

Adam Głowacki

Choroba : próba definicji

Barbarzyńca : pismo Koła Naukowego Etnologów UJ 16-17(3-4), 113-129

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Adam
Głowacki

Ur. w 1985 roku. Jest absolwentem kulturoznawstwa (specjalność teoria i historia kultury) oraz studentem IV roku pedagogiki resocjalizacyjnej z profilaktyką społeczną na UŚ, II roku na Międzyuczelnianych Indywidualnych Studiach Humanistycznych w Akademii „Artes Liberales” i doktorantem w Zakładzie Teorii i Historii Kultury na Wydziale Filologicznym UŚ. Interesuje się psychologią, historią, filozofią i antropologią medycyny, a także kulturowymi implikacjami przymusowych zsyłek ludności polskiej na Syberię.

Choroba — próba definicji

*Każda choroba jest bohaterstwem,
lecz bohaterstwem oporu, nie zaś podboju.
Bohaterstwo w chorobie wyraża się
stawianiem oporu na straconych
posterunkach życia.*

– Emil Cioran

1. Choroba – na przecięciu dyskursów

Pytanie o to, czym są zdrowie i choroba, to bez wątpienia fundamentalne zagadnienie dyskursu medycznego, który, jak nadmienia Tadeusz Brzeziński, „jednoznacznej, pełniej i prawidłowej definicji choroby nie potrafi podać do dziś”¹. Aż do XIX wieku medycyna koegzystowała z innymi dyscypli-

nami, w tym także filozofią, z którą łączył ją podobny sposób patrzenia na pewne kluczowe zagadnienia, na przykład na to, czym jest zdrowie i choroba, w czym tkwi istota medycyny. Do XIX wieku, dopóki nie doszło do ukonstytuowania się biologicznej koncepcji choroby, medycyna swój przedmiot zainteresowania definiowała poprzez spekulacje natury filozoficznej.

¹ *Historia medycyny*, T. Brzeziński (red.), PZWL, Warszawa 2000, s. 238.

Rewolucja naukowa w medycynie dokonała się dopiero w początkach XIX stulecia, kiedy to realizm spekulatywny ostatecznie ustąpił realizmowi uwzględniającemu metody empiryczne. Francuscy patolodzy przedstawili podówczas anatomiczną teorię choroby, utożsamiając chorobę z uszkodzeniami anatomicznymi, (...) nie ograniczali się oni wyłącznie do rozumowania abstrakcyjnego. Prowadzili wnikliwe badania przy stole sekcyjnym i porównywali ustalenia anatomiczne z poczynionymi za życia pacjenta obserwacjami klinicznymi. Pod koniec stulecia inne pokolenie uczonych przedstawiło teorię fizjologiczną choroby, która utożsamiała chorobę z zaburzeniami funkcjonalnymi. (...) Ostatecznym wynikiem tych poczyniń była biologiczna koncepcja choroby, stanowiąca pewną syntezę wszystkich wcześniejszych teorii z wyłączeniem wszakże tych założeń teoretycznych, których niepodobna było potwierdzić empirycznie. Definiujemy obecnie choroby stosując układ różnorodnych kryteriów anatomicznych, fizjologicznych, mikrobiologicznych i innych, a owa heterogeniczność pojęciowa stanowi raczej o sile a nie słabości współczesnego myślenia medycznego².

Tak rozumiana medycyna odcięła się od wszelkich niesprawdzalnych empirycznie dociekań, w tym także spekulacji natury filozoficznej, które do tej pory stanowiły trzon jej rozważań. Konsekwencją tego przełomu stała się konieczność wypracowania nowych pojęć w miejsce tych, które odrzucono jako nieweryfikowalne, oparte na spekulacjach. Choroba stała się zjawiskiem o charakterze biologicznym, choć wcześniej w dyskursie medycznym funkcjonowała jako wypadkowa filozoficznego, medycznego, religijnego, a często magicznego porządku myślenia. Po odcięciu się oficjalnej, naukowej

medycyny od niesprawdzalnych empirycznie faktów i spekulacji natury filozoficznej, w podejściu do kategorii zdrowia i choroby, filozofia oraz młodsza od niej antropologia, starają się na nowo podjąć te kluczowe dla egzystencji człowieka zagadnienia. Ambicja poznania istoty choroby, jej swoistego, zróżnicowanego charakteru, wpływu, jaki wywiera nie tylko na ciało, ale także psychikę człowieka, stała się więc nie tylko celem medycyny, ale współcześnie również filozofii, antropologii, religii czy psychologii.

Każda z tych dziedzin produkuje własny, odrębny dyskurs, w ramach którego tworzy specyficzny obraz choroby, ustala normy, tworzy pewien margines tolerancji w ich przekraczaniu, buduje hierarchię poszczególnych zaburzeń, zgodną z własnym systemem aksjologicznym, zastanawia się nad ich etiologią. Żaden z tych dyskursów nie może już pozwolić sobie na izolację, konserwatyzm poglądów czy jawną krytykę pozostałych. Dochodzi więc do sytuacji wzajemnego przenikania się wielu dyskursów, podejmowania coraz częściej prób porozumienia między odległymi dziedzinami, definiowania choroby w sposób szeroko interdyscyplinarny. Takie podejście implikuje konieczność przyjęcia postmodernistycznego paradygmatu myślenia o chorobie, o którym Ewa Kosowska pisała, że

aksjologicznie wsparty na negacji wyłącznie racjonalnego motywowania wyborów i na kwestionowaniu sensu normatywizmu, dopuszcza polifoniczność heterogenicznych procedur poznawczych i przyznaje interpretatorowi prawo do pomyłki, zmiany stanowiska lub wzbogacenia go przy pomocy doraźnie budowanych narzędzi poznawczych. O ile więc dla interpretacji modernistycznych stosunkowo łatwo wskazać źródła aksjologicznych determinant, o tyle dla

² H.R. Wulf, S.A. Pederson, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. Z. Szawarski, PWN, Warszawa 1993, s. 56.

propozycji postmodernistycznych ważne są do-
rażne fascynacje, które nie muszą zmierzać do
lansowania jakiejś spójnej koncepcji wartości³.

„Polifoniczność heterogenicznych procedur
badawczych”, o której pisała Kosowska, a będą-
ca procedurą interpretacji tworzonych zgodnie
z postmodernistycznym paradygmatem myśle-
nia, pozwala na ulokowanie zjawiska choroby
na „przecięciu się” wielu dyskursów, pozornie
od siebie odległych, ale często wyrastających
ze wspólnego pnia, po to, by rozstrzygnąć
kwestie możliwości i ograniczeń definicyjnych
samego zjawiska choroby, co pośrednio wyra-
żone zostało już w temacie. Interdyscyplinarne
podejście do choroby wiąże się z koniecznością
poczynienia pewnych redukcji, selekcyjnym
i teleologicznym doborze źródeł zastanych,
jednakże tylko podejście w którym monofoni-
czność jednej dziedziny naukowej zastąpi
„polifoniczność heterogenicznych procedur po-
znawczych” pozwoli zbliżyć się do istoty choro-
by. Trzeba mieć bowiem na względzie, że

W pojęciu antropologii upatrywać można swo-
istego błędu logicznego. Oto człowiek – jakkol-
wiek rozumiany – podejmuje trud wyjścia poza
samego siebie i formułowania prawd o sobie.
Stąd badania antropologiczne – jeżeli mają
mieć charakter obiektywistyczny – przypomi-
niają w pewnym stopniu wołanie Archimedesza
o punkt podparcia, pozwalający na podniesie-
nie ziemi. (...) Każda interpretacja wymaga
niemożliwego: dystansu wobec siebie, wobec
własnych możliwości poznawczych, wobec nie-
uchronnych uwikłań aksjologicznych⁴.

Wobec niemożliwego do wyeliminowania
subiektywizmu jedną z metod jego ograni-

czenia może okazać się szerokie, interdyscy-
plinarne podejście, które pozwala naświetlić
zjawisko z wielu różnych punktów widzenia.
Wydaje się, że owa interdyscyplinarność sta-
je się nowym paradygmatem myślenia, cze-
go najlepszym dowodem są subdyscypliny
naukowe, takie jak: filozofia medycyny, antro-
pologia medyczna czy socjologia medycyny,
będące owocem prób połączenia ze sobą czę-
sto odległych od siebie dziedzin naukowego
poznania⁵. To nie wszystkie możliwości, kon-
figuracji może być o wiele więcej. Nie istnieje
już pojęcie dyskursu czystego, czyli takiego,
który do końca pozostał wierny swoim pier-
wotnym założeniom. Wiele dyscyplin nauko-
wych, antropologia w szczególności, u źródeł
miało charakter hybrydyczny, czyli składający
się z różnych elementów, często pozornie do
siebie niepasujących. Interdyscyplinarność staje
się więc naturalnym odejściem od monometody
i konstruktywnym powrotem do pierwotnej for-
my istnienia dyscypliny.

Jak już wcześniej wspominałem, każdy dys-
kurs tworzy swoją własną wizję rzeczywistości,
wyznacza pewne normy, w obrębie których
funkcjonuje, własny system aksjologiczny, po-
jęcia, które składają się na jego stan wiedzy.
Jednak tylko taki dyskurs, który przy pomocy
różnego rodzaju instytucji strażników, potrafi
zbudować odpowiednią relację **wiedzy/władzy**
może stać się narzędziem foucaultowskiej **wła-
dzy**. Prawda, która produkowana jest w obrębie
takiego dyskursu, nie jest bynajmniej prawdą
absolutną, ale rości sobie prawo, by taką być,
więcej – za taką się uważa. Jest to prawda
niezwykle ekspansywna i zaborcza w swoich
poczynaniach, ufundowana na fundamentaliz-
mie epistemologicznym, który sankcjonuje ją
jako jedyną, niezmienną, obiektywną i pewną.

³ E. Kosowska, *Antropologia literatury. Teksty, konteksty, interpretacje*, Wydawnictwo UŚ, Katowice 2003, s. 22.

⁴ *Ibid.*, s. 9.

⁵ Socjologia medycyny jest interdyscyplinarnym projektem badawczym realizowanym przez Samodzielną Pracownię Socjologii Medycyny działającą przy

Taka prawda, zdaniem Foucaulta, ma moc sprawczą, może być narzędziem w rękach **władzy**. Takiej dyskursywizacji uległa również choroba⁶, o czym w swoim tekście wspomina Krzysztof Pietrych:

Temat cierpienia i choroby jest jednym z najtrwalszych wielkich tematów obecnych nie tylko w literaturze i sztuce; wyznacza także centralny krąg zagadnień innych dyskursów – filozoficznych, antropologicznych, religijnych, psychologicznych, medycznych. Wynika to oczywiście z fundamentalnej potrzeby określenia sensu i aksjologicznego znaczenia ekstremalnych ludzkich doświadczeń, w tym także doświadczenia choroby⁷.

W swoich pismach Foucault⁸ podkreślał, że zadaniem władzy jest, co prawda, implantacja pewnej normy, wszczęcie jej w najgłębsze struktury myślenia człowieka tak, aby traktował ją jak element swojej tożsamości, ale sam proces nie może opierać się na mechanizmie nakazów i zakazów. Władza musi sięgać po bardziej subtelne i wyrafinowane formy oddziaływania, takie, które sprawiają, że jednostka w sposób nieświadomy zinternalizuje narzuconą jej normę, postrzegając ją jako własny wytwór. W podobny sposób musi funkcjonować dyskurs dotyczący choroby, jeśli jego celem jest zbudowanie pewnej powszechnie obowiązującej „prawdy”.

Choroba nie jest zjawiskiem homogenicznym, wymyka się jednoznaczny interpretacji.

Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Zajmuje się problematyką socjologii zdrowia i socjologii leczenia niemedyceznego. Za cel stawia sobie także „określenie przedmiotu badań, funkcji i praktycznych aplikacji socjologii zdrowia oraz dokonanie opisu możliwych form współpracy między socjologią zdrowia a innymi dyscyplinami naukowymi (psychologia zdrowia, antropologia zdrowia, filozofia zdrowia, socjopsychosomatyka). W analizach problematyki

lecznictwa niemedyceznego prowadzimy prace nad określeniem społecznych przyczyn popularności niekonwencjonalnych metod leczenia, ich wewnętrznej struktury oraz relacji pomiędzy medycyną akademicką a technikami leczenia pozostającymi poza jej obrębem. Obszar zainteresowań badawczych Pracowni obejmuje ponadto socjopsychosomatykę (*mind-body interaction in social context*), wyznaczającą obszar aplikacyjny socjologii medycyny na gruncie badań psychosomatycznych,

cją. Już na rudymenarnym poziomie interpretacji – etapie tworzenia definicji odsłania swoją wielopłaszczyznowość i niejasność, co postaram się w dalszym etapie moich rozważań uwypuklić. Każdy dyskurs tworzy własną definicję choroby, komplementarną lub opozycyjną wobec pozostałych koncepcji. Żadna z nich nie jest jednak wystarczająca i już na etapie wstępnej analizy obnaża swoje ograniczenia, aksjologiczne konotacje. Przedmiotem moich rozważań nie będzie jednak tylko i wyłącznie biologiczna czy antropologiczna wizja choroby. W swojej pracy chciałbym zastanowić się nad tym, jak problem choroby podejmowany jest również przez współczesny dyskurs filozoficzny, antropologiczny, a w mniejszym stopniu także i socjologiczny. Oczywiście prowadzone przeze mnie rozważania nie wyczerpują całkowicie tematu, są tylko próbą pewnego przeglądu, ogólnego spojrzenia na pozamedyczne formy opisu choroby jako specyficznego zjawiska, czy też procesu zachodzącego w ciele człowieka, ale także poza nim, w sferze idei. Opierając się na kilku reprezentatywnych przykładach, postaram się pokazać, w jaki sposób inne dziedziny naukowego poznania próbują podjąć to, jakkolwiek by było, konstytutywne dla naszej egzystencji zagadnienie.

2. Choroba w dyskursie filozoficznym

Pytanie o istotę zdrowia i choroby, było i jest fundamentalnym zagadnieniem medycyny.

Pytanie skądinąd z natury swej filozoficzne, stało się zasadniczą kwestią medycznego dyskursu, swoją drogą, kwestią współcześnie niezwykle kontrowersyjną. W starożytnej medycynie greckiej, a w szczególności tej, która wyrosła z myśli Hipokratesa, przyczyn choroby dopatrywano się w przewadze jednej z energii skupionej w organizmie człowieka, stąd na zasadzie opozycji: zdrowie pojmowane było jako *isnomia*, czyli stan harmonii, równowagi pomiędzy poszczególnymi siłami. Konsekwencją tego myślenia była stosowana wówczas metoda lecznicza, która polegała właśnie na przywróceniu owego utraconego stanu pierwotnej jedności ludzkiego organizmu. W medycynie greckiej

choroba nie jest tylko brakiem równowagi czy harmonii, ale jest również, a być może przede wszystkim, dążeniem natury w człowieku do osiągnięcia nowej równowagi. Choroba jest ogólną reakcją mającą na celu przywrócenie zdrowia. Organizm wywołuje chorobę, ażeby wyleczyć siebie⁹.

Warto również dodać, że Hipokrates swoją humoralną teorię choroby oparł na starożytnej koncepcji pramaterii, która uznawała istnienie

dwóch podstawowych soków ustrojowych: żółci i śluzu, i to właśnie dyskrazja, czyli brak równowagi pomiędzy nimi, powodował zaburzenie wharmonijnie funkcjonującym organizmie. Takie rozumienie choroby przejęła szkoła z Kos, której głównym przedstawicielem był właśnie Hipokrates¹⁰. Jego teoria humoralna zrywała z religijno-mistyczną koncepcją choroby, zakładającą, że jest ona skutkiem ingerencji istot nadprzyrodzonych. Zerwał również z dogmatyzmem filozoficznym w medycynie. Według niego główną rolę w regulowaniu funkcji organizmu odgrywają cztery płyny ustrojowe: krew, żółć, czarna żółć i śluz. Wobec tego choroba rozumiana była nie tylko jako fizyczne cierpienie ciała, ale przede wszystkim zaburzenie o charakterze ilościowym, zakłócenie równowagi między poszczególnymi „humorami”. Takie jej postrzeganie przekładało się w bezpośredni sposób na przebieg samego leczenia. Jego podstawową zasadą stało się więc holistyczne spojrzenie na chorego, a także przyjęcie założenia, że samopoczucie pacjenta warunkowane jest również przez czynniki o charakterze zewnętrznym. Tego rodzaju myślenie o zdrowiu i chorobie okazało się niezwykle trwałe w kulturze. Do niedawna definiowano chorobę jedynie jako odwrótność zdrowia. Posługiwano się bowiem

a także kardiologię behawioralną, obejmującą analizy socjokulturowych aspektów choroby niedokrwiennej serca”. Za: <http://www.umlub.pl/index.php?i=538>, 15.11.2009. Z ważniejszych publikacji warto wymienić: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002; M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski (red.), *Szkice z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.

⁶ W przekonaniu Foucaulta znamiona władzy/wiedzy ma szczególnie psychiatryczny dyskurs choroby. Więcej informacji na temat dyskursywizacji choroby psychicznej zob. M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*,

tłum. H. Kęszycka, wstęp M. Czerwiński, PIW, Warszawa 1987; *idem*, *Choroba umysłowa...*, *op. cit.*

⁷ K. Pietrych, *Choroba – źródła tematu oraz jego kształtowanie się w kulturze europejskiej*, [w:] A. Kępiński, *Poznanie chorego*, PZWL, Warszawa 1989, s.79.

⁸ Zob. M. Foucault, *Historia szaleństwa...*, *op. cit.*; *idem*, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. T. Komendant, Fundacja Aletheia, Warszawa 1998; *idem*, *Narodziny kliniki*, tłum. P. Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.

⁹ G. Canguilhem, *Normalne i patologiczne*, tłum. P. Pieniążek, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2000, s. 19.

¹⁰ Na temat szkoły z Kos niezwykle ciekawie pisze Jan Ciechanowicz: „Traktaty reprezentujące szkołę kojską

definicją sformułowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) z roku 1974, która stwierdza, że

zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia („dobrostanu”) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecnością choroby czy niedomagania¹¹.

Przytoczone powyżej przykłady wpisują się w nurt medycznych rozważań o chorobie. Przywołane jednak zostały w tym miejscu jako dowód na to, że o ile radykalne odcięcie się medycyny od spekulacji natury filozoficznej nastąpiło dopiero wraz z ustąpieniem realizmu spekulatywnego w XIX wieku, o tyle zwiastuny tej rewolucji widać już w hipokratejskiej koncepcji choroby, która okazała się niezwykle trwałym sposobem definiowania choroby w kulturze europejskiej, czego potwierdzeniem jest cytowana powyżej definicja WHO.

Przechodząc do rozważań nad filozoficznym dyskursem choroby, warto nieco bliżej przyjrzeć się koncepcji Georges’a Canguilhema, który w swoich rozważaniach podjął problem „normy” i „patologii”, czyli innymi słowy zdrowia i choroby. Wybór koncepcji filozoficznych podejmujących problematykę choroby jest z konieczności selektywny, jednakże uwypukla moim zdaniem problem semantycznej entropii pojawiającej się przy próbach stworzenia definicji choroby. Dla Canguilhema

norma, reguła, służy do wyprostowania, ustawienia i skorygowania ustawienia. Normować,

pozwalają na uchwycenie ogólnych zasad tego, co można by nazwać „medycyną hipokratejską”. Stawiała sobie ona za cel uwolnienie wiedzy medycznej zarówno od religijnych przesądów, jak od apriorycznych filozoficznych hipotez i skupienie się na zdobywaniu jej poprzez sumienną obserwację i doświadczenie. Grecka skłonność do filozoficznych spekulacji spowodowała bowiem u

normalizować znaczy narzucać wymogi istnieniu tego, co zastane, którego wielość i różnorodność jawi się, w świetle owych wymogów, jako coś nieokreślonego, nie tyle obcego, co wrogiego¹².

Normowanie w takim ujęciu jest procesem ujarzmiania tego, co „zastane”, ale w swej istocie sprzeczne z założeniami czynnika normalizującego. Takie rozumienie normy rozszerzył uczeń Canguilhema – wspomniany już wcześniej Foucault – dla którego proces „normalizacji” stał się narzędziem w rękach władzy, mechanizmem dyscyplinowania jednostki, poprzez implantację w najgłębsze sfery psychiki człowieka określonej i usankcjonowanej przez **władzę** normy. Pojęcia tego Foucault nie definiuje w sposób bezpośredni, ale, powołując się na Jacka Kochanowskiego,

wydarza się możliwym do przyjęcia założenie, że norma ta to w jego rozumieniu dominujący w danej kulturze i społeczeństwie, instytucjonalnie usankcjonowany wzorzec postępowania, myślenia, odczuwania, odnoszący się do wszystkich aspektów życia człowieka. Owa dominacja nie jest wynikiem jakichś naturalnych i neutralnych procesów. Powstaje jako efekt funkcjonowania relacji władzy, zaś jej zasadniczą funkcją jest podtrzymanie ładu społecznego, uważanego za właściwy i pożądany. Autor „Woli Wiedzy” wyraźnie wskazuje na rolę normy, która polega na uniformizacji jednostek: mają stać się podobne do siebie, w podobny sposób myśleć, postępować i czuć, dzięki czemu możliwe staje

niektórych autorów chęć nie tyle posunięcia naprzód praktyki lekarskiej, ile wzięcia medycyny pod kontrolę filozoficznych dogmatów”. (J. Ciechanowicz, *Hippokrates i początki medycyny naukowej*, „Wiedza i życie” 2 1996, <http://archiwum.wiz.pl/1996/96023400.asp>, 05.2009).

¹¹ <http://www.who.int/en/>, 04.2009.

¹² G. Canguilhem, *op. cit.*, s. 201.

się osiągnięcie stabilności społecznej i zarazem zapobieżenie pojawieniu się zachowań określonych i zdefiniowanych jako niezgodne z normą, a zatem „dewiacyjne”, mogące owej stabilności zagrozić¹³.

Nie bez znaczenia jest tutaj fakt, że Canguilhem był promotorem *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Co prawda on sam w swoich rozważaniach nie śledzi ciągłości historii, która prowadzi do osiągnięcia wiedzy obiektywnej, ponieważ takowa jego zdaniem nie istnieje. Tropi natomiast pewne przemiany naukowej ideologii w podejściu do choroby, jakie prezentowali August Comte, Claude Bernard, Rene L. Leriche, pokazując na ich przykładzie, że próby naukowego poznania i zdefiniowania tego, co określano mianem **normalne** i **patologiczne**, mogą w konsekwencji doprowadzić do „zamknięcia się” w pewnym naukowym micie. W swojej koncepcji przyjmuje założenie, że prawdę o zdrowiu możemy poznać dopiero w chorobie. Stwierdza, że „właśnie w patologicznym, niczym pod szkłem powiększającym, można poznać prawdę o zdrowiu”¹⁴. Choroba jego zdaniem jest stanem, w którym człowiek uświadamia sobie, czym w rzeczywistości jest zdrowie.

Podobne założenie przyjął Jan Hartman, który twierdzi, że „rzeczywistość naszych indywidualnych ciał konstituuje się i potwierdza ostatecznie nie przez co innego niż przez cierpienie fizyczne”¹⁵. Przy czym Hartman uważa, że człowiek, żyjąc jako byt ze swej natury dwoisty, to znaczy jednocześnie kulturowy – bo wyrosły w określonej kulturze – i organiczny – gdyż przynależność do świata Natury jest

mu przypisana już od momentu poczęcia – musi nieustannie bronić integralności swojego ciała. Natomiast samoświadomość, która dla filozofów była wielkim osiągnięciem ludzkości, w filozofii Hartmana jest dla człowieka jednoznaczna z wyrokiem śmierci. Człowiek samoświadomy to człowiek śmiertelny. Stąd też wniosek, że „zwierzę nigdy nie umiera naprawdę ani nie jest nigdy naprawdę chore. Jego śmierć, jego cierpienie to po prostu normalny bieg rzeczy w naturze, tok jej przemian, ruch, który jest Życiem jako takim”¹⁶. Podczas gdy „posiadanie ciała, cierpienie od choroby, oczekiwanie śmierci – to charakterystycznie ludzkie momenty egzystencjalne”¹⁷.

Po prześledzeniu rozważań Canguilhema nasuwa się wniosek, że tak naprawdę norma nie jest stanem, który można obiektywnie określić, posługując się narzędziami nauki, zdefiniować. Jego koncepcja neguje ontologiczne podejście do choroby, jako swoistego rodzaju „intruza”, który wdziera się do organizmu człowieka. Canguilhem każe „dostrzec w niej zdarzenie zachodzące w samym organizmie w rezultacie gry jego stałych funkcji, nie przecząc bynajmniej, że owa gra tworzy coś nowego”¹⁸. Norma nie jest czymś stałym, powszechnie obowiązującym. Stąd i patologiczne nie jest zanegowaniem pewnej określonej normy, odstępstwem od niej, ale pojawieniem się pewnej nowej jakości w obrębie ludzkiego ciała, ale także całego życia. Według niego „choroba nie jest zmianą w granicach zdrowia, ale jest nowym wymiarem życia”¹⁹. Kluczowe dla rozważań Canguilhema jest stwierdzenie, że „pojęcie normalnego nie jest dającym się obiektywnie zweryfikować pojęciem istnie-

¹³ <http://www.kochanowski.edu.pl/fz1.htm>, 03.2009.

¹⁴ G. Canguilhem, *op. cit.*, s. 21.

¹⁵ J. Hartman, *Ontologia jestestwa chorego*, „Kwartalnik Filozoficzny” 2002 t. XXX, z. 3, s. 141.

¹⁶ *Ibid.*, s.140.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ G. Canguilhem, *op. cit.*, s. 62.

¹⁹ *Ibid.*, s. 151.

nia (...) ponieważ w patologicznym należy widzieć swego rodzaju normalne, a normalne nie jest tym, co nie jest normalne, lecz właśnie innym normalnym²⁰.

Zarówno Hartman, jak i Canguilhem podkreślają, że pojęcie normy nie jest pojęciem obiektywnym, ale „przeżywalnym”. Pierwiastek subiektywizmu jest tutaj elementem konstytutywnym. Stąd też wniosek Hartmana, że „być może praktyka skłania nas ku innemu pojęciu choroby, bardziej subiektywnemu, mianowicie jako czegoś złego, bolesnego, nieoczekiwanego, nieakceptowanego czy nawet niesprawiedliwego – zawsze determinującego nas do przeciwdziałania”²¹. W ujęciu Canguilhema patologiczne, czyli choroba, nie jest rozpatrywane jako jakościowe przeciwieństwo zdrowia-normy, ale jako inny jego stan. Zastrzega jednak, że normalnego w sensie fizjologicznym nie można utożsamiać z normalnym, wyrażającym normatywność życia. To zawsze są dwa odmienne dyskursy. Swoje rozważania Canguilhem snuje na gruzach teorii ontologicznej, w której choroba jest zjawiskiem obcym, złem narzucającym się naturze człowieka, jest rozumiana jako przeciwieństwo stanu pożądanego – czyli zdrowia.

Takie podejście pozostaje sprzeczne również z koncepcją pozytywistyczną, która proponuje rozumienie choroby jako ilościowej zmiany stanu normalnego. Spór ten nie jest tylko dysputą akademicką. Wybór określonego podejścia do choroby determinuje rodzaj zastosowanej terapii. Jeśli przyjmiemy pozytywistyczny sposób myślenia i uznamy chorobę za brak bądź nadmiar, wówczas terapia polegać będzie na wyrównaniu. W przypadku ontologicznej koncepcji, w myśl której choroba jest jakościowym przeciwieństwem zdrowia, leczenie oparte będzie na rewaloryzacji, zgodnie

z założeniem, że choroba jest złem, które czyni szkody w ludzkim ciele i w związku z tym, w procesie terapii, szkody te należy zrekompensować. Zdrowie zdaniem Jana Hartmana jest więc „zapomnianą chorobą”, natomiast „**istnienie chore** nie jest jakimś szczególnym stanem organizmu, lecz raczej ontologicznym, substancjalnym określeniem organizmu ludzkiego, którego byt polega na życiu-ku-śmierci, a więc na »chorobie na śmierć«”²². Ujęcie to nie podważa w żaden sposób uproszczonej opozycji pojęciowej zdrowie – choroba, w której choroba rozpatrywana jest jako naruszenie naturalnego stanu organizmu, czyli zdrowia. Ważne jednak, aby zgodnie z wynikami analiz konstruktywistów w teorii zdrowia i choroby

postrzegać chorobę, jako istność wytworzoną w pewnym społecznym i lingwistycznym procesie, zrelatywizowaną do aktów mowy, sądów, oczekiwań, ideałów i potrzeb człowieka. Skoro człowiek jest w pewnych istotnych aspektach istotą duchową, to również i jego sposób istnienia jako chory bądź zdrowy jest ukonstytuowany w przestrzeni ducha czy kultury. Nie przecząc więc, że zdrowie i choroba są pojęciami zaczerpniętymi z żywej kultury człowieka, które powinny być rozpatrywane w ramach antropologii, [podkr. A.G.] proponuję pamiętać o tym, że oba te pojęcia mają też swój czysto ontologiczny sens, związany z organicznym fundamentem duchowego życia człowieka. (...) tylko jako byt kulturowy, naturę transcendujący, człowiek może być chory albo zdrowy. I tak właśnie jest: jako byt kulturowy człowiek jest jestestwem chorym; jego sposób przezwycięzania natury, jego świadomość jest tym, co czyni go ontologicznie *jestestwem chorym*.²³

²⁰ *Ibid.*, s. 166.

²¹ J. Hartman, *op. cit.*, s. 143.

²² *Ibid.*, s. 139.

²³ *Ibid.*, s. 140.

Z powyższych rozważań wynika, że w dyskursie filozoficznym choroba jawi się jako doświadczenie egzystencjalne, w pełni subiektywne, zrelatywizowane, nieuchwytnie, wymykające się jednoznacznym opisom czy definicjom. Jest „nową jakością życia”, elementem konstytuującym ludzką cielesność lub też konstruktem sprowadzonym do aktów mowy, sądów czy oczekiwań. Jest więc odporna na wszelkie próby zamknięcia jej w jednoznacznej definicji. Doskonałym przykładem skrajnej subiektywizacji zjawiska choroby jest propozycja Emila Ciorana, który twierdzi, że jest ona stanem pewnego „liryzmu”, gdyż „w prawie wszystkich chorobach kryją się moce liryczne. Tylko ludzie wegetujący w jakiejś skandalicznej niewrażliwości zachowują stosunek bezosobowy do choroby, która skądinąd zawsze prowadzi do osobowego pogłębienia”²⁴.

3. Choroba w dyskursie antropologicznym

W rozumieniu zaproponowanym przez konstruktywistów, pomimo swojego „ontologicznego sensu”, który wynika z założenia, że „specyficznym (...) ludzkim sposobem bycia istotą żywą jest *posiadanie ciała* i jest to moment statusu egzystencjalnego, który przysługuje jemu [człowiekowi], a innym zwierzętom już nie”²⁵, zdrowie i choroba są przede wszystkim bytami kulturowymi, wytworzonymi w pewnym procesie lingwistycznym i społecznym, a przy tym wszystkim zrelatywizowanymi do aktów mowy, sądów, oczekiwań, i jako takie powinny być rozpatrywane. Założenie, że „cho-

roba jest konstruktem, który może być zrozumiała dopiero przez odwołanie się do kultury, w ramach której został wytworzony”²⁶, stało się kamieniem węgielnym nowej subdyscypliny, jaką jest antropologia medyczna. Zgodnie z jej założeniami choroba jest nie tylko pewnym określonym stanem biologicznym, wspólnym każdemu człowiekowi, ale przede wszystkim bytem kulturowym, który należy badać, stosując podejście emiczne, o którym Danuta Penkala-Gawęcka pisze:

Bardziej jednak charakterystyczne wydaje się (...) podejście (...) zwane emicznym (emic), polegające na próbie opisanego zjawiska z perspektywy danej grupy. Przykładem takiego ujęcia może być przyjęcie „założenia o racjonalności”, według którego racjonalne są wszelkie czynności prowadzące zgodnie z wiedzą podmiotów tych czynności do pożądanego rezultatu, niezależnie od tego, jaka jest ocena tych rezultatów z perspektywy innych systemów wiedzy. Założenie to niweluje nieporozumienia w niektórych pracach etnologicznych stosowaniem kategorii „racjonalne” – „irracjonalne” w odniesieniu do etnologii, diagnoz, zabiegów leczniczych, przy czym ocena ich racjonalności dokonywana jest z perspektywy medycyny naukowej bądź wręcz „zdroworozsądkowego” punktu widzenia²⁷.

Antropologia medyczna, będąca subdyscypliną antropologii kulturowej, zrodziła się na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych jako odpowiedź na pojawiające się – nie tylko w etnologii ludów pozaeuropejskich, ale także zachodniego kręgu

²⁴ E. Cioran, *Na szczytach rozpacz*, tłum. I. Kania, Oficyna Literacka, Kraków 1992, s. 33.

²⁵ *Ibid.*, s. 139.

²⁶ D. Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna nowożytna.

Studia nad historią medycyny” 1994 t. I, z. 2, s. 6.

²⁷ *Eadem*, *Badania etnologiczne nad medycyną komplementarną*, [w:] M. Libiszowski-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórowska, W. Piątkowski (red.), *Szkiełce z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998, s. 120–121.

kulturowego – problemy z naukowym zaklasyfikowaniem i opisaniem chorób oraz praktyk leczniczych, które wykraczały poza obowiązujący paradygmat medyczny. Okazało się bowiem, że pojęcia zdrowia, normy, choroby nie są treściami uniwersalnymi, ale są zrelatywizowane kulturowo, podczas gdy

wiele jednostek chorobowych wyróżnionych w nozologii biomedycznej nie ma swoich odpowiedników bądź mają jedynie przybliżone odpowiedniki w klasyfikacjach tubylczych. I odwrotnie, istnieją tzw. „choroby ludowe” (*folk illnesses*), których nie da się odnieść do biomedycznych jednostek chorobowych. Choroby te są czasem specyficzne dla pojedynczej kultury, czasem dla szerszego regionu geograficzno-etnicznego, a niekiedy można odnaleźć ich odpowiedniki nawet w odległych kulturach²⁸.

Stąd też „zjawiska uważane w jednej kulturze za symptomy choroby, w innej przeciwnie – mogą być oznakami zdrowia, a w jeszcze innej – nie mieć żadnego znaczenia dla oceny zdrowia”²⁹.

Przyjęcie tego założenia przez współczesną myśl medyczną przyczyniło się do powstania takich subdyscyplin, jak na przykład psychiatria kulturowa³⁰, która zajmuje się zagadnieniami: epidemiologii, etiologii, patogenezy, symptomatologii i leczenia zaburzeń psychicznych w zależności od określonych kultur i warunków środowiska³¹, a jednocześnie dowodzi faktu, że „ustanowiony sto lat temu paradygmat medycyny zaczyna być kwestionowany i to z różnych powodów”³².

Wobec tego w ramach teoretycznych podstaw antropologii medycznej pojawiły się propozycje wprowadzenia nowego podziału chorób. Jedną z nich była koncepcja George’a M. Fostera, który uznał, że etiologie chorobowe należy podzielić na: „naturalistyczne” – starające się tłumaczyć choroby jako wynik oddziaływania czynników zewnętrznych wobec człowieka lub mu przynależnych, i „personalistyczne” – doszukujące się etiologii chorób w ingerencji czynnika o charakterze osobowym, to znaczy złego ducha, bóstwa.

Nieco inny podział zaproponował Horacio Fabrega, który wyszedł z założenia, że skoro nawet te choroby, w których czynniki o charakterze neurofizjologicznym odgrywają znaczącą rolę, w różnych kulturach przybierają inne formy, należy więc wprowadzić pewne rozróżnienie terminologiczne na *disease* i *illness*. Przy czym przez *disease* rozumie on chorobę w jej patologicznym aspekcie, to znaczy zmian fizjologicznych, jakie wywołuje w organizmie człowieka, zdefiniowanych przez naukę biomedyczną. *Illness* natomiast to jej kulturowy odpowiednik, wymiar. Warto w tym momencie powołać się na pracę K. Dannera Clouera, Charlesa M. Culvera i Bernarda Gerta zatytułowaną *Malady*³³, w której autorzy rozumieją termin *illness* jako jednostkowe, a przez to subiektywne poczucie bólu, cierpienia, dyskomfortu, manifestujące się w określonych symptomach, a spowodowane przez *disease*, rozpatrywaną tutaj jako uchwytne metodami obserwacyjnymi, zobiektywizowany i rozwijający się w określonych stadiach, o określonej etiologii, proces fizjologiczny organizmu. Podobne ujęcie proponuje C. Boorse, który *disease* traktuje jako synonim *theoretically unhe-*

latah (zaburzenie występujące w południowej Azji i na Filipinach, w Japonii i na Syberii, polegające na tym, że na widok węża lub tygrysa (lub nawet na dźwięk tych słów) człowiek wpada w panikę, depresję, a w skrajnych przypadkach nawet katatonię. Mogą

²⁸ Eadem, *Antropologiczne spojrzenie...*, op. cit., s. 6.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Zob. A. Jakubik, *Kultura a zaburzenia psychiczne*, www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=98, 03.2009.

³¹ Por. *Amok* z Malezji i Indonezji, „histeria arktyczna”,

althy condition (teoretycznie niezdrowego stanu), odnosząc go do pojęcia „zdrowia”, ale w ujęciu teoretycznym, podczas gdy *illness* wiąże się z jego praktycznym sensem³⁴.

Przełom w antropologii medycznej spowodowało pojawienie się nowej orientacji, określanej mianem „interpretacyjnej antropologii medycznej” lub „konstruktywizmu kulturowego”, której prekursorem stał się A. Kleinman³⁵. W tym miejscu postaram się nieco przybliżyć przedstawione przez niego wnioski. Zdaniem Kleinmana „system medyczny” należy traktować jako „system kulturowy”, zbudowany z określonych symboli, znaczeń, wartości i wzorców zachowań. Takie podejście implikuje konieczność potraktowania choroby jako swoistego przedstawienia kulturowego łączącego w sobie takie elementy, jak: etiologia, wybór terapii, ocena rezultatów leczenia. Niezwykle ważne jest, że

Kleinman przeformułował rozróżnienie *disease* i *illness*, traktując te kategorie jako dwa

towarzyszyć temu zaburzenia świadomości. Napad trwa zwykle krótko i kończy się podnieceniem i ucieczką przed siebie); *susto* (zaburzenie występujące wśród ludów latynoamerykańskich. Polega ono na lęku przed „utrąta duszy”. Utrata ta może być wynikiem działania czyjegoś „złego oka”, czarów, magii lub działania demonów. Przedłużający się lęk może prowadzić do utraty zainteresowań, braku łaknienia, utraty aktywności, wzrostu temperatury ciała a nawet do wyniszczenia i śmierci). *Koro* (zaburzenie opisane w Chinach, Indonezji, Malezji, Sudanie i Izraelu. U człowieka występuje ostry i przemożny lęk przed śmiercią na skutek utraty nasienia lub wciągnięcia członka w głąb brzucha u mężczyzn, a piersi w głąb klatki piersiowej u kobiet. Stan ten może być poprzedzony nadmiernym spółkowaniem. Narządy płciowe i nasienie traktowane są przez ludy plemienne jako ośrodek siły życiowej. Rodzina człowieka cierpiącego na *koro* za pomocą rozmaitych uchwytów przytrzymuje członek, zapobiegając jego utracie. Stan ten może trwać od kilku godzin do kilku

aspekty choroby w sensie generalnym, czyli „*sickness*”. Ani *disease*, ani *illness* nie jest „rzeczą” czy „jednostką” – są one po prostu różnymi sposobami wyjaśniania choroby (*sickness*), różnymi „społecznymi konstrukcjami rzeczywistości” (...). *Disease* wiąże się z modelami wyjaśniającymi praktyków profesjonalnych – zarówno praktyków medycyny „nowoczesnej”, jak i tradycyjnych systemów medycznych, np. medycyny ajurwedycznej czy chińskiej. (...) Natomiast *illness* oznacza reakcje na nią. Jest sposobem, w jaki chora osoba, jej rodzina i jej sieć społeczna postrzega, nazywa, wyjaśnia i odpowiada na chorobę (*disease*). *Illness* wiąże się z modelami wyjaśniającymi potoczne i ludowe sfery systemu medycznego, stosowanymi w kręgu rodziny i ludowych, nieprofesjonalnych praktyków³⁶.

Upraszczając nieco powyższe rozważania, można stwierdzić, że w takim ujęciu *disease* byłaby niejako medycznym, skonstruowanym

dnii). Więcej informacji na ten temat: M. Krzystanek, *Egzotyczne zaburzenia psychiczne*, http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/507_egzotyczne_zaburzenia_psychiczne.html, 23.10.2009. Niezwykle ciekawym zjawiskiem, doskonale wpisującym się w nurt rozważań psychiatrii kulturowej, jest tarantyzm opisany przez E. de Martino w książce *Ziemia zgryzoty: przyczynęk do historii życia religijnego południowych Włoch*, tłum. W. Marucha, Książka i Wiedza, Warszawa 1971.

³² H.R. Wulf, S.A. Pederson, R. Rosenberg, *op. cit.*, s. 27.

³³ Zob. K.D. Clouser, C.M. Culver, B. Gert, *Malady*, [w:] *What is Disease*, Totowa, New Jersey 1997.

³⁴ Zob. C. Boorse, *On the Distinction Between Disease and Illness*, [w:] T.L. Beauschamp, LeRoy (red.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Belmont, Kalifornia 1989.

³⁵ Zob. A. Kleinman, *Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, „Social Science and Medicine” 12 1978.

³⁶ D. Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie ...*, *op. cit.*, s.11–12.

przez ten dyskurs obrazem choroby, natomiast *illness* – jej społecznym, ale i indywidualnym obrazem, także społeczną i indywidualną reakcją na określoną jednostkę chorobową. Tutaj wkradają się jednak pewne wątpliwości. Skoro bowiem *illness* definiujemy jako sposób, w który chora osoba, ale także „jej sieć społeczna”, postrzega, nazywa, wyjaśnia i wobec tego odpowiada na chorobę – *disease*, wówczas musimy uwzględnić fakt, że mogą zaistnieć dwa rodzaje *illness* tej samej *disease*. A dokładniej rzecz ujmując, przyjęcie takiego założenia jest elementem koniecznym, ponieważ społeczny i indywidualny obraz danej jednostki chorobowej to często dwa różne i w wielu aspektach nieprzystawalne do siebie wizerunki.

Pamiętać należy, że żaden ze sposobów rozumienia choroby nie może egzystować samoistnie. Wpływają one na siebie wzajemnie, współtworzą swoje zaplecze definicyjne, jeden wynika z drugiego. Rozdzielenie owych konceptualizacji choroby jest niemożliwe. Jesteśmy bowiem twórcami, ale także twórami własnej kultury, ze wszystkimi konsekwencjami tego założenia. W takim ujęciu akcentuje się przede wszystkim subiektywne odczucie choroby i analogicznie, subiektywne odczuwanie zdrowia. Tego typu myślenie zrywa z XIX-wiecznym paradygmatem medycyny.

Definicja i sposób rozumienia zjawiska choroby, jakie prezentuje antropologia medyczna, znalazły swój oddźwięk w filozofii medycyny, która zakłada, że

zasadniczym przedmiotem medycyny klinicznej jest subiektywne odczucie choroby i subiektywne odczucie zdrowia. W wielu językach europejskich sama etymologia słów oznaczających chorobę (*illness*) pozwala odkryć w tym pojęciu pewien aspekt subiek-

tywny bądź przynajmniej pewne oceny. Odwołajmy się do kilku przykładów: w języku angielskim słowo *disease* (choroba) znaczyła pierwotnie *dis-ease* (niepokój, napięcie, niewygoda), *illness* natomiast pochodzi od staroskandynawskiego, *illr*, które znaczy tyle co „zły”. W języku greckim *pathos* oznacza cierpienie, w rosyjskim *boljezn'* pochodzi od *bol'* (ból). Francuskie *maladie* pochodzi od *male habitus*, co znaczy „w złym stanie”, a duńskie *syg* znaczyło pierwotnie „zmartwiony” lub „smutny”. Słowo „pacjent” wywodzi się natomiast z łaciny (*patiens*) i oznacza tego, który cierpi. Jedynie niemieckie słowo *krank* zgodne jest z biologiczną teorią choroby. Pierwotnie znaczyło ono tyle, co „skrzywiony”, „wygięty”, sugerując, że właściwym celem medycyny jest wyprostowanie pacjenta. Jest to dobry przykład prymitywnego myślenia biologicznego³⁷.

Lektura dzieł Foucaulta prowokuje do postawienia pytania: czy nie jest tak, że określony dyskurs narzuca nam pewien obraz, model choroby z całym sztafażem określonych norm i zachowań doń przypisanych, który internalizujemy, uznając go za swój własny.

Diachroniczne spojrzenie na problem konceptualizowania choroby w kulturze Zachodu pokazuje, że próby wyjaśnienia tego fenomenu ulokować możemy w obszarze dwóch dyskursów, których zasadniczą różnicę stanowiło podejście do zagadnienia etiologii poszczególnych zaburzeń. Pierwszy z nich, zapoczątkowany przez Hipokratesa, który określić możemy mianem medycznego, przyczyn chorób doszukiwał się w pewnych nieprawidłowościach zachodzących w ciele człowieka. Drugi natomiast – kulturowy – przyczyn zaistnienia konkretnych jednostek nozologicznych dopatrywał się w in-

³⁷ H.R. Wulf, S.A. Pederson, R. Rosenberg, *op. cit.*, s.78–79.

gerencji czynników o charakterze osobowym, na przykład bóstw, duchów³⁸. Przy czym należy pamiętać, że żaden z dyskursów nie funkcjonował w oderwaniu od drugiego. Aż do wieku XIX, kiedy to doszło do ukonstytuowania się dyskursu medycznego opartego na badaniach empirycznych, o czym wspominałem już na początku mojej pracy, przenikanie się tych dwóch porządków myślenia było zjawiskiem powszechnym. Jeśli posłużyć się terminologią Fostera, byłyby to więc w pierwszym przypadku etiologie „personalistyczne”, w drugim natomiast „naturalistyczne”. Jak zauważa w swoim tekście Krzysztof Pietrych,

korzeni dyskursów zajmujących się tym szczególnym stanem, jakim jest choroba, poszukiwać trzeba dla kultury Zachodu – podobnie jak początków niemal wszystkich tematów uniwersalnych – w źródłach antycznych i biblijnych. To one ukształtowały podstawowe modele symbolicznego jej rozumienia trwale obecne w kręgu tradycji śródziemnomorskiej³⁹.

W kulturowym dyskursie choroba przestała być zjawiskiem o charakterze czysto fizjologicznym, ulegając mitologizacji przekształciła się w pewien kulturowy byt, zatracając tym samym swój biologiczny charakter. Zarówno w starożytnych tekstach, takich jak: *Eneida*, *Król Edyp*,

Dzieje Herodota czy *Starym Testamencie*, epidemie chorób traktowane były jako kara boska, i to kara za grzechy. Chory niejednokrotnie podlegał społecznemu ostracyzmowi, szczególnie kiedy cierpiał na choroby kulturowo uznane za „nieczyste”⁴⁰. Antropologia medyczna z całą siatką terminologiczną i kulturowym zapleczem badawczym jest niewątpliwie ciekawym i perspektywicznym podejściem do problematyki choroby. Przy czym spory wokół *disease* i *illness*, sposobów definiowania i rozumienia tych pojęć, wokół których koncentruje się dziś dyskurs antropologii medycznej, pokazuje wieloaspektowość i niejednoznaczność przedmiotu jej zainteresowania – czyli choroby.

4. Choroba jako metafora?

Przywołane przeze mnie powyżej teksty, są zresztą tylko przykładami znacznie liczniejszego zbioru. Nie jest moim celem odtwarzanie tutaj skomplikowanego procesu mitologizacji pewnych chorób. Wystarczający jest dla mnie fakt, że taki proces miał i dalej ma miejsce, powodując, że choroba przestaje być rozpatrywana jako zjawisko wyłącznie biologiczne. Tworzy się wokół niej pewien mit lub też, jak chciała Susan Sontag, metafora, która sprawia, że choroba przekracza swój czysto biologiczny wymiar i zaczyna funkcjonować na zupełnie nowej płaszczyźnie. Staje się tym sa-

³⁸ Niezwykle ciekawa i bogatsza jest etiologia chorób w medycynie ludowej. Całościowe i aktualne opracowanie tej problematyki zob. Z. Libera, *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja?*, Wyd. UW, Wrocław 1995. Z ważniejszych prac na temat medycyny ludowej warto wspomnieć: H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, PAU, Kraków 1986; Z. Półtorak, *Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny*, Instytut Śląski, Opole 1989; L. Stomma, *Antropologia kultury wsi polskiej XIX w.*, PAX, Warszawa 1986 (rozdział VII: Tablice Mendelejewa); J. Fyda, *Medycyna*

ludowa, [w:] S. Udziela (red.), *Ziemia biecka. Lud polski w powiatach gorlickim i grzybowskim*, WOK, Nowy Sącz 1994; S. Koba, *Z historii lecznictwa kieleckiego XIX w.*, Muzeum Świętokrzyskie, Kielce 1973; D. Tylkowa, „Bez uroku”. *Elementy religijno-magiczne w Karpackim lecznictwie ludowym*, [w:] J. Kowalska, S. Szykiewicz, R. Tomicki (red.), *Czas zmiany, czas trwania*, PAN, Warszawa 2003; a także artykuły: D. Czubała, *O ludowym leczeniu gliną w Polsce*, „Lud” 68 1984; U. Lehr, *Urok w aspekcie działań magiczno-religijnych*, „Lud” 65 1981; Z. Libera, *Ciało w kulturze*

mym bytem kulturowym. Swój sprzeciw wobec takiego postrzegania choroby wyraziła Susan Sontag w głośnym eseju *Choroba jako metafora*. Choroba nie jest dla niej „nowym wymiarem życia”, jak chciał ją widzieć Canguilhem, ale staje się zinternalizowaną metaforą czy też pewnym metaforycznym myśleniem, od którego należy się uwolnić, ponieważ „choroba nie jest metaforą i że najbliższy prawdzie sposób jej postrzegania – jak również najzdrowszy sposób chorowania – jest w najwyższym stopniu wolny od myślenia metaforycznego i najbardziej nań niepodatny”⁴¹.

Jak podkreślają interpretatorzy, nurt jej rozważań jest na wskroś przesiąknięty postawą skrajnie antyhermeneutyczną. U podstaw powstania eseju legło osobiste doświadczenie długotrwałego zmagania się z chorobą nowotworową, co dosyć wyraźnie akcentują badacze. Wskazują na ów fakt, jako pewien klucz interpretacyjny. *Credo* swoich rozważań wygłasza Sontag już w pierwszych zdaniach eseju:

Tematem tej książki nie jest choroba w sensie fizycznym, lecz sposoby jej wykorzystania

w formie przenośni czy metafory. Twierdzą przy tym, że choroba nie jest metaforą i że najbliższy prawdzie sposób jej postrzegania – jak również najzdrowszy sposób chorowania – jest w najwyższym stopniu wolny od myślenia metaforycznego i najbardziej nań niepodatny. (...) Celem niniejszych rozważań jest właśnie naświetlenie owych metafor i pomoc w uwolnieniu się spod ich wpływu.⁴²

Sontag wypowiada zdecydowaną wojnę wszelkim metaforom, zmitologizowanym wizerunkom choroby. Chce pozbawić ją całej mitologii, społecznie dobudowywanej do tego rodzaju chorób, które zdaniem autorki owiane są swoistą tajemniczością wynikającą z ich nieuleczalnego charakteru. I tak jak w XIX wieku owym „kostiumem metafory” spowito gruźlicę, tak współcześnie ten sam mechanizm dotknął raka.

W dzisiejszych czasach rak wziął na siebie rolę choroby – intruza, który pojawia się bez zapowiedzi, choroby doświadczanej jako okrutna, potajemna inwazja – i będzie tę rolę

ludowej XIX–XX wieku. Zarys zagadnienia, „Medycyna nowożytna. Studia nad historią medycyny” 1995 t. II, z. 1. D. Tylkowa, analizując wierzenia związane z medycyną ludową wsi Karpat śląskich, podaje, że „choroby bywały także personifikowane, wyobrażano je sobie bowiem czasami jako istoty rzeczywiste i czynne, widzialne lub niewidzialne. Ślady tych przekonań występują jeszcze we wsiach Beskidu Sądeckiego, gdzie mieszkańcy wspominają, iż w okresie epidemii cholery, która panowała tu w 1918 r., widziano postać nieznaną, bladej i bardzo szczupłej kobiety, okrytej białą płachtą”. (D. Tylkowa, *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich*, PAN, Warszawa 1989, s. 17–18). Podobnie zauważa Libera, który pisze, że: „nacechowanie wyobraźni i języka ludzkimi doświadczeniami powoduje, że niemożliwe jest wyrażanie choroby poza antropomorficznymi kategoriami. Spersonifikowane choroby są wyposażone

w odpowiednie cechy człowieka chorego, o chorobie mówi się, że »napadła«, »atakuję«, »rośnie«, »rozwija się«, »słabnie«, chory »walczy z nią« itp.” (Z. Libera, *Medycyna ludowa...*, *op. cit.*, s. 26). Niezwykle ciekawe jest również zachowanie choroby, która „podług licznie odnotowanych przekonań (...) siedzi spokojnie w chorym, dopóki ten nie opiera się jej, nie walczy z nią. W przeciwnym razie zachowuje się ona hałaśliwie, ryczy, kwiczy, mocuje się z chorym, w wyniku czego wyskakuje on z łóżka, mówi niezrozumiałym językiem, bredzi, majaczy” (*ibid.*, s. 48).

³⁹ K. Pietrych, *op. cit.*, s. 80.

⁴⁰ Zob. F.R. Rosiński, *Stosunek Starego Testamentu do choroby*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, Arboretum, Wrocław 2001.

⁴¹ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, tłum. J. Anders, PIW, Warszawa 1999, s. 7.

⁴² S. Sontag, *op. cit.*, s. 7.

odgrywał, dopóki pewnego dnia jego etiologia nie stanie się równie oczywista, a kuracja równie skuteczna, jak stało się w przypadku gruźlicy.⁴³

Autorka zdecydowanie sprzeciwia się zatem takiemu myśleniu, w którym choroba jawi się jako swoistego rodzaju szyfr, znak, symbol czegoś ukrytego, co powinno zostać odczytane, zdenotowane, aby można było podjąć skuteczną terapię. Podejście, w którym „chorobie przypisuje się (...) znaczenia i podobnie jak w przypadku metafory literackiej, dąży do jej »interpretacji«, poszukuje wpisanej w nią idei, ukrytej rzeczywistości, zakodowanych informacji o człowieku”⁴⁴ jest zdaniem autorki niedopuszczalne. Ów metaforyczny sposób myślenia, doświadczania choroby, ma negatywny wpływ na pacjenta, źle ukierunkowuje jego wysiłek psychiczny, a może nawet zniechęcić do dalszego leczenia. „Interpretacje takie stają się elementami mitologii, a wreszcie przesądami, które wpływają na sposób myślenia zarówno pacjenta jak i medyka”⁴⁵, pisze.

Dla Sontag odarcie choroby z jej metaforycznego naddatku jest możliwe tylko w sytuacji, kiedy zostanie ona całkowicie zmedykalizowana. Dopiero w momencie, kiedy medycyna zdoła całkowicie uporać się z rakiem, może nastąpić jego demitologizacja. Jako przykład podaje gruźlicę. Jednakże aby móc w pełni to realizować, należy usunąć, jej zdaniem, z języka medycznego wszelkie metafory, bowiem

w miarę jak język medyczny będzie odchodził od agresywnej terminologii wojskowej i sięgał po pojęcia związane z „naturalnym systemem obrony” organizmu (to, co nazywa się sys-

temem immunodefensywnym, można również nazwać zdolnością immunologiczną), rak ulegnie stopniowo demitologizacji. (...) Wówczas, być może, metaforyczne wykorzystanie raka stanie się moralnie dopuszczalne, tak jak nie jest dopuszczalne dzisiaj⁴⁶.

Stosunek Sontag do choroby doskonale pokazuje Maria Janion, zestawiając go z podejściem hermeneutycznym, w którym „choroba jest właśnie tym, co ukryte w głębi, czymś, co nie daje się oddzielić od osoby; choroba jest jakby organiczną częścią osoby, więcej – może być nawet jej istotą, gdyż jej głębią”⁴⁷.

Sontag stara się sprowadzić ją do pewnego „medycznego zdarzenia”. W takim ujęciu choroba pozbawiona zostaje jakiegokolwiek znaczenia, sensu. Jest tylko kolejnym „medycznym przypadkiem”. Jakże inne podejście prezentuje wspomniany już Cioran, który pisze, że:

Nie ma człowieka, który by, uwolniwszy się od cierpienia czy choroby, nie odczuwał gdzieś w głębi żalu, bodaj słabego i niezdecydowanego. Ci, co cierpią intensywnie i długo, pragną, rzecz jasna, podnieść się z choroby, mimo to przecież nieuchronnie nawiedza ich myśl o jakiejś fatalnej stracie, którą spowoduje ich ewentualne wyzdrowienie. Gdy ból stanowi część twojej istoty, ewentualne jego przezwyciężenie musi być równoznaczne ze stratą, musi też wywoływać żal. Wszystko, co masz w sobie najlepszego, zawdzięczasz cierpieniu⁴⁸.

Głoszony przez Sontag postulat demitologizacji choroby i śmierci, jest, moim zdaniem, utopijny. Wszelkie próby całkowitego wyeliminowania metafor z języka, które według autorki

⁴³ *Ibid.*, s. 9.

⁴⁴ *Komentarze, część 2: Tajemnicą świata jest to, co widoczne...*, [w:] M. Janion, S. Rosiek (red.), *Osoby. Transgresje 3*, Wydawnictwo Morskie, Gdańsk 1984, s. 356.

⁴⁵ *Ibid.*

⁴⁶ S. Sontag, *op. cit.*, s. 89.

⁴⁷ *Komentarze, op. cit.*, s. 383.

⁴⁸ E. Cioran, *op. cit.*, s. 110–111.

są głównym czynnikiem mitotwórczym, muszą zakończyć się niepowodzeniem. Najlepszym potwierdzeniem tego jest ona sama. Z jednej strony żąda oczyszczenia języka i myślenia z metaforycznego sposobu mówienia o chorobie, z drugiej natomiast nie jest w stanie uciec od owych metafor. Pierwsze zdanie jej książki brzmi: „Choroba jest nocną półkulą życia, naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem”⁴⁹.

Postawa skrajnej empirystki uprawomocnia ją do wysunięcia twierdzenia, że kiedy gruźlica była chorobą nierozpoznaną, nieuleczalną, wówczas obrastała szeregiem przesądów, praktyk, domysłów. Jednak wraz z wynalezieniem streptomycyny mit *Mycobacterium tuberculosis* legł w gruźlach. Medycyna i empiria zanegowały romantyczny wizerunek gruźlicy. Prognozuje tym samym, że w przypadku raka zadziała podobny mechanizm. Z powyższym wnioskiem nie sposób się jednak zgodzić. Okazuje się bowiem, że

twierdzeniu Sontag o zmierzchu mitologii gruźlicy przeczą fakty. Mitologia ta, mimo przyrostu wiedzy, nie została unicestwiona ani po 1943 roku (wynalazek streptomycyny), ani po 1952 (isoniazid). Znikła – to prawda – lecz tylko z tekstów literackich, przestała być obsesyjnym tematem sztuki, natomiast nadal istnieje w mitologii życia codziennego, w sferze, którą Sontag interesuje się najbardziej⁵⁰.

Dochodzimy więc do momentu współistnienia mitologii gruźlicy w jej kulturowym aspekcie i mitologii medycyny. Przy czym, w myśl założeń Foucaulta, mitologia medycyny jest

niezwykle agresywna – wyklucza inne mitologie, zmierza do monopolizacji jednej tylko,

medycznej formy terapii, narzuca przeświadczenia o wszechmocności medycyny – wiedzy, o kompetencji lekarza-profesjonalisty i ryzyku, jakie przynoszą wszelkie próby ominięcia gabinetu lekarskiego i szpitalnego łóżka⁵¹.

Sontag w chorobie każe widzieć jedynie pewien defekt fizjologiczny. Wobec tak postawionej tezy warto za Janem Hartmanem zastanowić się, czy nie jest tak, że „każda radykalna obiektywizacja choroby, ujęcie jej w pojęciach fizjologii – jako postępowanie czysto deskryptywne, wyrzekające się wszelkiego wartościowania – czyni całkowicie niewidocznym zło cierpienia.”⁵²

5. W stronę résumé

Podjęte przeze mnie rozważania nie wyczerpują tak szeroko rozumianego zagadnienia, jakim bez wątplenia jest problematyka choroby widzianej z perspektywy filozofii czy antropologii. Analiza kilku reprezentatywnych teorii pokazała, że mimo chęci współpracy deklarowanej zarówno przez nauki humanistyczne, jak i przyrodnicze, brak jeszcze meta-języka, który pozwoliłby wypracować wspólne pojęcia, terminy czy definicje. Istota choroby wymyka się wszelkim naukowym dociekaniom. Każda próba zamknięcia jej w ramy pojęciowe, definicyjne w konsekwencji sprowadza się do redukcjonizmu, jak w przypadku dyskursu medycznego, albo subiektywizmu, będącego udziałem rozważań filozoficznych. Obiecująca wydaje się propozycja antropologii medycznej, przy czym najpierw sama musi uporać się z entropią terminologiczną w obrębie swojego dyskursu, aby mogła zaproponować spójną i jasną koncepcję. Próby naukowego podjęcia problematyki choroby

⁴⁹ S. Sontag, *op. cit.*, s. 7.

⁵⁰ M. Janion, S. Rosiek, *Komentarze, op. cit.*, s. 370.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² J. Hartman, *op. cit.*, s. 146.

nieuchronnie zmierzają ku interdyscyplinarności, która dzięki swojej polifoniczności może stanowić niezwykle ciekawą i wieloaspektową propozycję podjęcia istoty choroby. W świetle powyższych rozważań trudno jednoznacznie i z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, czym tak naprawdę jest choroba. Z całą pewnością nie jest tylko i wyłącznie zaburzeniem o charakterze fizjologicznym, jak chce widzieć ją Susan Sontag. Ale czy jest w ogóle zaburzeniem?

A może tylko „nową jakością życia”, jak twierdził Emil Cioran, lub też zjawiskiem przynależnym tylko istotom samoświadomym, co starał się udowodnić Jan Hartman. Podsumowując moje rozważania, mogę powiedzieć tyle, że jakkolwiek punkt widzenia odnośnie choroby przyjmujemy, zawsze możemy uznać, że „choroba jest w końcu tylko możliwą do wypowiedzenia stroną losu”⁵³.



Trying to Define Illness

The phenomenon of the illness has many aspects. Its core evades all unequivocal interpretations. Therefore each trial of reaching it implies necessity of using a postmodern paradigm, according to which it is possible to give up one particular monomethod in favour of numerous interpretative procedures. This kind of approach places the illness on the point of intersection of many discourses which appear to differ, but oftenly they sprout out of one common stem. The article is an attempt of approaching the phenomenon of illness with interdisciplinary view consisting elements of medical, anthropological, philosophical and sociological discourses. It is a voice in discussion about the (im)possibility of reaching the truth about illness.

⁵³ J. Ravel, J.P. Peter, *op. cit.*, s. 241.