



Horyzonty odczarowania i czynniki rozczarowania współczesną medycyną

RAFAŁ MIELCZAREK

Abstrakt

Nowoczesny świat stał się domeną procesu racjonalizacji życia. Medycynie przypadła w nim rola instrumentu racjonalizacji ochrony zdrowia. Proces ten stymulował postęp cywilizacyjny. Jednocześnie cechowała go ambiwalencja w sferze kultury. Podnoszeniu poziomu dobrostanu i zdrowia towarzyszył proces medykalizacji życia. Medycyna weszła na drogę odczarowania i stała się przedmiotem społecznej krytyki. Jednak źródła krytyki wykraczają poza ambiwalencję ubocznych skutków postępu w postaci medykalizacji. Co znamienne, krytyka naświetla społeczną i kulturową istotę problemów, które dotyczą współczesną praktykę medyczną. Medycyna może być ujmowana jako przedmiot odczarowania, o ile prezentuje funkcjonalne podobieństwa do sfery kultury, np. takiej jak religia. Artykuł stanowi przyczynek do opisu problemu upowszechniającej się krytyki współczesnej medycyny w jej nowoczesnym, naukowym formacie.

Słowa kluczowe:

medycyna, medykalizacja, odczarowanie, sekularyzacja, wiedza społeczna.

Medycyna była i pozostaje złożoną praktyką społeczną. Poza węższym specjalistycznym obszarem nowoczesnych badań laboratoryjnych, prowadzonych *sine ira et studio*, gdzie organizm jednostki jest obiektem beznamiętnych obserwacji i analiz, dyscyplina funkcjonowała od wieków niezmiennie w szerokim obszarze zróżnicowanych celów i wartości kultury zbiorowości, w której była uprawiana. To znaczy, że była i jest nadal wrażliwa na zmiany zachodzące w sferze kultury, równocześnie pozostając jednym z czynników owych zmian. Dodatkowo orientacja na zdrowie i życie – dwie wartości fundamentalne, oraz wynikająca z tej orientacji ciągła konfrontacja z cierpieniem i śmiercią nadawały temu funkcjonowaniu specjalną rangę. Nawiązując do myśli Maksa Webera, można powiedzieć, że w społeczeństwie tradycyjnym medycyna pozostawała do pewnego stopnia „zaczarowana”, co zabezpieczało ją przed wścibstwem, *nomen omen*, niezdrowej ciekawości oraz krytycyzmem zawsze obecnych niedowiarków. Przemiany cywilizacyjne w świecie pooświeceniowym przesunęły medycynę i szeroko rozumiany system ochrony zdrowia na miejsce, które przyciąga uwagę opinii publicznej i angażuje krytyczny namysł jednostek. Postęp w naukach medycznych stymulował te zmiany. Odkrycia i zaawansowane techniki wyeliminowały szereg zagrożeń zdrowotnych, które towarzyszyły ludzkości od wieków i hamowały modernizację społeczeństw, czego sztandarowym przykładem jest ograniczenie szeregu zakażeń, a w niektórych wypadkach nawet ich eradykacja. Dynamika podnoszenia poziomu zdrowia musiała wytracić swój impet. Etap rozwoju przeszedł w etap ekspansji. Życie społeczne zdominowała medykalizacja. Monteskiusz stwierdził ponoć, że instytucje upadają pod ciężarem własnego sukcesu. Tę maksymę opisującą zastanawiający paradoks można odnieść do sytuacji medycyny doby

medykalizacji, kiedy jej niezaprzeczone osiągnięcia stały się przedmiotem gruntownej krytyki. Jednak odczarowanie medycyny odbywało się w szerszym kontekście, obejmującym kryzys całej nowoczesnej nauki.

Kryzys wiedzy uprzemysłowionej i wyobcowanie medycyny

Krytyka towarzyszyła nowoczesnej nauce od jej początków. W społeczeństwie tradycyjnym funkcjonowanie nauki było konfrontowane z wizją „naturalnego porządku”. W tym okresie kwestionowano nie metody nauki, a sam sens jej istnienia. Już wówczas krytyka wydobywała na światło dzienne te jej cechy, które umykały przed wzrokiem zwolenników postępu. Henryk Elzenberg stwierdził we *Wprowadzeniu* do przetłumaczonej przez siebie rozprawy konkursowej Jana Jakuba Rousseau pt. *Czy odrodzenie nauk i sztuk przyczyniło się do naprawy obyczajów*, że właśnie tytułowe pytanie stało się dla autora bodźcem intelektualnym do budowy jego oryginalnej filozofii sławiącej cnoty dzikości i krytycznej wobec cywilizacyjnego zepsucia. Rousseau pisał z pasją: (...) *Astronomię spłodził zabobon; wiedzę retoryczną – ambicja, nienawiść, kłamstwo, pochlebstwo; geometrię – chciwość; nauki o przyrodzie – próżna ciekawość; wszystkie, łącznie w etykę – pycha ludzka* (Rousseau, 1956, s. 25). Skaza złego pochodzenia nauk przenosi się – według opinii filozofa – na ich cele i konsekwencje funkcjonowania. Zrodzone z pychy i nieróbstwa, służą nieróbstwu. Jednocześnie – co wydaje się paradoksalne – największą szkodą wynikającą z ich uprawiania jest niepowetowana strata czasu, która zubaża zarówno jednostki, jak i społeczeństwo. Duży dystans do nauki pozwolił Rousseau trafnie wskazać pewne potencjalne problemy związane z uprawianiem nauki. Ich źródła nie muszą wypływać z istoty poznania naukowego. Nierzadko wpływają z ambiwalentnej natury wielu zjawisk

społecznych. I tak filozof był zdania, że największym wrogiem nauk, jest „przekonanie powszechne”, które przejawia się w zjadliwej krytyce wszystkiego, co wśród ludzi święte. W nowoczesnym społeczeństwie owo przekonanie o antynomii między poznaniem a władzą autorytetu, szczególnie tego uświęconego, samo stało się przedmiotem powszechnego uświęcenia. Rousseau dostrzegł groźbę degradacji poznania naukowego w dogmatyzm. Uważał bowiem, że wrogość nauki wobec autorytetu masy to de facto wrogość aroganckiej przekory jednostek, przekory nie mniej ślepej od aroganckiej wiary masy. Źródłem tej wrogości dopatrywał się w obłądnej chęci wyróżniania się, z której sam szydził, pisząc: (...) *By ich [uczonych kie rujących się próżnością – R.M.] do stóp ołtarzy przywieść z powrotem, dość by było ich umieścić wśród ateusz* (Ibidem, ss. 26–28). Francis Bacon, filozof ceniący naukę, także wskazywał ślepe zaułki, do jakich może prowadzić jej uprawianie. (...) *Nieopamiętanie w dawaniu odpowiedzi, pysznienie się wykształceniem wobec skromnej nieśmiałości, interesowność, niedbalstwo we własnej pracy badawczej, fetyszizowanie słów, poprzestawanie na fragmentarycznych osiągnięciach poznawczych – to przyczyny, które pchnęły ludzki intelekt w ramiona próżnych pojęć i bezplanowych eksperymentów* (Za: Horkheimer i Adorno, 1994, s. 19).

Krytyka nauki dotykała także – i to niejednokrotnie bezpośrednio – medycyny. Warto przy tym odnotować, że wraz z rozwojem nauki i podnoszeniem jej pozycji społeczno-kulturowej zaczęły się pojawiać głosy kształtujące dyskurs odmienny od pryncypialnego potępienia jej fenomenu jako całości, jakie prezentowała tyrada Jana Jakuba. Nowy dyskurs łączył pochwały dla ogólnych osiągnięć nauki i szacunek dla jej autorytetu z krytyką, nawet ostrą, negatywnych konsekwencji jej uprawiania. Dobrze to ilustruje treść fragmentu „wyznania”, od którego ksiądz Wincenty Pixa, spowiednik kościoła Najświętszej Panny Maryi

w Krakowie zaczyna swoją rozprawę o „krzyżującą nedorzecznosci i strasznej szkodliwości szczepienia ospy”, pochodzącą z przełomu wieków XIX i XX. Autor pisał: (...) *Jak większość w kraju i daleko za granicą na szerokim świecie uznawała i uznaje dotąd szczepienie ospy za rzecz dobrą, niewinną i pożyteczną, tak i ja długie lata byłem tego samego zdania, opartego na pozornie słusznej racji; tę bowiem operację lekarską wykonują mężowie nauki, doktorzy medycyny, znający się na swojej sztuce, opiekują się nią Rządy państw europejskich a nie występują przeciwko niej z naganą uczeni świata. Ale błędem pozostaje, choćby go wszyscy przyjęli jako rzekomo dobroczynną prawdę* (Pixa, 1904, s. 3). Krytyka błędnego mniemania mężów nauki nie wyklucza więc wyraźnego w cytowanej wypowiedzi szacunku dla autorytetu samej nauki. Ten ostatni zaś nie kłóci się z wiarą w boskie miłosierdzie, które zdejmuje łuski z oczu.

Krytyka nauki ewoluowała wraz z jej postępem i podążającymi za nim zmianami cywilizacyjnymi, które stopniowo zamykały życie społeczne w żelaznej klatce racjonalności instrumentalnej. Budziła się świadomość, że postęp obok korzyści rodzi też koszty. Zwracano także uwagę, że ambiwalencja postępu może być przejawem aporii w ideach, które tenże postęp urzeczywistniał. Sztandarową pracą prezentującą tego rodzaju spojrzenie była cytowana wcześniej *Dialektyka Oświecenia*. Oświecenie miało służyć wyzwoleniu człowieka z omamów mitologii i towarzyszących im lęków. Kluczem do emancypacji miała być wiedza. Horkheimer i Adorno dowodzili, że mit, który ma być rozbijany na drodze oświecenia, sam jest formą oświecenia, które w swoim nowoczesnym wcieleniu zostaje na powrót zdegradowane do postaci mitu w kulturze mieszczańskiej kapitalizmu. W niej wiedza, która jest potęgą, nie zna granic – ani w niewoleniu stworzenia, ani w uległości wobec panów świata. Poznanie staje się synonimem władzy. Paradoks polega na tym, że pomnażanie

wiedzy o naturze i władzy nad nią prowadzi do wyobcowania natury (Horkheimer i Adorno, 1994, s. 20). Hans-Georg Gadamer podsunął wyjaśnienie tego problemu. Istotą metodyki gromadzenia nowoczesnej wiedzy jest posługiwanie się abstrakcjami izolującymi pojedyncze związki przyczynowe. To oznacza partykularność kompetencji opartych na owych abstrakcjach. Jednocześnie taka atomizacja analiz pozwala tak funkcjonującemu poznaniu przesuwając granice natury. Nauka staje się „sztuczną antyrzeczywistością” (Gadamer, 2011, s. 17).

Aspekt wyobcowania przejawia się w medycynie w przynajmniej dwóch wymiarach: w wymiarze praktyki oraz w wymiarze definiowania kategorii zdrowia. Wyobcowanie praktyki lekarskiej dokonuje się w związku z procesem instytucjonalizacji nauki i nowoczesnej medycyny w przedsięwzięcie produkcyjne, którego racjonalna organizacja eliminuje konstytutywne cechy owej praktyki. Wyobcowanie zdrowia dokonuje się w ramach procesu medykalizacji zamieniającej świat w klinikę, co trafnie chwytają żartobliwe powiedzenie: nie ma ludzi zdrowych, są jedynie chorzy i jeszcze niezdiagnozowani. W obu przypadkach ujawnia się wspomniana wyżej ambiwalencja postępu. Instytucjonalizacja nauki w formę przedsięwzięcia przemysłowego oznacza racjonalizację organizacji, która podnosi poziom efektywności działania. W wymiarze praktyki racjonalizacja organizacji generuje automatyzm i zawężenie specjalizacyjne, czyli warunki stawiające umiejętność wpasowania się w całość w miejsce samodzielności i autonomii osądu. Wypływająca z powyższego reguła postępu cywilizacyjnego brzmi: stopień zracjonalizowania organizacji życia jest odwrotnie proporcjonalny do zakresu władzy sądowniczej jednostki (Ibidem, s. 30).

Jurgen Habermas wyraził opinię, że unaukowanie medycyny jest możliwe jedynie w tej mierze, w jakiej pragmatyczną sztukę

lekarskiego rzemiosła można przekształcić w kontrolowane metodami nauk empirycznych rozporządzenie wyizolowanymi procesami przyrodniczymi. Praktyka medyczna powinna więc przyjąć formę technicznego rozporządzenia urzeczowionymi procesami (Habermas, 1983, s. 362). Problem w tym, co Habermas także odnotował, że typ doświadczenia, który zgodnie z pozytywistycznymi kryteriami uchodzi za jedyny dopuszczalny w nauce, nie da się przemienić w praktykę (Ibidem, s. 363). Co w konsekwencji znaczy, że nie da się przemienić również w sztukę leczenia. Bariere na drodze unaukowania praktyki medycznej wskazał w omawianym tekście Gadamer. Choć proces diagnozy jest formalnie włączaniem konkretnego przypadku do ogólnej kategorii reprezentującej jednostkę chorobową, to „rozpoznanie”, które stanowi sens diagnozy, należy do domeny sztuki opartej na władzy sądowniczej (Gadamer, 2011, s. 33). Dlaczego diagnostyczne „rozpoznanie” nie ulega zamknięciu w naukowym systemie wiedzy medycznej? Odpowiedź stanowi kategoria „błędnej diagnozy”, która denotuje brak wiedzy (rozumiany jedynie jako ograniczenie możliwości pełnej analizy, przy milczącym założeniu pełni kompetencji intelektualnych analizującego), ale konotuje otwartość i zmienność diagnozowanych zjawisk, a więc najczęściej poprawną diagnozę nieaktualnego stanu wiedzy o jednostce chorobowej. Sztuka lekarska, która nie może odciąć się od systemu wiedzy medycznej, bo stałaby się na powrót rodzajem działań magicznych, musi działać na jego marginesach, jeśli system ten nie ma przeistoczyć się w muzeum odkryć medycznych. Lekarz próbujący zdiagnozować chorobę jest niczym Nautilus z powieści Juliusza Verne’a – rucho- mym w ruchomym.

Ludwik Fleck zwrócił uwagę, że wiedza lekarska wytworzyła na przestrzeni wieków swoisty styl myślowy w ujmowaniu zjawisk

związanych z praktyką leczenia¹. Przedmiot poznania lekarskiego różni się nie tylko od przedmiotu poznania humanistyki i nauk społecznych, ale także od przedmiotu poznania przyrodniczego. Fleck podkreślał jedną szczególną cechę, która wyraźnie wyróżnia badanie w obszarze medycyny od innych badań naukowych. Przyrodnik (również badacz społeczny) szuka regularności łączącej zjawiska w rozpoznawalne typy. Lekarz zaś studiuje to, co nietypowe, co odbiega od normy i charakteryzuje zjawiska chorobowe. Podstawowym wyzwaniem dla tej perspektywy jest fakt, iż nie istnieje ścisła granica między stanem zdrowia a stanem choroby. Co gorsza diagnozujący nigdy nie spotyka nawet dwukrotnie dokładnie tego samego obrazu chorobowego. W konsekwencji syntezywanie jednostki chorobowej jest procesem, który praktycznie nigdy się nie kończy. Procesualność syntezywania danych w wiedzę o wybranej kategorii sprawia w przypadku medycyny, że jej język jest pełny określeń z przedrostkami „para-” i „pseudo-”. Jednocześnie porządkowaniu wielości materiału nadawczego służy sama kategoria jednostki chorobowej, którą Fleck nazywa

1 Spojrzenie tego uczonego jest dla perspektywy socjologicznej szczególnie wartościowe. Fleck, z wykształcenia lekarz i mikrobiolog specjalizujący się w bakteriologii, dał się poznać jako umysł niezwykle wszechstronny, który w annałach światowej nauki zapisał się refleksją nie stricte medyczną, lecz właśnie socjologiczną. Jego rozważania znajdzie czytelnik w dwóch książkach. Ludwik Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1986, oraz, idem, *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*, Sylwia Werner, Claus Zittel, Florian Schmaltz (red.), Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007. Wątki z refleksji Flecka, które zostały przywoływane w tekście, pochodzą z jego trzech artykułów: *O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego; O obserwacji naukowej i postrzeganiu w ogóle; oraz, Zagadnienie podstaw poznania medycznego*, wszystkie opublikowano w wymienionym wyżej tomie: *Style myślowe i fakty*.

„typem idealnym” i „fikcyjnym obrazem”². Liczne obserwacje i statystyka eliminują niepowtarzalne cechy indywidualnych przypadków. Statystyka pokazuje ogólny zarys, ale nie pozwala dostrzec imponderabiliów, które dopełniają obraz choroby, a w lekarzu kształtują intuicję ważniejszą w diagnozie od logiki generalizacji. Intuicja ma charakter historyczny. To styl myślenia w określonej epoce medycyny. Sięgając do historii obserwacji anatomicznych, Fleck stwierdza, że obrazy, które dziś można oglądać na starych rycinach prezentują nie „czystą zgodność z rzeczywistością”, lecz ideograficzne prezentacje zjawisk, czyli ich idee charakterystyczne dla kultury określonych czasów. Dlatego lekarz ćwiczący w obserwowaniu wciąż zmiennych i kapryśnych patologii wyrabia w sobie, niejako na powrót, dziecięcą zdolność poliwalentnego widzenia obserwowanego obszaru zjawisk (Fleck, 2007, s. 115)³. Przywołane wyżej uwagi trzech uczonych prowadzą do wniosku, iż poddanie procesu leczenia uwarunkowaniom uprzemysłowienia praktyk społecznych osłabia własny autorytet autonomicznego profesjonalisty kierującego się rozumnym osądem, tym samym wystawiając pacjenta na anonimowość aparatu klinicznego.

Zdrowie zmedykalizowane

Problemy wynikające ze zmedykalizowania życia społecznego dobrze oddaje uwaga Eliota Freidsona, wedle której współczesny człowiek ma w konfrontacji z systemem medycznym pozycję podobną do wyborcy w państwach totalitarnych. Jest nie tylko pozbawiony wyboru między realnymi alternatywami, ale nawet prawa do odmowy korzystania z oferowanych świadczeń. Freidson sytuuje źródło

2 To wyraźne podobieństwo do kategorii Webera nie wydaje się tu przypadkowe.
3 Co jednocześnie tłumaczyło zdaniem Flecka, dlatego z reguły gorzej wychodzi lekarzom obserwacja zjawisk prawidłowych, stale powtarzających się.

problemu w sprofesjonalizowaniu medycyny, które generuje niekorzystną dla jednostki asymetrię w układzie ról laik – profesjonalista. Medycyna, podobnie do innych systemów sprofesjonalizowanych, ale silniej z racji swojej funkcji, opiera się na założeniu zasadniczej słabości laika-pacjenta, który nie jest w stanie „poprawnie” ani ocenić zdrowotnych problemów, które go dotyczą, ani ich rozwiązać. Ta „niekompetencja” stanowi rację narzucania pacjentowi „poprawnych” wskazań i działań eksperta-lekarsza (Freidson, 1970, s. 352). Przy czym asymetria ról nie jest charakterystyczna wyłącznie dla okresu sprofesjonalizowania medycyny. Jednak formuła służby zastosowana tradycyjnie do medycyny oznaczała, że asymetrię pozycji, którą w kontekście leczenia dodatkowo powiększa choroba-nie-normalność laika, redukowało silne zobowiązanie zawarte w etyce zawodowej: *primum non nocere!* Profesjonalizacja przesuwła akcent w relacji łączącej lekarza z pacjentem z troski motywowanej deontologią na poprawność realizowania procedur. Owe procedury mogą zaś być ujmowane w kategoriach zdehumanizowanych działań klinicznych, a nawet w kategoriach kalkulacji ekonomicznej.

Ivan Illich, radykalny krytyk najważniejszych instytucji współczesnego świata Zachodu wzmocnił negatywną ocenę zmedykalizowania rzeczywistości⁴. Tytułowa teza klasycznej już dziś książki mówiła, iż medycyna niczym grecka Nemezis położyła się mrocznym cieniem na życiu społecznym. Z instytucji, która miała służyć zachowaniu i restytucji zdrowia, przemieniła się instrument wyobcowania zdrowia i ubezwłasnowolnienia jednostki. Dla Illicha medykacja była formą kolonizacji społeczeństwa przez medyczny establishment, która już w drugiej połowie XX wieku

4 Illich krytyce poddał także dominujący na Zachodzie system oświaty. Poświęcił temu książkę pod tytułem *Odszkolnić społeczeństwo*.

osiągnęła patologiczne rozmiary w krajach rozwiniętych i bogatych, nie oszczędzając wszak również krajów biednych⁵. Jej istotą było postępujące i powszechne uzależnienie jednostek od profesjonalnej opieki medycznej, które miało silny i negatywny wpływ na społeczne relacje. Medyczny monopol w dziedzinie metod higieny życia był w opinii austriackiego filozofa jaskrawym przykładem politycznego nadużycia naukowych zdobyczy w celu pobudzania przemysłowego wzrostu kosztem wzmocnienia ludzkiej podmiotowości. Taka medycyna była zaś raczej swoiście ideologicznym instrumentem perswadowania ludziom niezadowolonym ze stanu społeczeństwa, że to właśnie owo niezadowolenie powinno budzić ich obawy i skłaniać do poddania się leczeniu. Według Illicha dominacja sprofesjonalizowanego systemu ochrony

5 Wyjściowa definicja medykacji autorstwa Illicha jest jedną z wielu, które mnożyły się w miarę rozwoju refleksji dotyczącej omawianego tu zjawiska. Idem, *Medical Nemesis. Expropriation of Health*, Calder & Boyars, London 1975, s. 11. Peter Conrad, jeden z prominentnych badaczy medykacji, definiuje ją jako proces, poprzez który problemy niemedyczne zostają potraktowane jako problemy medyczne i w tych kategoriach zostają zredefiniowane. Conrad zaznaczył przy tym, że choć pojęcie oznacza literalnie „czynienie medycznym” (w domyśle: jakiegoś problemu bądź zjawiska), to jednocześnie posiada szerokie spektrum rozmaitych znaczeń. Z tą różnorodnością wiązały się rozmaite próby definiowania pojęcia, które, co nie będzie dziwić, nie zamknęły kwestii definicji zjawiska. Szczególnie, że poszerzenie pola znaczeniowego pojęcia towarzyszyło postępowi, a więc i zmianie samego zjawiska. Warto nadmienić, że w toku tej ewolucji pojęcie zostało wykorzystane w refleksji krytycznej wobec zjawiska, zyskując wyraźnie pejoratywne nacechowanie, co dobrze ilustruje jedna z jego odmian: *overmedicalization*. Idem, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, Vol. 18, ss. 209–210. Próbnym charakterystycznym problem na gruncie socjologii amerykańskiej, gdzie medykacja była omawiana najszerzej, został poświęcony artykuł Magdaleny Wieczorkowskiej, *Medykacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, nr 2(61).

zdrowia stanowi zjawisko patologiczne z trzech powodów. Po pierwsze taki system musi generować niepożądane efekty i szkody (zjawiska jatrogenne), które przy próbie dokonania bilansu przeważają potencjalne korzyści. Po drugie funkcjonowanie systemu-kliniki zasłania obraz warunków politycznych, które faktycznie czynią społeczeństwo niezdrowym. Po trzecie system ma tendencję do pozbywania jednostek władzy nad swoim zdrowiem i środowiskiem życia (Illich, 1975, s. 11). Krytyka nadmiernej medykacji (*over-medicalisation*), która pojawiła się według Illicha jako produkt uboczny nadprodukcji towarzyszącej uprzemysłowieniu, nie oznaczała jednak krytyki cywilizacji na modłę Rousseau (Ibidem, s. 61). Remedium jest wzajemna pomoc wykrzystująca osiągnięcia współczesnej techniki, która będzie w stanie ograniczać przemysłowy tryb produkcji.

Impet medykacji i jej hegemonii próbowano wyjaśniać, odwołując się do kategorii sekularyzacji rzeczywistości społecznej. Popularna teza nawiązująca do tradycji myśli Oświecenia głosi, że medykacja, jako jeden z prądów w nurcie postępu naukowego, wypływa z nurtu sekularyzacji świata traktowanego jako synonim zaniku religii. Już wieloznaczność wyjściowego pojęcia sekularyzacji czyni tezę trudną do zweryfikowania⁶. Jeszcze w okresie, kiedy istnienie samego fenomenu w nowożytnej historii nie budziło większych kontrowersji, Daniel Bell zwracał uwagę, że termin jest mętny, gdyż

6 Ze względu na ograniczenia co do objętości niniejszego artykułu włączone do niego zostaną jedynie te wątki z obszernej refleksji naukowej dotyczącej problematyki sekularyzacji, które znalazły się w analizach poświęconych medykacji. Rozwinięcie problematyki sekularyzacji znajdzie czytelnik w dwóch następujących opracowaniach: Karel Dobbeleare, *Sekularyzacja. Trzy poziomy analizy*, tłum. Renata Babińska, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2008, Katarzyna Zielińska, *Spory wokół teorii sekularyzacji*, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2009.

miesza całkowicie różne kategorie zjawisk, a zarazem dwa odrębne procesy przemian, które są wzajemnie niewspółmierne. Uczony przypominał, że pierwotny zakres znaczenia terminu był węższy i odnosił się do formalno-prawnego aspektu wyjmowania określonych terytoriów spod instytucjonalnej władzy Kościoła. W takim ujęciu sekularyzacja pozostaje odległa od procesu usuwania ze świata pierwiastka magicznego, który Maks Weber nazwał „odczarowaniem” (*Entzauberung*), a który zdaniem Bella ma charakter kulturowy. Weberowskie odczarowanie to desakralizacja, czyli osłabianie napięcia cechującego dychotomię *sacrum – profanum* (Bell, 1983, ss. 52–53)⁷. Należy nadmienić, że Bell oddzielał źródła desakralizacji od źródeł racjonalizacji, które sytuował w sferze techniki i ekonomii, ale już nie w sferze nauki, bo tę ostatnią postrzegał jako nurt łączący kilka różnych prądów. W końcu problemem stało się samo zjawisko sekularyzacji. Na początku lat 90. ubiegłego stulecia Peter L. Berger, klasyk socjologii religii, zwracał uwagę, że teza sekularyzacyjna prezentowana w naiwnie oświeceniowej formie zanikania religii w nowoczesnym świecie nie da się dłużej utrzymać (Berger, 1998). Krytyka nie oznaczała całkowitego zanegowania wartości wcześniejszej refleksji, tym bardziej, że obecne w niej były również wątki wychodzące z tradycji myślenia durkheimowskiego, zawierające koncepcje modernizacyjnej transformacji religii ze starych form w nowe. Przykładem takiego myślenia jest koncepcja „niewidzianej religii” Thomasa Luckmanna. Analizowanie cywilizacyjnych przemian religii i przesunięć odbywających się na płaszczyźnie przypisywanych

7 Tekst rozstał również wydany w tym samym roku w 9(346) numerze miesięcznika „Znak”, jednak z cenzorskimi korektami. Oba tłumaczenia stanowiły fragmenty oryginalnego eseju pt. *The return of the sacred? The argument on the future of religion*, który został opublikowany w 1977 roku w 4 numerze (Vol. 28) „British Journal of Sociology”.

jej funkcji pozwalało uchwycić analogiczne przemiany i przesunięcia w dziedzinie medycyny.

Bryan S. Turner, jeden z tych socjologów badających medycynę, którzy podążali tropem myśli Webera, starał się opisać historyczne przesunięcie funkcji kontroli społecznej z domeny religii do domeny medycyny (Turner, 1995, ss. 18–36)⁸. W swoich rozważaniach sięgnął do tego wątku refleksji niemieckiego uczonego, z którego wyłaniały się implikacje, jakie niesła racjonalizacja metodyki zbawienia dla społecznego znaczenia ciała, a co za tym idzie dla rozwoju medycyny. Weber twierdził, że duchowy habitus tworzony przez rytualne techniki odwodzi od racjonalnego działania. Ekstaza, orgia, umartwienie, euforia – działania służące osiągnięciu stanu charyzmatycznego i „stawianiu się równym bogu” są efemeryczne i nieprzewidywalne. Prowadzą do niepowszerechnego habitusu religijnego. Rozwój systematyzacji i racjonalizacji sposobów uzyskiwania zbawienia zmierzał więc do wyeliminowania sprzeczności między powszechnym i niepowszerechnym habitusem religijnym⁹. Z nieprzebranej, a więc niekontrolowalnej, mnogości wewnętrznych stanów religijnego uniesienia, musiały się wyodrębnić i ulec usystematyzowaniu te, które były kluczowe, gdyż gwarantowały pewność łaski. W procesie selekcji odrzucone zostały czynniki nieboskie, czyli powszedni habitus ludzkiego ciała oraz świat codzienny, oba w postaciach, które zostały im dane przez naturę. Jednocześnie ponieważ bóg chrześcijański jest bogiem transcendentnym, to znaczy odpornym na magiczne zabiegi ściągnające go na ziemię, więc metodyka zbawienia otrzymuje orientację etyczną. Choć ten etap racjonalizacji wyklucza

z operacji sferę natury, to jednak następuje istotne z punktu widzenia pozytywistycznych ram uprawiania medycyny swoiste wzięcie w nawias wszystkiego co transcendentne. Jednocześnie udało się w procesie ewolucji metodyki zbawienia zracjonalizować doświadczenie i eksperyment. Bowiem to ono pouczało, że ciałem można operować tak, by wywoływać stany, które starano się wywoływać przy użyciu magii. Wymienione zmiany łącznie sprawiają, że metodyka zbawienia w coraz większej mierze staje się kombinacją psychofizycznej higieny, kontroli myśli i zachowania oraz czujnego panowania nad popędami. Przeszkodą w utrzymaniu samodyscypliny jest świat reprezentujący w religijnej perspektywie stosunki społeczne. Z problemem można poradzić sobie na dwa sposoby. Uciec od przeszkody lub się z nią zmierzyć. Tym drugim rozwiązaniem cechuje się wewnątrzświatowa asceza, która ze zmiany świata (stosunków społecznych) czyni moralny obowiązek. Ten rodzaj ascezy utrwała orientację na realizowanie zmian w ramach porządku praw naturalnych (Weber, 2002, ss. 410–420).

Turner posłużył się także układem trzech instytucjonalnych obszarów kontroli fenomenu, który nazwał ucieleśnieniem się jednostek ludzkich. Analogicznie do Webera specyfikę tego układu wiązał przede wszystkim, choć nie wyłącznie, z warunkami, które wytworzyła cywilizacja Zachodu. Dwa obszary szczególnie istotne dla niniejszego wywodu to religia i medycyna. Religia kontrolowała jednostki poprzez zrytualizowanie praktyk skierowanych na rozwój życia duchowego. Medycyna to obszar kontroli ucieleśniania się w jego organicznym aspekcie¹⁰. Trzeci obszar – prawo, a dokładnie prawo karne, służyło według Turnera eliminowaniu dewiacji objawiającej się kryminalnymi wykroczeniami jednostek, ale

przede wszystkim nadzorowi nad zurbanizowanymi populacjami.

W opinii Turnera protestantyzm przejął religijno-medyczne zarządzanie ucieleśnianiem, które do czasów Reformacji leżało głównie w gestii zgromadzeń klasztornych, by przetransformować je do obszaru nowoczesnej medycyny. Pokazując tę drogę, socjolog wyszedł od sprzeczności występującej między chrześcijańską etyką ascezy a rozmaitymi aspektami świeckiego życia, np. seksualnością. Etyka ascezy kierowała ostrze krytyki przeciw ludzkiej cielesności, która jawiła się z ascetycznej perspektywy jako źródło siedmiu grzechów głównych. Protestanckim remedium na tę bolączkę miały być: dyscyplina emocji, kult świadomości i swoista standaryzacja codziennych praktyk. Wszystkie razem tworzyły syntezę w postaci etyki zorientowanej na kontrolę nad światem, która zdaniem Turnera miała kluczowe znaczenie w procesie rozwoju nowoczesnej medycyny. Jako że religijne normy „dobrego życia” zostały włączone w zalecenia nowoczesnej medycyny, można doszukać się analogii między jej reżimem nakazującym określone zachowania prozdrowotne a moralnością religijnej ascezy. Dziś, kiedy religijna świadomość słabnie, medycyna oferuje kryteria moralnej normalności. Czyni to, mimo, iż eksponuje swoją światopoglądową neutralność. Zabieg jest zaś skuteczny, gdyż normy moralne maskuje specjalistyczny język norm zdrowotnych (Turner, 2008, s. 181).

Malcolm Bull skrytykował stanowisko Turnera, sugerując, że wektor przedstawianej zależności między sekularyzacją a medykacją może mieć przeciwny zwrot. Przede wszystkim Bull zakwestionował twierdzenie, że medykacja przejmująca funkcje religii może być potraktowana jako przejaw racjonalizacji w weberowskim rozumieniu tego terminu, skoro w ujęciu niemieckiego uczonego racjonalizacja zintegrowana z sekularyzacją rzeczywistości była procesem ograniczającym

pole oddziaływania religii. Stąd wypływa pytanie: czy medykacja nie powinna być traktowana (przynajmniej w niektórych przypadkach) jako cywilizacyjny wehikuł religii w dobie nowoczesności i narzędzie resakralizacji (Bull, 1990, s. 46). Bull postawił właśnie taką tezę, podpierając ją analizą historii zainteresowania Adwentystów Dnia Siódmego problematyką zdrowia. Badacz dowodził, że Adwentyzm był produktem medykacji przebiegającej wraz z procesem sekularyzacji, która w przypadku tej konkretnej grupy wyznaniowej przyjęła właśnie medykacyjną formę (Ibidem, s. 252). Przy czym sekularyzacja formy kultu nie oznacza desakralizacji lecz prywatyzację wiary wyrażanej w przypadku opisywanego tu Adwentyzmu w prozdrowotnej postawie (Bull, 1988, s. 13). Nota bene słynny raport przygotowany przez Marca Lalonde’a rozpoczął cytatem z *Teologii naturalnej* Williama Paleya, która według informacji w nocie biograficznej internetowego wydania encyklopedii Britannica opierała się na dziele Johna Raya po znamienym tytulem *Wisdom of God Manifested in the Works of the Creation*. Wreszcie w *dziewiątym rozdziale zatytułowanym Nauka kontra promocja zdrowia (Science Versus Health Promotion)* Lalonde pisał: (...) *Duch poszukiwania i sceptycyzmu, a szczególnie naukowa metoda, o zasadniczym znaczeniu dla badań, stanowią problem w przypadku promocji zdrowia. Wynika to z faktu, iż w języku nauki pełno jest rozmaitych zastrzeżeń, które dobrze oddają słowa, takie jak: ‘jeżeli’, ‘ale’, czy ‘prawdopodobnie’, podczas gdy przekaz, który ma wpływać na opinię publiczną powinien być głośny, jasny i jednoznaczny* (Lalonde, 1974, s. 57). Pointował zaś myśl cytatem z I Listu do Koryntian, w którym apostoł Paweł, wyjaśniając zasady korzystania z charyzmatów, pytał retorycznie: *jeśli trąba brzmi niepewnie, któż będzie się przygotowywał do bitwy* (I Kor, 14, 8). Z tego punktu widzenia zasadnicza niekonkludowność rozważań naukowych w praktyce

8 Szczególnie rozdział: *Religion and medicine: from sin to sickness*.

9 Turner podkreślał, co odnotowujemy dalej, że ów rozdział dynamizujący przesunięcia pewnych funkcji religii w obszar medycyny występował między etyką religijną a etyką życia świeckiego.

10 Turner używa angielskiej formuły „body as flesh”, by oddać niuans, o który mu chodzi. Ibidem, s. 19.

prozdrowotnej może być groźna, gdyż w połączeniu z autorytetem samej nauki prowadzi nierzadko „naukowego” usprawiedliwiania niezdrowego kunktatorstwa¹¹.

Promocja zdrowia jako czynnik prywatyzacji ryzyka

Z refleksji krytycznej wyływały pomysły przekształcenia roli medycyny i redefinicji kategorii zdrowia. Propozycje koncentrowały się na problemie dominującej pozycji profesji medycznych, która ubezwłasnowolniła laików. Illich widział drogę wyjścia w *ethosie* post-profesjonalnym. Parę lat po erupcji kontrkulturowej rewolty filozof wskazywał na potencjalne źródło rewolucji w niezideologizowanej milczącej mniejszości, żyjących w dobrowolnej prostocie i surowości życia (Illich, 1977, s. 39). Rick J. Carlson, którego książkę pod tytułem *Koniec medycyny* Illich opatrzył aprobatywnym wstępem, zadawał radykalne pytanie: co medycyna ma wspólnego ze zdrowiem? (Carlson, 1975, s. 3). Odpowiedź wskazująca, że niewiele, sugerowała jednocześnie, że rozwiązanie optymalizacji ochrony zdrowia leży w jej uspołecznieniu. Carlson odnotowywał, że w epoce zmedykalizowania życia zdrowie stało się towarem, choć unikalnym, bo niewymiennym. Przeobrażenie stymulowało proces towarzyszący profesjonalizacji usług medycznych. Lekarze stali się usługodawcami oferującymi określone dobra stanowiące fragmenty zdrowia. W tym systemie fundamentalny problem ma postać analogiczną do problemu opisanego przez Garretta Hardina w tzw. „dylemacie wspólnego pastwiska”. Carlson, podobnie jak Hardin w odniesieniu do

pastwiska, wątpił w technologiczne możliwości rozwiązania problemu zdrowia (Ibidem, s. 194). Nowe podejście do zdrowia powinno opierać się na założeniu jego czterech podstawowych uwarunkowań: harmonii środowiska społecznego i naturalnego, dostępu do środków przywracania i utrzymania stanu zdrowia, wsparcia innych w chorobie i indywidualnej odpowiedzialności (Ibidem, s. 182). Ludzie muszą odświeżyć zapomniane umiejętności dbałości o własne zdrowie i zdrowie innych.

Odbicie powyższych idei można znaleźć w dwóch ważnych dokumentach, które wpłynęły na współczesny sposób patrzenia na zdrowie. Pierwszym był przywołany wyżej raport Marca Lalonde, który w okresie jego przygotowywania pełnił funkcję kanadyjskiego ministra zdrowia i opieki społecznej. Opracowanie wskazywało na ograniczone możliwości nawet najlepszej opieki medycznej, kierując uwagę na problemy środowiskowe oraz styl życia jednostek. W przypadku kategorii stylu życia lektura raportu pokazuje, że autor przesunął akcent z jej socjologicznego wymiaru w obszar indywidualny aktu wyboru stylu życia, a więc także zindywidualizowanie konsekwencji i odpowiedzialności. Argumentując na rzecz indywidualnej odpowiedzialności, Lalonde odwoływał się do zależności, jaka łączy każdą jednostkę z jej reprezentacją polityczną wyłanianą w formie rządu (Lalonde, 1974, ss. 26–29). Drugim dokumentem była Karta Ottawska z 1986 roku, która podniesienie jakości ochrony zdrowia widziała w przeorientowaniu działań na promocję zdrowia. Definiując tę ostatnią, wyjaśniano, że jest ona procesem umożliwiającym ludziom poszerzenie zakresu i ulepszenie kontroli nad własnym zdrowiem. Zdrowie zaś przestaje być definiowane jako cel-wartość (*objective of living*), a staje się zasobem dla życia codziennego (*resource for everyday life*) (The Ottawa Charter, 1986).

Według Petera Conrada lata 80. dwudziestego wieku były świadkiem zasadniczej zmiany

w organizacji medycyny, która miała istotny wpływ na problematykę zdrowia. To wówczas erozja autorytetu medycznego stała się widoczna. Zmiana polegała na przeorientowaniu polityki zdrowotnej z działań skoncentrowanych na zapewnianiu obywatelom dostępu do opieki medycznej na działania skoncentrowane na kontroli kosztów świadczenia usług medycznych. W efekcie w centrum zainteresowania polityki zdrowotnej znalazło się zarządzanie organizacją systemu ochrony zdrowia. Można powiedzieć, parafrazując stwierdzenie Marcina Pałysa, rektora Uniwersytetu Warszawskiego, że na skutek wskazanej zmiany księgowość stała się królową nauk w dziedzinie medycyny¹². Detronizacja medycyny w tej domenie oznaczała koniec „złotego wieku sztuki lekarskiej” (*golden age of doctoring*) i rozwój „systemu nabywców usług” (*buyer driven system*). Nowy system stworzył nowy układ sił między nabywcami, świadczeniodawcami i płatnikami, w którym lekarze jako grupa utracili część swoich wcześniejszych wpływów przede wszystkim na rzecz pacjentów, którzy zamienili się w konsumentów ich usług, ale także na rzecz przemysłu farmaceutycznego, uważanego w Stanach Zjednoczonych za najbardziej dochodową branżę, oraz na rzecz sektora ubezpieczeniowego (Conrad, 2005, s. 4).

Idea promocji zdrowia, traktowana jako remedium na ograniczenia systemu profesjonalnej opieki medycznej, wprowadzała do

ochrony zdrowia czynnik zdrowego rozsądku. W zamierzeniach miał on działać na rzecz uspołecznienia ochrony zdrowia. Jednak zdrowy rozsądek, ujmując rzecz metaforycznie, jest zawsze sługą panującego światopoglądu. Idea promocji zdrowia wchodziła w życie wraz z pierwszymi globalnymi sukcesami neoliberalizmu, promującego prymat wąsko pojmowanej ekonomii. Sytuacja współczesnej medycyny pokazała, że ekonomicznie motywowana demedycyzacja wyzwalała mechanizmy, które stymulowały prywatyzację ochrony zdrowia fragmentaryzującą doświadczenie, w konsekwencji mnożąc rozmaite paramedyczne fundamentalizmy. Przy czym przede wszystkim chodzi tu o wymiar prywatyzacji, który w swojej analizie przemian religijności opisał Thomas Luckmann (Idem, 1996).

Analogia między medycyną a religią nie jest bezpodstawna. Obietnica uzdrowienia realizowana w obszarze medycyny zinstytucjonalizowanej do postaci klinicznego uprzemysłowienia procesu leczenia nabiera cech quasi magicznych, upodabniając się do zinstytucjonalizowanego poszukiwania zbawienia w liturgii kościelnej. Gadamer zwraca uwagę, że przy licznych podobieństwach, jest jedna cecha, która wyróżnia rzemiosło lekarza na tle innych rodzajów rzemiosła. Inne rzemiosła są mianowicie w stanie obronić swe kompetencje wobec protestów laika. Ich praca znajduje potwierdzenie swojej profesjonalnej wiedzy i umiejętności w rezultacie działania. Jeżeli szewc nie jest partaczem, to jego dzieło świadczy o jego rzemiosle. Lekarz niczego nie „wykonuje” (Gadamer, 2011, s. 33). Stąd rosnące wątpliwości opinii publicznej w odniesieniu do procedur, których efektów zdrowy rozsądek nie potrafi ująć w schemat przyczynowo-skutkowy i coraz większy dystans do „mocy” uzdrawiania medycyny. Łukasz Alefowicz ilustrował ten problem różnicą między dobrodziejstwem szczepień, którego nie da się wykazać w kategoriach zdroworozsądkowych, a uchwytym

11 *The spirit of enquiry and skepticism, and particularly the Scientific Method, so essential to research, are, however, a problem in health promotion. The reason for this is that science is full of "ifs", "buts", and "maybes" while messages designed to influence the public must be loud, clear and unequivocal* (Lalonde, 1974, s. 57).

12 Należy zastrzec, że opisywane przez Conrada zmiany nie odnosiły się we wskazanym przez niego momencie do Polski, która w dziedzinie medycyny borykała się wówczas z problemami cechującymi systemy tzw. realnego socjalizmu, dalekie od ładu demokracji wolnorynkowych. Przeorientowanie podobne do opisanego rozpoczęło się w Polsce po roku 1989 wraz z transformacją systemową. Warto przy tym nadmienić, że intronizacja księgowości nie ograniczała się jedynie do dziedziny ochrony zdrowia, lecz miała zasięg ogólnosystemowy. Parafrazowane stwierdzenie rektora Pałysa odnosiło się do analogicznego procesu utowarowienia nauki.

w doświadczeniu stosowaniem farmaceutyków. Skutki szczepienia pozostają niewidoczne w optyce zdroworozsądkowej. Zaszczepiony zdrowy człowiek pozostaje zdrowy. W przypadku wykorzystania antybiotyków, człowiek chory zdrowieje (Afeltowicz i Urbanowicz, 2018, s. 216).

Z drugiej strony dystans pomiędzy jednostką a medycyną zwiększa ambiwalencja rosnącej specjalizacji tej ostatniej. Precyzja badawcza wymusza ograniczanie zakresu prowadzonych badań, a tym samym ogranicza ogólną „encyklopedyczną” orientację w świecie. To stawia samego badacza w położeniu podobnym do laika (Gadamer, 2011, s. 19). W przypadku praktyki medycznej to podobieństwo jest szczególnie widoczne na pierwszym etapie diagnozy, podczas którego lekarz skoncentrowany jest na stworzeniu obrazu patogenezы konkretnego przypadku. Fleck nazywał ten etap ontogenezą szczegółową choroby (Fleck, 2007, s. 53). Gadamer wskazał jeszcze jeden potencjalny problem wynikający z wysokiego stopnia specjalizacji. Zamknięcie specjalizacyjne ogranicza możliwości aktualizowania metod badań (Gadamer, 2011, s. 19). Wskazane uwarunkowania obniżające autorytet profesjonalisty mogą wywoływać działania obronne o charakterze rytualnym. W skrajnych przypadkach ów rytualizm może prowadzić do działań celowo dezorientujących pacjenta, by zasłonić jałowość i słabość organizacyjną działań diagnostycznych (Freidson, 1970, s. 163). Niepewność prowadzi zaś do reakcji fundamentalistycznych.

Spektakularność islamskiego ekstremizmu oraz jego kulturowa obcość, sprzyjają w epoce mediów elektronicznych upowszechnieniu zawężającej perspektywy, portretującej fundamentalizm ekscesami tego jednego religijnego ekstremizmu. Peter L. Berger i Anton Zijderveld wskazują inne cechy zjawiska, które charakteryzują jego zachodnią odmianę. Analizując prototypowy, amerykański

przypadek fundamentalizmu, socjologowie stwierdzili, że jest on zjawiskiem reaktywnym. Reakcja jest zawsze skierowana przeciw dostrzeżonemu zagrożeniu dla społeczności, która żyje zgodnie w pewnymi wartościami (religijnymi albo świeckimi). Co z kolei prowadzi do wniosku, że fundamentalizm jest zjawiskiem współczesnym (wbrew dość powszechnej opinii, wedle której stanowi rodzaj „powrotu do mroków średniowiecza”) i jako takie może być zrozumiany jedynie na tle procesu modernizacji, a nie w związku z tradycjonalizmem¹³. Ostatni oznacza poddanie się reżimowi oczywistości, którą tradycja utrwała. Fundamentalizm zaś jest sensowną reakcją na kryzys oczywistości. Z tych cech rodzi się ostatnia – przemyślane wskazywanie potrzeby powrotu do „nieskazitelnej przeszłości” i zagubionej tradycji (Berger i Zijderveld, 2015, ss. 78–80). Zarysowaną charakterystykę uzupełniają uwagi Steve’a Bruce’a. Interesującym nas prąd, który rozlewa się na obszar nauki, a w jego granicach na domenę medycyny, znamionuje indywidualizm, który odróżnia go wspólnotowego fundamentalizmu islamskiego. Co ważne i co z tym powiązane, to fakt, iż fundamentalizm typu amerykańskiego cechuje dobrowolność stowarzyszania się jednostek, które w jego ramach współzawodniczą o definiowanie kultury trwałego państwa narodowego (Bruce, 2006, s. 18). Całość pokazuje, że opisywana wersja odbiega od potocznych

¹³ W tej kwestii myślenie autorów idzie śladem rozróżnienia, które wprowadził Karl Mannheim w swojej analizie myśli konserwatywnej. Niemiecki uczony pisał o „konserwatyzmie naturalnym”, który proponował nazywać Weberowskim określeniem „tradycjonalizm” oraz o konserwatyzmie „nowoczesnym”. Pierwszy, jako zachowawcza reakcja na bodźce, jest uniwersalną cechą konstrukcji psychologicznej człowieka. Drugi jest działaniem społecznym – by trzymać się kategorii Weberowskich – wyposażonym w sens. Karl Mannheim, *Myśl konserwatywna*, Kolegium Otryckie, Warszawa 1986, szczególnie rozdział 1 części drugiej, *Tradycjonalizm a konserwatyzm*.

wyobrażeń, które akcentują bezrefleksyjność fundamentalizmu. Krytyczny namysł nad kryzysem oczywistości ma w kontekście modernizacyjnym cechy *refleksywności* Urlicha Becka. Scott Lash, komentując koncepcję Becka, pisze o refleksyjności, która w nowoczesności wyzwala jednostkę spod władzy systemów eksperckich dominującej w kulturze nauki (Beck, Giddens, Lash, 2009, s. 153). Jednak proces, który opisuje Beck, nie prowadzi do emancypacji, lecz do niepewności. Wiedza ekspercka zostaje poddana ostrej krytyce, ale niepewności nie wyjaśnia ani nie łagodzi już żadna „wielka narracja”¹⁴.

Medycyna w Polsce – obraz kryzysu zaufania w dobie pandemii

Polska ostatnich trzech dekad stawiała się krajem coraz bardziej atrakcyjnym dla imigrantów, przy czym atrakcyjnością wciąż ustępującą krajom, które nie tylko we wspólnocie unijnej należą do najwyżej rozwiniętych, ale pozostają na szczytach globalnych rankingów rozwoju cywilizacyjnego i poziomu życia. Niemniej jednak otwarte granice i swoboda przemieszczania wygenerowały szereg naturalnych dla takiej sytuacji problemów. Przepływy kadr pracowniczych, bariera komunikacyjna blokująca wykwalifikowanym obcokrajowcom dostęp do atrakcyjnych stanowisk wymagających biegłości językowej oraz związane z ową barierą kłopoty z adaptacją do nowych warunków społecznych to zjawiska, które pojawiają się także w systemie ochrony zdrowia, przede wszystkim na jego organizacyjnej płaszczyźnie. W przypadku migracji wykwalifikowanego personelu medycznego rosnąca atrakcyjność Polski, której jednym z istotnych czynników

jest swoboda poszukiwania miejsca do życia poza krajem ojczystym, jest także czynnikiem osłabiającym chęć takich poszukiwań. Analizy sytuacji pokazują, że proces emigracji personelu medycznego, który odbywał się już przed akcesją Polski do Unii Europejskiej oraz przystąpieniem do Układu z Schengen, nasilił się zaraz po akcesji, ale dynamika przyrostu sukcesywnie malała. Różnica zarobków motywująca pierwotnie do emigracji, traciła na znaczeniu wraz ze wzrostem wynagrodzeń w Polsce (Kautsch, 2013)¹⁵.

Interesującym zjawiskiem jest rosnący rozdźwięk między sukcesywnie podnoszącą się efektywnością działania systemu ochrony zdrowia a jej społeczną oceną i w konsekwencji gotowością do finansowego wspierania dalszego podnoszenia poziomu usług medycznych. Badania opinii o funkcjonowaniu ochrony zdrowia pokazują, że stosunkowo stabilne wysokie oceny pracy personelu medycznego łączą się z przekonaniem, że zasadniczym problemem jest organizacja i zarządzanie systemem i środkami przeznaczonymi na jego działanie. W tym ostatnim zakresie pojawia się też wyraźny kontrast między społecznym obrazem usług świadczonych przez państwo i obrazem usług świadczonych na wolnym rynku. Polscy respondenci są krytyczni wobec systemu państwowego i jedynie w znikomym stopniu skłonni do finansowego wsparcia służby zdrowia (Sasińska-Klas, 2015). Przy tym najnowsze badania CBOS wskazują nieznacznie rosnącą świadomość, że najważniejszym problemem systemu jest jego chroniczne niedofinansowanie, choć jest to wciąż przekonanie ułamka badanych (w 2018 było to jedynie 16 %) (Omyła-Rudzka, 2018). W konsekwencji

¹⁵ Ponadto warto odnotować, że Polska znajdując na wschodniej granicy strefy Schengen, sąsiaduje bezpośrednio z krajami (Ukraina, Białoruś), dla których atrakcyjność Polski rośnie dodatkowo nie tylko dzięki bliskości geograficznej, ale bliskości kulturowej, w tym językowej.

¹⁴ Berger i Zijderveld, przywołując historię żony Napoleona III, cesarzowej Eugenii, sprawdzającej w loży teatralnej spojrzeniem pełnym niepewności, czy stoi za nią krzesło, prezentują bardzo plastyczną fenomenologiczną ilustrację tego stanu.

obserwujemy w Polsce postępującą *de facto* prywatyzację służby zdrowia, mimo zahamowania procesu prywatyzacji publicznych ZOZ-ów (Cybulska i Pankowski, 2018).

Z kolei wyniki badania CBOS z 2014 roku poświęconego opiniom o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy wskazywały, że po latach niewielkiego spadku zaufania do lekarzy, poziom tego zaufania ponownie się podniósł. 78% respondentów zadeklarowało zaufanie do lekarzy, których rad zasięgają. W tej liczbie 16% zadeklarowało bardzo duże zaufanie, 62% duże zaufanie. Równocześnie wskazano w porównaniu wyników z pięciu przeprowadzonych badań, że poziom zaufania zarejestrowany w badaniu z 2014 r. nie osiągnął wysokości z roku 2001, kiedy to był najwyższy (80% deklarujących zaufanie) (Omyła-Rudzka, 2014). Międzynarodowe badanie z lat 2011–2013 przeprowadzone w ramach *International Social Survey Programme* (ISSP) wykazało zaś, że jedynie 43% respondentów zadeklarowało zaufanie do lekarzy we własnym kraju. Ten wynik usytuował Polskę na 29 miejscu w rankingu badanych krajów. Przy czym w rankingu zadowolenia z usług medycznych Polska usytuowała się na miejscu 25 (Blendon i in., 2014).

Reakcje społeczne podczas pandemii, ujmowane na tle przywołanych wyników badań, uwidoczniły szczególnie wyraźnie społeczny kryzys zaufania do medycyny, stanowiący zmięknienie kryzysu nauki. Przełom polityczny 1989 roku uwolnił potencjał krytyki modernizacji, która na peryferiach, w tym także w Polsce, miała charakter imitacyjny, ponadto obciążony przymusem totalitarnym. Zresztą rozbrat z ideą modernizacji rozpoczął się w Polsce już w okresie międzywojennym. W obu przypadkach – perspektywy międzywojennej i perspektywy krytycznej wobec dziedzictwa modernizacyjnego PRL-u, sam proces jawi się jako coś, co wbrew założeniu racjonalizacji życia wprowadza do niego

więcej nieprzewidywalności¹⁶. Konwergencja świadomości społecznej w Polsce z nurtem myślenia neoliberalnego, który na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych wciąż święcił triumfy na Zachodzie, wzmocniła potencjał krytyki modernizacji i jej nośników, w tym głównie nauki. Krytyka ma więc w sobie pewne elementy dyfuzyjnego oporu, który, co znamienne, czerpie swoją energię z owej konwergencji ideologicznej występującej między indywidualizującym prądem kultury Zachodu a Polską tradycją „przywiązania do wolności” i który przybiera formę refleksywnego fundamentalizmu. Opór wobec dominacji myślenia naukowego wzmacnia też, paradoksalnie, rewolucja naukowa w mediach społecznych, które dają silną pozycję „ekspertom z Internetu”, którzy są tzw. „naiwnymi ekspertami” (Wójta-Kempa, 2017).

Pobieżna kwerenda opinii zamieszczanych w mediach (w szczególności na forach mediów społecznościowych) daje obraz poszerzającego się marginesu nieufności do wiedzy medycznej i podejrzliwości wobec

16 Adam Leszczyński stwierdził, że Wielki Kryzys przyniósł przełom mentalny, gdyż odczytywano go jako wielką moralną klęskę wolnorynkowego kapitalizmu, który reprezentował modernizację w dziedzinie gospodarki. Kapitalizm postrzegany przez pryzmat Kryzysu, był systemem, który poszerzył obszar nędzy, pogłębił irracjonalność, chaos w życiu codziennym, a w gospodarce doprowadził do marnotrawstwa na ogromną skalę. Tak więc nie bez powodu sam Kryzys był postrzegany jako forma „zbiorowego szaleństwa”. Idem, *Skok w nowoczesność. Polityka wzrostu w krajach peryferyjnych 1943–1980*, Instytut Studiów Politycznych PAN, Wydawnictwo Krytyki politycznej, Warszawa 2013, s. 296. Z kolei Andrzej Leder zwrócił uwagę, iż okresie stalinizmu forsowna industrializacja, oderwana w strukturze produkcji od potrzeb społecznych, była elementem politycznego terroru. Plan sześćdziesięcioletni był zorientowany na „tworzenie fabryk budujących fabryki, które w ostatecznym rozrachunku miały produkować czołgi” w kraju wymęczonym i wynędzniałym po niedawno zakończonej II wojnie światowej. Idem, *Prześlona rewolucja. Ćwiczenia z logiki historycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2014, ss. 174–175.

działań personelu medycznego oraz wobec funkcjonowania przemysłu farmaceutycznego. Krytyka przybiera dwie formy. W pierwszej jest otwarcie eksplikowana w wypowiedzianych opiniach (ostatnio bywa nawet obelżywa¹⁷) i kierowana jest przeciw patologiom nierozwalnie związanym z każdym rodzajem ludzkiej aktywności. Ten rodzaj wydaje się zrozumiały i stosunkowo łatwy do opisanego w kategoriach korygowania nieuniknionych dysfunkcyjności każdego działającego systemu. W drugiej formie, krytyka jest obecna *implicite*. Reprezentuje się w niej antynaukowa wizja medycyny jako narzędzia kontroli i dominacji oraz swoistego technologicznego fatum, które kładzie się mrocznym cieniem na naturalnych mechanizmach zabezpieczających zdrowie i życie. W tej radykalnej formie podważane są same racje funkcjonowania medycyny w jej naukowej formule. Ambiwalencję w postawach wobec medycyny widać nawet w akcjach społecznych (takich jak np. akcja „Podziękuj medykom”), które w swych intencjach mają podkreślać fundamentalne i pozytywne znaczenie tej dyscypliny dla funkcjonowania zbiorowości, znaczenie, które w „normalnych” czasach bywa niedostrzegane, a ich wydźwięk potęguje tylko wrażenie chaosu w systemie i braku powagi w traktowaniu ochrony zdrowia. Kryzys społeczny wywołany pandemią choroby COVID-19 wypuklił więc przejawy sceptycyzmu, nieufności, a nierzadko

17 Przykładem takiej opinii obelżywej w formie była wypowiedź polskiego windsurfera Wojciecha Brzozowskiego w programie „Pytanie na śniadanie”, wyemitowanym 23 maja na antenie Programu 1 Telewizji Polskiej. Uczestniczący w niej lekarz został zmuszony do konfrontowania się z personalnym atakiem Brzozowskiego, który posługując się plotkami, insynuował, że lekarze wykorzystują cynicznie pandemię do zarabiania dodatkowych pieniędzy. <https://pytanienasniadanie.tvp.pl/48186197/medyczne-bzdury-wypowiedzane-przez-influencerow-gwiazdy-celebrytow?fbclid=IwAR2ge5ik7hcjYPOjHJnAOmKpLWu7SUFzHqbORUjawiVSkbobfx-oE4IWb3s> (dostęp: 2.06.2020)

otwartej wrogości wobec nauki, który dziś dotyka szczególnie medycyny.

W powyższym kontekście nie powinna jednak dziwić i zwodzić pozbawiona oporu łatwość i powszechność adaptacji na rodzimym polskim gruncie materialnych wytworów cywilizacji naukowej, a nawet entuzjizm towarzyszący konsumowaniu tych owoców (widoczny szczególnie w pokoleniu pamiętającym towarowe ubóstwo okresu realnego socjalizmu). Ten proces cechuje logika fenomenu *cabinets de curiosite*, przywoływanego przez Czarnowskiego w jego analizie. To rodzaj zapożyczeń, które polski socjolog nazywał zapożyczeniem o „charakterze peryferyjnym”, co rozumiał jako brak organicznej więzi między „systemem życia”, z której elementy są zapożyczone, a sposobem życia jednostek z grupy pożyczającej. Czarnowski przytacza przykład marokańskich szejków, którzy kupują samochody, a nawet uczą się je prowadzić, jednak techniczna funkcja podnoszenia standardów komunikacji jest dla nich drugorzędna wobec społecznej funkcji budowania autorytetu władzy, której to samochód w tym przypadku służył (Czarnowski, 1948, ss. 252–255). Ilustracja jest ciekawa, ponieważ również w Polsce samochód przez wiele lat był traktowany bardziej jako symbol prestiżu niż wynalazek ułatwiający życie codzienne. Stefan Kisielewski odnotował w swoich Dziennikach w roku 1970 następującą interesującą uwagę: (...) *Ktoś mi opowiadał, że kardynał Wyszyński bardzo nie lubi, jak księża mają auta; a znowu Gomułka nie lubi, gdy robotnicy mają auta. Czemu? Bo człowiek w aucie jest na chwilę wolny, nieosiągalny, wolny wolnością burżuazyjnie indywidualistyczną: jest poza społeczeństwem, poza narodem także* (Kisielewski, 1996, s. 417). Co istotne odmienność funkcjonalnego usytuowania pewnych elementów, np. właśnie technologii, nie musi oznaczać „zacofania” technologicznego. Stopień organizacji i skuteczność akcji terrorystycznych

przeprowadzonych w pierwszej dekadzie XXI stulecia (np. spektakularnego ataku na wieże WTC) mogą pokazywać nawet dużą i w swej istocie nowoczesną elastyczność w postępowaniu się pewnymi technologiami.

Czarnowski przywołał też znamienne wyjaśnienie, jakiego chory Murzyn udzielił lekarzowi-misjonarzowi: „to są lekarstwa ludzi białych, uzdrawiające białych; Murzynowi pomoc nie mogą – pomogą mu tylko lekarstwa murzyńskie”. Czarnowski komentuje: (...) *Murzyn w swoim wyobrażeniu przestałby być murzynem, gdyby ozdrowiał po europejsku, albo lekarstwo europejskie zabiłoby go, jeśli nie bezpośrednio, to pośrednio przez prowadzenie zamętu w świat mocy duchowych chorobotwórczych, którym jako Murzyn i człowiek społeczności murzyńskiej ulega* (Czarnowski, 1948, s. 274). Elementem dzisiejszej nieufności do nauki i medycyny jest ponownie ta sama słabość świadomości teoretycznej zdegradowanej przez pragmatyzm, którą zauważyli Max Horkheimer i Theodor W. Adorno, opracowując „*Dialektykę Oświecenia*”. I jak siedem dekad temu, słabość tę znamionuje zagadkowa gotowość technologicznie wychowanych mas, by poddawać się niepojętym absurdom, ale także wszelkim despotyzmom (Horkheimer i Adorno, 1994, s. 13). 🗨️

Dr n. hum. Rafał Mielczarek - doktor socjologii, absolwent Uniwersytetu Łódzkiego; socjolog specjalizujący się w problematyce kultury. Jego zainteresowania koncentrują się w szczególności na zagadnieniach socjologii i antropologii religii, wiedzy i komunikowania.
e-mail: rafal.mielczarek@umed.lodz.pl

Bibliografia

Afeltowicz Ł., Urbanowicz P. (2018). Zalew irracjonalności? Niekoniecznie. O zaufaniu do nauki i jej autorytecie rozmawiają Łukasz Afeltowicz i Piotr Urbanowicz, *Przegląd Kulturoznawczy*, 2/2018, 214–233.

Bacon F. (1825). *In Praise of Knowledge. Miscellaneous Tracts Upon Human Philosophy. The Works of Francis Bacon*, T. I, London.

Beck U., Giddens A., Lash S. (2009). *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bell D. (1983). Powrót sacrum? Tezy na temat przyszłości religii, *Aneks* 29–30/1983, 51–66.

Berger P. L. (1998). Sekularyzm w odwróceniu, *Res Publica Nowa*, 1/1998, 67–74.

Berger P., Zijderveld A. (2015). *Pochwała wątpliwości. Jak mieć przekonania i nie stać się fanatykiem*. Warszawa: Wydawnictwo vis-à-vis/Etiuda.

Blendon R. J., Benson J. M., Hero J. O. (2014). Public Trust in Physician – U.S. Medicine in International Perspective, *The New England Journal of Medicine*, 17/2014.

Bruce S. (2006). *Fundamentalizm*. Warszawa: Wydawnictwo Sic! S.C.

Bull M. (1988). The Medicalization of Adventism, *Spectrum*, 3/1988, 12–21.

Bull M. (1990). Secularization and Medicalization, *The British Journal of Sociology*, 2/1990, 245–261.

Carlson, R. J. (1975). *The end of medicine*. New York: John Wiley & Sons Inc.

Conrad P. (1992). Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, 18/1992.

Conrad P. (2005). The shifting Engines of Medicalization, *Journal of Health and Social Behavior*, 46/2005, 3–14.

Cybulska A., Pankowski K. (oprac.). (2018). *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*. Komunikat z badań Nr 97/2018. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.

Czarnowski S. (1948). Opory kultury. W: idem, *Kultura*, (s.248–276). Warszawa: Spółdzielnia Wydawnicza Książka.

Dobbeleare K. (2008). *Sekularyzacja. Trzy poziomy analizy*. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.

Fleck L. (1986). *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.

Fleck L. (2007). *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*. Sylwia Werner, Claus Zittl, Florian Schmaltz (red.). Warszawa: Wydawnictwo IFIS PAN.

Freidson E. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Gadamer H. G. (2011). Teoria, technika, praktyka. W: idem, *O skrytości zdrowia* (s.11–46). Poznań: Media Rodzina.

Habermas J. (1983). Postęp techniczny i społeczny świat życia. W: idem, *Teoria i praktyka*. Wybór pism. Warszawa: PIW.

Horkheimer M., Adorno T. W. (1994). *Dialektyka Oświecenia. Fragmenty filozoficzne*. Warszawa: IFIS PAN.

Illich I. (1975). *Medical Nemesis. Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.

Kautsch M. (2013). Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2/2013, 169–179.

Kisielewski S. (1996). *Dzienniki*, Warszawa: Wydawnictwo „Iskry”.

Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A Working Document*, Ottawa, Minister of Supply and Services Canada.

Leder A. (2014). *Prześlona rewolucja. Ćwiczenia z logiki historycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki politycznej.

Leszczyński A. (2013). *Skok w nowoczesność. Polityka wzrostu w krajach peryferyjnych 1943–1980*. Warszawa: Instytut Studiów Politycznych PAN, Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

Luckmann T. (1996). *Niewidzialna religia. Problem religii w nowoczesnym społeczeństwie*. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.

Mannheim K. (1986). *Myśl konserwatywna*, Warszawa: Kolegium Otryckie.

Omyła-Rudzka M. (oprac.). (2014). *Komunikat z badań. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, Nr 165/2014.

Omyła-Rudzka M. (oprac.). (2018) *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Komunikat

z badań Nr 89/2018, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2018.

Pixa W. (1904). *O krzyżującej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy. Przyczynek do historii kultury europejskiej*. Berlin: Wydawnictwo „Przewodnik Zdrowia”.

Rousseau J. J. (1956). Czy odrodzenie nauk i sztuk przyczyniło się do naprawy obyczajów. W: idem, *Trzy rozprawy filozofii społecznej*. Henryk Elzenberg (oprac.), (s.9–44). Warszawa: PWN.

Sasińska-Klas T. (2015). Zdrowie i opieka zdrowotna w odbiorze społecznym (w świetle badań opinii publicznej w Polsce w latach 2009–2014), *Zeszyty Prasoznawcze*, 2/2015, 301–318.

The Ottawa Charter for Health Promotion (1986)

Turner B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*, SAGE Publications.

Turner B. S. (2008). *The Body & Society. Explorations in Social Theory*. SAGE Publications.

Weber M. (2002). *Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*. Warszawa: PWN.

Wieczorkowska M. (2012). Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej, *Przegląd Socjologiczny*, 2/2012.

Wójta-Kempa M. (2017). Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny, *Przegląd Socjologiczny*, 1/2017, 83–105.

Zielińska K. (2009). *Spory wokół teorii sekularyzacji*. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.

Contemporary medicine – horizons of disenchantment and factors of disappointment

Abstract

The modern world has become the domain of the rationalization of life. Medicine took part in this process as an instrument of the rationalization of health protection. The process of rationalization stimulated technological progress but at the same time brought some cultural issues. A higher level of health and wellbeing was accompanied by medicalization of life. Hence, medicine went through its own disenchantment and came under the criticism of public opinion. However, the reason for criticism goes beyond the latest ambivalent outcomes of medical progress, such as medicalization. What is even more significant, the criticism highlights the very social and cultural essence of many current issues regarding medical practice. Medicine can be considered as an object of its own disenchantment as long as it shows some functional similarities to the domain of culture, for example religion. The article is a small contribution to reflection regarding the issue of social criticism of contemporary medicine in its modern scientific form.

Keywords: medicine, medicalization, disenchantment, secularization, social knowledge.