROBA I ŚMIERĆ

TO W DÓŁ (M, 42)⁶³. Jej fizyczną podstawą jest to, że choroba wymusza zmianę pozycji z pionowej na poziomą (Woolf), gdy ktoś umiera, fizycznie ciąży ku dołowi (M, 42). Stąd też dwojaki ujmowanie choroby w kategoriach fizycznych. Po pierwsze: jako fizycznego ciężaru – przedmiotu, który podlega sile grawitacji – ciągnie ku dołowi: „Cierpiała pod naporem przytłaczającego, wyczerpującego jej ciało ciężaru” (349). Oczywiście ten napór i ta siła mogą mieć charakter psychiczny, wtedy *ciężarem* jest ‘to, co komuś ciąży, jest trudne do zniesienia’ (SJP). Efekt działania takiego ciężaru jest psychosomatyczny – to, co psychiczne oddziałuje na to, co fizyczne, czego efektem jest *wyczerpanie* – ‘utrata sił’ (SJP). Po drugie: choroba przybiera postać brzemienia, którego znaczącą własnością nie jest ciężar, ale gabaryt, wielkość dotkliwie przesłaniająca inne doświadczenia: „kiedy brzemień jej choroby przyćmi przyjemność płynącą z jedzenia letniego przysmaku, wtedy będzie chciała umrzeć” (166).

Ciążenie ku dołowi, który symbolizuje śmierć, uwidacznia się w procesach związanych z żywiołami: ku dołowi ciąży to, co ulega zgłuszczeniu, zapadnięciu czy utonięciu. Te procesy również pojawiają się w wyobraźni Alice.

Zapadanie odbywa się w wymiarze przestrzenno-kinetycznym: „Czuła jak wpada w otchłań demencji” (295). Stan chorobowy, *demencja* to ‘stały, postępujący spadek sprawności intelektualnej’ (SJP). Postęp choroby wiąże się z „ubywaniem”⁶⁴ zdolności, przypomina *wpadanie*, które nie kończy się ‘znalezieniem się we wnętrzu czegoś’ (SJP), bo *otchłań* jest ‘nieograniczona, bezkresna’ (SJP). Jest natomiast procesem świadomym – Alice *czuje* to w wielu wymiarach: fizycznym (‘odbierać wrażenia za pomocą zmysłów’, SJP), psychicznym (‘doznawać jakichś wrażeń psychicznych’, SJP) i chronologicznym (‘przeczuwać coś’, SJP).

Chorowanie ujęte jako „wpadanie” jest więc procesem niedokonanym. Podobny wydzźwięk ma konwencjonalna metafora egzystencjalna człowieka jako statku podróżującego po wzburzonych wodach życia. W tym kontekście Alice myśli tak: „Być może jej okręt szybko tonął, jed-

⁶³ Brak jest metafor wykorzystujących żywioł powietrza reprezentującego GÓRĘ, czyli zdrowie.

⁶⁴ Opis utrzymywany w perspektywie ubywania (choroba jako utrata) jest charakterystyczny dla potocznego myślenia o chorobie Alzheimera. Tak metaforyzowane są także problemy z pamięcią – dla przykładu tytuły z popularnych czasopism: M. Sobolewska, *Zapominanie swojego życia*, „Wiedza i Życie” 1995, nr 1, s. 36–41; C.W. Domański, *Pamięć, która wyblakła*, „Charaktery” 2014, nr 3, s. 80–83.

nak nie osiągnął jeszcze dna” (248). *Dno* to ‘największa intensywność jakiegoś negatywnego zjawiska’ (SJP), w przypadku choroby – koniec, śmierć. Ostatecznie alzheimer okazuje się właśnie alegorią śmierci: „Alzheimer zebrał swe żniwo” (368)⁶⁵. To wyobrażenie przywołuje personifikację śmierci „kosiarki” – szkieletu z kosą, który uśmierca plon ludzkiego żywota⁶⁶. Niekoniecznie jednak – jak już zaznaczyłam – w sensie biologicznym, ale społecznym. Chodzi bowiem o „człowieczeństwo”, świadomość bycia człowiekiem, a więc reprezentantem czegoś więcej niż świat natury. Tej świadomości – i świadomości w ogóle – chory zostaje pozbawiony w zaawansowanej fazie otępienia, kiedy traci zdolność posługiwania się językiem, który ma newralgiczne znaczenie dla funkcjonowania i percepcji rzeczywistości oraz dla tożsamości. Z historii, którą opowiada Genova, wyłania się obraz choroby Alzheimera, która dehumanizuje. Na ostatnich kartach czytamy o Alice: „Jej umiejętność posługiwania się językiem, cecha, która najbardziej odróżnia ludzi od zwierząt, zanikała, a ona coraz bardziej traciła poczucie człowieczeństwa” (365–366). To przejście ze świata kultury do świata biologii obrazuje typologia postaw Kurta Goldsteina⁶⁷: od „zdrowej” postawy abstrakcyjnej do nieosiągalnej dla chorych z zaburzeniami neurologicznymi postawy ukonkretnionej.

Choroba, im bardziej się nasilała, tym bardziej antropomorfizowała się w postrzeganiu pacjentki. W swoim wystąpieniu w czasie konferencji poświęconej alzheimerowi, jak również później, Alice mówi o chorobie jak o uczestniku interakcji: „Alzheimer nie lubi, gdy się go lekceważy” (231), „nie lubi być ignorowany”, jest tym, z którym „nie można się targować” (343). W jej postrzeganiu choroba jest też czymś zindywidualizowanym, dlatego każdy chory – i ona także – ma „swojego Alzheimera” (275).

By tę „swojość” przedstawić, autorka posłużyła się narracją trzecioosobową, która pozwala czytelnikowi być widzem – książkową Alice i to, co się z nią dzieje, widzimy tak jak bohaterkę z kinowego ekranu. Mediatyzujący narrator daje nam wgląd w myśli Alice, ponieważ to z nią się

⁶⁵ *Wielki słownik języka polskiego*, https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=8285 [dostęp: 12.02.2019 r.].

⁶⁶ Zob. Jr, 9, 20–21: „Śmierć wtargnęła przez nasze okna, weszła do naszych pałaców, zgładziła dziecko z ulicy, a młodzieńców z placów. Trupy ludzkie leżą jak nawóz na polu, jak snopy za żniwiarzem, których nikt nie zbiera”.

⁶⁷ K. Goldstein, *Language and language disturbances: aphasic symptom complexes and their significance for medicine and theory of language*, Nowy Jork 1948.

utożsamia – dlatego, przytaczając wypowiedzi w trzeciej osobie, uznaje je za wypowiedzi, myśli Alice. Trudno też nie zauważyć merytorycznej niemożności poprowadzenia w tym przypadku narracji pierwszoosobowej⁶⁸. Pamiętnik „alzheimerka”, choć na pewnym etapie choroby mógłby powstawać, po pierwsze zawęzałby perspektywę relacjonowania zdarzeń (brak dystansu), a po drugie – jak każda narracja pierwszoosobowa – byłby ograniczony psychofizycznymi możliwościami percepcyjnymi narratora. Literacka jego wersja byłaby ze wszech miar nieautentyczna. W końcu – by przywołać słowa neurologa Alice – chory na Alzheimera nie jest wiarygodnym źródłem informacji o sobie (81) – narracja trzecioosobowa tę niewiarygodność niweluje.

Historia Alice napisana została lekkim piórem i z pewną dozą humoru, dzięki czemu pozwala z jednej strony na społeczne „oswojenie” alzheimera, a z drugiej – na „odczarowanie” związanych z nim przekonań, przesądów, sama autorka widzi swoją książkę jako „vehicle for empathy and social change”⁶⁹, a także na odtworzenie tego, jak się myśli o chorobie. Pokazują to metafory konceptualizujące alzheimera oraz towarzyszące mu odczucia, wrażenia i myśli. O tym, jak adekwatna jest metaforyka, którą wprowadziła Genova, świadczy aproba środowisk alzheimerowskich, z którą spotkała się jej książka⁷⁰.

BIBLIOGRAFIA

- Appell J., Kertesz A., Fisman M., 1982, *A study of language functioning in Alzheimer patients*, „Brain and Language”, z. 17, s. 73–91.
- Baranowska M., 2011, *To jest wasze życie. Być sobą w chorobie przewlekłej*, Wołowiec.
- Barcikowska M., 2008, *Naukowe kryteria rozpoznawania choroby Alzheimera: rewizja kryteriów NINCDS-ADRDA*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 4, supl. A, s. 92–93.
- Bradie M., 1999, *Science and metaphor*, „Biology and Philosophy”, nr 14 (2), s. 159–166.
- Broyard A., 2011, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, Wołowiec.
- Daniluk B., Szepietowska M., 2005, *Ograniczenia możliwości komunikacji językowej w demencji*, w: *Neurologopedia*, red. Z. Tarkowski, Lublin.

⁶⁸ Choć takie z sukcesami wydawniczymi prowadzone są przez osoby doświadczające innych chorób – tych, które nie zakłócają kodowania językowego – nowotworów, SM, SMA, depresji czy nawet niektórych typów afazji.

⁶⁹ Tamże.

⁷⁰ T. Seymour, dz. cyt.

- Domagała A., 2003, *Mowa we wczesnej fazie demencji typu Alzheimerera*, „Logopedia”, nr 32, s. 105–126.
- Domański C.W., 2014, *Pamięć, która wyblakła*, „Charaktery”, nr 3, s. 80–83.
- Domaradzki J., 2015, *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz-pacjent*, „Kultura i Edukacja”, nr 3 (109), s. 27–46.
- Duthey B., 2013, *Alzheimer disease and other dementias. Background paper 6.11*, Geneva.
- Dziadek Z., 2014, *Projekt krytyki somatycznej*, Warszawa 2014.
- Farnell B., 2016, *The Second Somatic Revolution*, „Journal for the Anthropological Study of Human Movement”, nr 23 (2).
- Frye N., 1963, *Fables of identity. Studies in poetic methodology*, Nowy Jork.
- Gaweł M., Potulska-Chromik A., 2015, *Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimerera i Parkinsona*, „Postępy Nauk Medycznych”, t. XXVIII, nr 7, s. 468–476.
- Genova L., 2014, *Motyl*, Poznań.
- Głowiński M., Okopień-Sławińska A., Sławiński J., 1986, *Zarys teorii literatury*, Warszawa.
- Goldstein K., 1948, *Language and language disturbances: aphasic symptom complexes and their significance for medicine and theory of language*, Nowy Jork.
- Jodzio K., 2008, *Neuropsychologia intencjonalnego działania*, Warszawa.
- Lakoff G., Johnson M., 2010, *Metafory w naszym życiu*, Warszawa.
- Learner S., 2016, *Still Alice helped trigger 'global conversation about Alzheimer's' giving people with dementia a voice and a face*, <https://www.homecare.co.uk/news/article.cfm/id/1577032/still-alice-trigger-global-conversation-alzheimers-dementia> [dostęp: 12.02.2019 r.].
- Lewicka T., Stempel D., Nowakowska-Kempna I., 2014, *Zaburzenia językowe w chorobach neurodegeneracyjnych – aspekty diagnostyczne i terapeutyczne*, „Logopedia Silesiana”, nr 3, s. 87.
- Libura A., 2000, *Wyobrażenia w języku. Leksykalne korelaty schematów wyobrażeniowych*. CENTRUM – PERYFERIE i SIŁY, Wrocław.
- Łuczywek E., 1996, *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*, w: *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*, red. A. Herzyk, D. Kądziaława, Lublin.
- Matyjasek A., 2015, *Korelacja zaburzeń poznawczych i językowych w chorobie Alzheimerera*, „Neurolingwistyka Praktyczna”, nr 1, s. 91–103.
- Mergenthaler D., 2000, *Oliver Sacks – a neurologist explores the lifeworld*, „Medicine, Health Care and Philosophy”, nr 3 (3), s. 275–283.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, <http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [dostęp: 5.07.2017 r.].
- Pąchalska M., Bidzan L., Pufal A., Bidzin M., Łukaszewska B., 2009, *Dynamika zmian zaburzeń zachowania w otępieniu typu Alzheimerera*, „Psychogeriatryka Polska”, nr 6 (2), s. 43–58.

- Parsons T., 1969, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa.
- Pasgreta K., Gorzelańczyk J., 2010, *Zaburzenia poznawcze, emocjonalne i motoryczne w chorobie Alzheimera – perspektywa neurobiologiczna*, „Episteme”, t. 1, nr 11, s. 37–56.
- Policy brief: the global impact of dementia 2013–2050*, <https://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief> [dostęp: 12.02.2019 r.].
- Saniewska D., 2017, *Obraz choroby Alzheimera. Rekonstrukcja na podstawie książki „Motyl” Lisy Genovy*, w: *Białostockie Spotkania Młodych Logopedów. Med.*, red. D. Saniewska, Białystok, s. 65–81.
- Saniewska D., 2018, *Od listu do blogu. Teksty intymistyczne jako historia choroby sui generis (wiek XIX–XXI)*, w: *Dyskurs (para)medyczny – gatunki, funkcje, przeobrażenia*, red. W. Żarski i A. Dombrowski, Wrocław, s. 199–208.
- Seymour T., 2015, *Still Alice is ‘shockingly accurate’ – people living with dementia give their Verdict*, <https://www.theguardian.com/film/2015/feb/10/still-alice-alzheimers-accurate-dementia-sufferers-verdict>, [dostęp: 12.02.2019 r.].
- Shusterman R., 2000, *The somatic turn*, Ithaca.
- Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/sza%C5%82.html> [dostęp: 12.05.2017 r.].
- Sobolewska M., 1995, *Zapominanie swojego życia*, „Wiedza i Życie”, nr 1, s. 36–41.
- Sontag S., 2016, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Kraków.
- Szczepańska-Gieracha J., Greń G., Morga P., 2014, *Zaburzenia językowe w chorobie Alzheimera*, „Alter Ego Seniora”, vol. 2, s. 75.
- Turner B.S., 1996, *The body and society. Explorations in social theory*, London.
- Who named it*, <http://www.whonamedit.com> [dostęp: 12.02.2019 r.].
- Wielki słownik języka polskiego*, https://wsjp.pl/index.php?id_hasla=8285 [dostęp: 12.02.2019 r.].
- Wojszel Z.B., Bień B., 2002, *Choroba Alzheimera – problem diagnostyczny i terapeutyczny*, „Medycyna Rodzinna”, nr 1, s. 2–6.
- Woolf V., 2010, *O chorowaniu*, ze wstępem H. Lee, przeł. M. Heydel, Wołowiec.

**ALZHEIMER’S. METHODS OF LINGUISTIC DISEASE
CONCEPTUALISATION BASED ON THE BOOK
STILL ALICE (POLISH: MOTYL) BY LISA GENOVA**

Summary

This article, based on the material from the book *Still Alice* (Polish: *Motyl*) by Lisa Genova, discusses metaphors connected with the picture of Alzheimer’s Disease, experience and impressions of being sick, the way of thinking about the disease, its symptoms and being in the role of a patient. I analyse what is the purpose of such conceptualisations (familiarisation, disenchantment,

education) and how they fit into everyday individual and social experiences. The background for my considerations is a metaphorical perspective at a disease in the culture and in works that serve as canons for contemporary humanities (Virginia Woolf, Susan Sontag, Georg Lakoff and Mark Johnson).

Key words: *Still Alice*, *Motyl*, Lisa Genova, Alzheimer's Disease, metaphor