



Ideologia – edukacja – zdrowie. Rozważania o dyskursach zakazanych?

STRESZCZENIE

CEL NAUKOWY: Celem artykułu jest próba syntetycznego przedstawienia obszarów problemowych i wskazania zagadnień, jakie pojawiają się na horyzoncie określenia „Ideologia – edukacja – zdrowie”.

PROBLEMY I METODY BADAWCZE: Pytanie problemowe sformułowano następująco: jakie zagadnienia powinny być uwzględniane w społecznym (w tym pedagogicznym) namyśle wokół triady ideologia – edukacja – zdrowie? W artykule podjęto próbę określenia ram krytycznych dyskursów o zdrowiu oraz kierunków analiz (kontekstów) teoretycznych i zarysowania praktycznych odniesień we współczesnej problematyce z zakresu edukacji zdrowotnej. Zastosowano metodę analizy literatury oraz selekcji i rekonstrukcji treści w celu uzyskania syntezy omawianych zagadnień.

PROCES WYWODU: Realizacja celu i odpowiedzi na pytanie problemowe jest ujęta w procesie wywodu, na który składa się: wprowadzenie w zagadnienie, zaprezentowane analizy i refleksje (ujęte dwubiegunowo) dotyczące istoty, wzajemnych relacji, zależności pomiędzy ideologią, edukacją i zdrowiem (w aspekcie wolności i (do)wolności działań człowieka). Przedstawiono przykłady badań obrazujące niektóre kwestie tytułowego zagadnienia.

WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ: Refleksja nad podjętą problematyką wskazuje na wielowymiarowość analizowanego obszaru; prezentowane analizy i refleksje świadczą o zróżnicowaniu w obrębie badanej rzeczywistości, a przedstawione badania sugerują konieczność zmian w niektórych wymiarach/zakresach instytucjonalnej edukacji zdrowotnej.

WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE: Istnieje potrzeba przygotowania uniwersalnych opracowań o charakterze dyskursu krytycznego z zakresu ideologii zdrowotnej oraz konieczność projektowania wąskich programów realizowanych w instytucjach edukacyjnych. W obliczu nowych wyzwań (ale i zagrożeń) edukacyjnych, w warunkach ciągłej zmiany społeczno-zdrowotnej należy rozwijać wiedzę, umiejętności i kompetencje przede wszystkim młodego pokolenia w celu skutecznego podejmowania krytycznych dyskursów o przestrzeni ideologiczno-zdrowotnej.

→ **SŁOWA KLUCZOWE: EDUKACJA, IDEOLOGIA, ZDROWIE, DYSKURS**

ABSTRACT

Ideology – Education – Health. Reflections upon Forbidden Discourses?

RESEARCH OBJECTIVE: the goal of the article attempts to show area of interests in a holistic way as well to choose problems, which are resurfaced the triad "Ideology – education – health".

THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS: the main research problem concerns the question of which issues should be taken into account after social (pedagogical as well) reflection on the triad ideology – education – health? In the article, there is an attempt to develop the critical discourse frameworks for health as well as within ways of analysis (theoretical contexts), and to show some practical outcomes for contemporary health education issues. The article uses the method of the reference literature, selection and content analysis in order to gain the synthesis of problems being discussed in text.

THE PROCESS OF ARGUMENTATION: answers to the research questions and the main research goal are encompassed in the process of argumentation, which based on: introduction the problem, presentation of analysis and reflections (in a bipolar way) upon essence, mutual relationships, and relations between ideology, education and health (in the light of free choices made by humans and actions taken by them). It shows the examples of the research conducted on the main problem.

RESEARCH RESULTS: reflection upon the main problem shows a multidimensional space of interest, discussed analyses and reflections indicate diversity within the research realm, and the research suggests the change necessity for some dimensions of institutionalized health education.

CONCLUSIONS, INNOVATIONS AND RECOMMENDATIONS: there is a need to lay out research papers based on the critical discourse analysis on health ideology. Moreover, there is the necessity to design detailed statements of policy focused on educational institutions. In face of new educational challenges (threats as well), in the constant social health change, it is crucial to develop knowledge, abilities, and skills (and for young people in particular) necessary to enter into critical discourses within the health ideology space.

→ **KEYWORDS: EDUCATION, IDEOLOGY, HEALTH, DISCOURSE**

(...) troska o zdrowie nie powinna być treścią życia.

K. Jaspers (1993, s. 12)

Wymowa niniejszego artykułu (mającego charakter analityczno-refleksyjny) może przywołać na myśl tragiczne, uprzedmiotowione uwikłanie człowieka w matni rzeczywistości społeczno-kulturowej, a tym samym zdrowotnej. Jeżeli dodać do tego fakt, że jest on jednym z wielu podmiotów konstruujących i podtrzymujących m.in. substancję aksjologiczną społeczeństwa, a jego wpływ w ostatecznym rozrachunku okazuje się ograniczony, przesłanie jeszcze bardziej może napawać poczuciem bezradności i zagrożenia.

Człowiek włączony w tryby społeczno-kulturowej maszyny, poddany jednoznacznej uwadze jego instytucji kontrolno-ocennych, a wcześniej edukacyjno-medycznych (aksjologiczno-zdrowotnych), urzeczywistniający zastane wzorce kulturowe, jawić się musi jako podmiot o bardzo niewielkiej przestrzeni autonomii i decyzyjnej swobody. Ów fakt może zastanawiać, mając na uwadze współcześnie nader często i głośno artykułowane (przede wszystkim w obrębie nurtu liberalnego i lewicowego) żądania emancypacji, które rozlegają się z wielu miejsc społeczno-kulturowej struktury, będąc tam zarazem ideowym manifestem, wyrazem kontestacji, jak i zawołaniem o zauważenie grup poczytujących siebie za marginalizowane w społecznej dystrybucji zasobów, realnego wpływu na kształtowanie świadomości zdrowotnej (przede wszystkim zdrowia społecznego¹) i zdrowia pozytywnego².

Refleksja pierwsza. Zdrowie *versus* choroba jako intelektualne „wytrychy” edukacji?

Myślę, iż zasadna wydaje się teza, że według obowiązującej globalnie definicji zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia – jako dobrostanu biopsychospołecznego – żaden człowiek nie jest w pełni zdrowy. Z jednej strony, zdrowie jest narracyjnym konstruktem, a zatem i utopijnym ideałem niemożliwym do osiągnięcia. Z drugiej, współczesność charakteryzuje jednoznaczna tendencja, żeby wszystko to, co człowiek robi, powierzyć, którym oddycha, emocje, które przeżywa, produkty, które spożywa, analizować w kategoriach zróżnicowanego ryzyka zdrowotnego. Wachlarz możliwych zagrożeń, niebezpieczeństw, czynników kształtujących obraz zdrowia i choroby jest właściwie nieskończony. Poprzez życie w stanie permanentnego zagrożenia człowiek doświadcza bycia potencjalnie chorym. Ponadto, wskaźniki/ kategorie i normy medyczne nie tylko podlegają obiektywizacji w wyniku badań klinicznych, laboratoryjnych, ale również poprzez ukierunkowane i kontrolowane działania społeczno-kulturowe. Równolegle, z jednej strony, etykiety zdrowia i choroby nadawane przez nauki medyczne otrzymują status prawdy naukowej, przyczyniając się do ukrycia warstwy ideologicznej z jednoczesnym, skutecznym zamknięciem drogi na inne formy interwencji (w ramach np. tzw. medycyny ludowej, niekonwencjonalnej). Z drugiej zaś strony, każdego dnia kategorie zdrowie oraz choroba (w perspektywie aksjologicznej) stają się „obrazami” tworzonymi na rzecz potrzeb

¹ Zdrowie społeczne dotyczy relacji między jednostką a społecznością. Jego miarą jest stopień syntonii, czyli społecznego współbrzmienia (Syrek, 2000, s. 39; Kowalski i Gawęł, 2006, s. 28).

² *Positive health* – pozytywne zdrowie. Stan zdrowia będący czymś więcej niż tylko brakiem objawów chorobowych. Konceptje pozytywnego zdrowia zwykle dotyczą jakości życia i potencjału, jakim dysponuje człowiek. Składają się na nie samospełnianie oraz zdolność do aktywnego życia i twórczości. Pozytywne zdrowie jest bardziej związane z rozwojem niż prostym radzeniem sobie. Rozważania związane z pozytywnym zdrowiem w sposób oczywisty wykraczają poza tradycyjne zainteresowania medycyny, tzn. ochronę i przywracanie zdrowia. Stanowi ono centralne pojęcie w filozofii promocji zdrowia (Conrad i Schmitd, 1990).

i oczekiwań człowieka. Medycyna (a właściwie instytucje medyczno-farmaceutyczne) staje się instytucją kontroli społecznej, definiując strukturę i granicę bezpieczeństwa, normalności i patologii („nie ma zdrowych ludzi, a jedynie niezdiagnozowani”) w obszarze m.in. zachowań i potrzeb człowieka.

Jak zatem należy (czy też powinno się) analizować zdrowie i chorobę? Myślę, że wskazana jest co najmniej dwubiegunowa perspektywa opisowa.

Pierwsza podkreśla, że społeczno-kulturowe opisy zdrowia/choroby (w zakresie jego diagnozy, uwarunkowań, skutków itd.) wymagają ujęcia każdego tekstu w nawias epistemologiczny, zakładający, że tekst jest dokładnie taki, za jaki się przedstawia – czyli że jest merytorycznym, obiektywnym komunikatem naukowym. Należy więc założyć, że nie dostrzega się wpływów jakichkolwiek ideologii oddziałujących na oceny/opinie, opisy/formy prezentacji instytucji i podmiotów je formułujących. Świadomość zdrowotno-społeczna odbiorców komunikatów byłaby kształtowana poprzez dyskurs, w którym przede wszystkim widoczne byłyby motywy podmiotowo-pragmatyczne (osobowo-zdrowotne). Przy czym – co jest niezwykle istotne – zakłada się bardzo prostą społeczną dystrybucję takich motywów (są one do wyłącznej dyspozycji instytucji zdrowotno-ekonomiczno-medialnych: państwa, koncernów farmaceutycznych, mediów itd.). Społeczeństwo znajdowałoby się pod silnym dyktatem kół dysponujących kapitałem i uwarunkowaną nim kompetencją oddziaływania (zdolnością do jej społecznej transmisji) na społeczeństwo. Kształtowanie świadomości zdrowotno-społecznej człowieka przebiegałoby bez zakłóceń. Wolność od zniekształcających świadomość nacisków instytucji zdrowotno-ekonomiczno-medialnych byłaby więc tylko nieodłączną właściwością subiektywności komunikatów naukowych.

Powyższe motywy (podmiotowo-pragmatyczne [osobowo-zdrowotne]) można analizować z różnych perspektyw, np. ponowoczesności. Z. Bauman, jakkolwiek *implicite*, definiuje ponowoczesny sens – który ma się wyrażać w poszukiwaniu i czerpaniu przyjemności ze zmysłowych doznań. Warunkiem tych ostatnich jest sprawne ciało. W tym stwierdzeniu otrzymuje się wykładnię przeformułowanej koncepcji zdrowia. Wykładnię dość osobliwą – zdrowie jednostki to nie jej dobrostan cielesno-psychiczny, pełnia władz konstytuujących człowieczą jedność psychofizyczną, a – zdolność do doświadczania przyjemności. Im intensywniejsze i częstsze wrażenia, tym większy przyczynek do wnoszenia o zdrowiu człowieka. Paradoksalnie, wskutek apoteozy sfery zmysłowej człowiek zostaje zredukowany do wybiórczej funkcji ciała. Warstwa osobowości, nie wspominając o duchowej, sprowadza się do odpowiedniej gamy, należy podejrzewać, niewyszukanych doznań.

Koncepcja Z. Baumana zawiera w sobie szereg interesujących i doniosłych w skutkach twierdzeń czy postulatów. Z pewnością ciało ludzkie nie jest już własnością społeczną, zaś społeczeństwo nie występuje w roli decydenta w kwestii jednostkowego ciała i zdrowia (np. w wymiarze społecznym). Ciało stało się w konsekwencji własnością indywidualną, co jednak nie znaczy jeszcze, że niezależną od społecznego otoczenia swego życia:

Dłuta, szpachelki, gładziki i wszelkie inne przyrządy do ugniatania gliny i cyzelowania rzeźby są dostarczane społecznie (ściślej mówiąc, są w sklepach do nabycia), wraz z przepisami, modelami i rysunkami, jakie mogą wyobraźnię rzeźbiarza zapłodnić. Ale odpowiedzialność za zamysł i jego wykonanie spoczywa w pełni na barkach rzeźbiarza (który, będąc na domiar złego sam dla siebie gliną, odpowiada także i za jakość surowca) (Bauman, 1995, s. 85).

Społeczeństwo nadal wpływa na funkcjonowanie ciała i zdrowia społecznego. Czyni to już nie mocą decyzji własnej, a samego podmiotu, który żądając wrażeń, się nań orientuje.

Ponowoczesność wskazuje na koncepcję ciała ograniczonego jedynie do funkcji doznań zmysłowych, ciała, które nie wykracza poza obręb przyjemności. Uczucia wyższe, jeśli się pojawiają, muszą być tłumione. Tego wymaga nie tyle fizykalna natura ciała, ile oczekiwania, jakie to ciało „ma prawo” mieć względem swego środowiska życia. Człowiek, według tej propozycji, to atrakcyjna figura, „bodźcowana” przez środowisko w nadziei uzyskania przyjemności. To jednocześnie istota, której świadomość zawęża się do intencjonalnej zmysłowości. Nie wiadomo nic ani o sferze psychiczno-duchowej, ani umysłowej, ani też ich powiązaniach z ciałem. Konsekwentnie przemilczane skazywane są na niebyt. Pozwala to sądzić, że ponowoczesna wizja człowieka nie przewiduje istnienia niczego poza zmysłowym ciałem. Przyczyny tego stanu rzeczy upatruje się w zjawiskach podmiotowej relatywizacji wartości oraz zanegowania rozstrzygnięć o charakterze ontologicznym:

Aksjologiczny nacisk rzeczywistości obiektywnej, a więc i ciężar moralnych zobowiązań, zredukować można i złagodzić ucieczką w niewiedzę, apriorycznym założeniem o fikcyjności metafizycznych treści i rzeczy samych w sobie, tych nawet, jakie funkcjonują powszechnie u zdroworozsądkowych podstaw języka potocznego (Rodziński, 1998, s. 243-244).

Hedonistyczna wizja ciała, którą przedkłada Z. Bauman, przekreśla faktyczną podmiotowość człowieka w wyborze tego, co moralnie wartościowe. Realizacja wartości najniższych w aksjologicznej hierarchii przesądza o nieetyczności działań ponowoczesnego indywiduum.

Czy koncepcja antropologiczna, którą kreśli Baumanowska wizja ciała i zdrowia, pozostawia jeszcze miejsce na edukacyjną i edukowaną wolność w obszarze zdrowia?

Nie mniej istotna – z perspektywy powyższego – staje się kwestia transplantacji, która uznawana jest za jedną z najlepszych metod leczenia osób z niewydolnością organów. I tak, w kontekście propagowania transplantacji jako „narzucania zobowiązania” przez przedstawicieli instytucji zdrowotno-ekonomiczno-medialnych, ważna jest próba odpowiedzi na pytania: Do jakiego rodzaju refleksji bioetycznej się ona odwołuje? Czy do refleksji o charakterze pragmatyczno-społecznym (być może tylko z jedną wątpliwością moralną: oczekując na przeszczep, człowiek faktycznie oczekuje na śmierć drugiego człowieka)? Czy do refleksji o charakterze spekulatywnym? Zatem, ważne, na ile konieczne staje się w dyskusji nad problemami etycznymi wywołanymi rozwojem współczesnej medycyny transplantacyjnej odwoływanie się do założeń filozoficzno-antropologicznych, a na ile interesuje nas raczej dostarczenie szczegółowych wskazówek ułatwiających podejmowanie decyzji w konkretnych sytuacjach. B. Chyrowicz (2004, s. 110) pisze

niepokoją mnie bowiem gorące przynaglenia transplantologów do wyrażania zgody (nie-wyrażania sprzeciwu) na bycie dawcą niż dywagacje na temat neokanibalizmu. Rozumiem rozgoryczenie lekarzy, którzy chcieliby uratować czyjeś życie, ale nie mogą, bo brak jest dawców. Potrzebny do przeszczepu organ nie jest jednak wyprodukowanym przez firmę farmaceutyczną specyfikiem; jest organiczną częścią żyjących osób, jest po prostu „ich” – stąd, mimo przedmiotowego charakteru zwłok, powoływanie się na wyrażoną wcześniej zgodę dawcy jest dalece słuszne. Irytować można się na dostawców leków bądź na system opieki zdrowotnej, który utrudnia dostęp pacjentów do koniecznej terapii, nie na społeczeństwo, które nie wykazuje wystarczającej ofiarności. Potrzebę tej ofiarności można w różny sposób wskazywać, nie można jej nakazać. Lekarze nie mogą specyficznym lekarstwem w postaci organu swobodnie „dysponować” ani domagać się zwiększenia „podaży”. Do bycia darczyńcą nie można bowiem nikogo przymuszać, dar musi być dany w sposób wolny. Pacjenci, którzy umierają na skutek braku organów, nie umierają z winy skąpych dawców ani zirytowanych ich skąpstwem lekarzy; umierają na skutek dysfunkcji organizmu. Nie mamy prawa do niczyich organów. Pragnienie życia nie musi być złączone z oczekiwaniem czyjeś śmierci – chociaż związek przyczynowy jest tu oczywisty.

Dруга perspektywa analityczna wymagałaby odrzucenia wcześniej założonego nawiąsu epistemologicznego. Należy więc założyć, że tekst nie jest dokładnie taki, za jaki się przedstawia – czyli, że nie jest merytorycznym, obiektywnym komunikatem naukowym, lecz tekstem ideologiczno-propagandowym (tylko uzurpującym sobie status wypowiedzi naukowej). Tekst taki byłby więc wykorzystaniem niektórych motywów merytorycznych na rzecz silnie ideologicznej, biomedycznej argumentacji: o wyrażeniu określonego celu ideologiczno-zdrowotnym, zawierającym się w grupie tekstów propagandowych i poddanym silnej kontroli społeczno-zdrowotnej ze strony instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie ideologiczno-zdrowotne społeczeństwa. Tekst okazałby się zatem dyskursem ideologicznym.

Wydaje się, że owe teksty naukowe, jak również komunikaty ujęte w obszarze aktywności przedstawicieli nauk medycznych (nauki o zdrowiu) i społecznych (socjologia, psychologia i pedagogika zdrowia), ideologicznie ograniczają przestrzeń edukacji oraz wolność człowieka poprzez: sferę pojęciową (gdy język i definicje medyczne stosuje się do mówienia o danym problemie/zjawisku); sferę instytucjonalną (gdy różne instytucje wykorzystują medycynę do realizacji własnych celów, a ta pełni funkcję strażnika na usługach państwa czy koncernów farmaceutycznych); sferę interakcyjną (która jednoznacznie ujawnia się w interakcjach na linii personel – pacjenci/ władza – klienci) (Conrad, 1992, s. 209-232).

Związek nauka – ideologia zdrowotna zawiera się w pierwotnym pytaniu: czy można w ogóle mówić zasadnie o takich naukach społecznych (socjologia, psychologia i pedagogika zdrowia), ale również medycznych (np. nauki o zdrowiu), które działałyby poza ideologiami zdrowotnymi (nieideologicznie)? Precyzując: czy można mówić zasadnie o takich naukach społecznych, za którymi nie stałyby jednorodne treściowo, wyraźnie sformułowane, skodyfikowane w sposób zwarty ideologie (zorganizowane struktury ideologiczne w formie i treściach o charakterze zdrowotnym)? Pytanie dotyczyłoby więc takiej możliwej formuły nauk społecznych i medycznych, która opierałaby się jednorodnym treściowo i wyraźnie skodyfikowanym ideologiom. Wydaje mi się, że nie są

możliwe wspomniane nauki, które spełniają warunek tak rozumianej nieideologiczności (pozaideologiczności).

Powyższe analizy podkreślają dwie autonomiczne kategorie wiedzy o zdrowiu: wiedzę ideologiczną i wiedzę naukową. Frapujące jest pytanie o zależności pomiędzy nimi. Trzeba chyba odrzucić jako przedwczesny pogląd, że wiedza ideologiczna nie może się pokrywać choćby w części z naukową (pozaideologiczną). Ideologie, jak domniemywam, mają części wspólne z wiedzą osiąganą w nieideologicznych praktykach poznawczych nauki. Niektóre przekonania ludzi mogą być po prostu prawdziwe, choć nie przesądza to prawdziwości innych przekonań tych samych ludzi. Różne są prawdopodobnie przeszerzenie interferencji nauki i różnych ideologii oraz zakresy prawdziwości twierdzeń rozmaitych ideologii ze względu na twierdzenia przyjmowane w nauce. Przy czym ważne staje się ich usytuowanie w przestrzeni edukacyjnej i edukowanej (Kowalski i Falcman, 2011; 2012).

Czy zatem zasadne są pytania: Jaki wpływ na postrzeganie problemów zdrowotnych przez opinię publiczną, lekarzy i nauczycieli mają koncerty farmaceutyczne (chorobotwórczość komercyjna)? W jakim stopniu biologizacja problemów osobistych człowieka (np. medykalizacja seksualności) jest wynikiem ideologicznego postrzegania cielesności i zdrowia społecznego? Czy rozszerzanie kryteriów choroby (medykalizacja i psychologizacja nieśmiałości) jest przyczyną, czy skutkiem „ideologii indywidualizmu”? W jakim stopniu np. osteoporoza jest procesem medykalizacji „naturalnych” procesów życiowych?

Refleksja druga. Zdrowie i choroba jako kategorie edukacyjno-ideologiczne, obiektywne i prawdziwe?

Słowo „obiektywne”, które prezentują naukowcy z dyscyplin społecznych i medycznych (częściej w mowie, rzadziej w kontrolowanych wypowiedziach pisemnych), a przede wszystkim przedstawiciele instytucji zdrowotno-ekonomiczno-medialnych, jest czymś więcej niż konwencją językową. Jednoznacznie twierdzą, że nie chodzi tylko i wyłącznie o uzus językowy czy – co oznacza jeszcze mniej – nawyk językowy. Uważam za wielce prawdopodobne, że słowo „obiektywne”, jakkolwiek ma zapewne oparcie w konwencji językowej, dekonspiruje również społeczno-zdrowotne założenie o prawdziwości. Społecznie uważa się, że prawda istnieje i niektóre wypowiedzi są prawdziwe, inne nie. Używa się zdroworozsądkowych definicji prawdy i kryteriów prawdziwości (np. laickich koncepcji zdrowia³). To wszak chyba mniej istotne. Najważniejsze, że społeczeństwo

³ Laickie koncepcje zdrowia. Nieprofesjonalne koncepcje zdrowia kształtowane w toku zdobywania przez jednostki doświadczenia życiowego w określonym kontekście społeczno-kulturowym i określonych warunkach społeczno-bytowych. Ludzie pochodzący z różnych kultur odmiennie definiują zdrowie, np. dla Tajów zdrowie to tyle co szczęście, dla Malajów – tyle, co siła, zaś w kręgu kultury europejskiej zdrowie to najczęściej brak choroby. Wiele koncepcji zdrowia jest zależnych od wieku, płci i statusu społecznego, np. znaczenie sprawności fizycznej jako elementu zdrowia zmienia się wraz z wiekiem i może różnić się w przypadku kobiet i mężczyzn. Dobrze znane są

lokuje prawdę w swoim aparacie pojęciowym (jest kwestią do dyskusji, czy prawda, która pojawia się jako rzeczownik „prawda” i przymiotnik „prawdziwy”, jest tylko elementem językowym, czy też jest głębiej urefleksyjniana – i da się mówić o głębszej świadomości społeczno-zdrowotnej na temat prawdy: czy prawda symbolizowana jest głębiej niż na poziomie samej tylko konwencji językowej?). Chciałbym odpowiedzieć twierdząco na pytanie w nawiasie.

Społeczeństwo dysponuje zdroworozsądkową koncepcją prawdy o zdrowiu i chorobie (np. o przyczynach, skutkach, terapiach), która jest więc czymś więcej niż tylko elementem nieurefleksyjnianych praktyk językowych. Wydaje mi się, że słowo „prawda” jest definiowane jako „coś odpowiadające temu, jak jest naprawdę” (jako reprezentacja rzeczywistości pojawiająca się w wypowiedziach, których tematem jest rzeczywistość). Znaczyłoby to, że przymiotnik „prawdziwy” określa takie wypowiedzi, w których zawarta jest prawda lub – wyrażając to nietautologicznie – które reprezentują rzeczywistość taką, jaką ona jest. Wydaje mi się, że taka ogólnospołeczna koncepcja prawdy jest mocno zdroworozsądkowa i przypomina klasyczną koncepcję prawdy. Jest dla mnie równocześnie pewne, że społeczeństwo używa słowa „prawda” nie tylko jako elementu gry językowej, lecz że słowo to demaskuje społeczne przekonanie o istnieniu prawdy i możliwości wypowiedzi prawdziwych.

Jeśli społeczeństwo wierzy w wypowiedzi prawdziwe, znaczy to, że wierzy w wypowiedzi nieideologiczne bądź uważa, że niektóre ideologie są prawdziwe. Wydaje się wszak bardziej prawdopodobne, że to pierwsze – słowo „ideologia” ma raczej pejoratywne znaczenie. To, że wypowiedzi prawdziwe nie nazywa się ideologicznymi, nie oznacza wszak, że nie istnieje jakaś ideologia prawdy: zbiór stanowisk na tematy społeczno-zdrowotne, które uznawane są za prawdziwe, zaś składają się na pewną ideologię (mają łatwo rekonstruowalne założenia ideologiczne i elementy normatywno-aksjologiczne). Fakt, że społecznie nie nazywa się wypowiedzi prawdziwych ideologicznymi (i przesądza wszelkie ideologie jako z gruntu nieobiektywne), oznacza tylko, że słowo „ideologia” nie pojawia się w społecznej refleksji o prawdzie (jest traktowane jako fragment dyskusji na inny temat). Społeczeństwo ustala pewną konwencję (która nie jest urefleksyjniana), w której prawda antagonizuje z ideologią, zaś wypowiedzi prawdziwe z ideologicznymi. Nie jest to wszak tylko element strategii językowej, lecz pewne przekonanie społeczne (o istnieniu z założenia nieideologicznej prawdy i ideologiach, które, choć mogą być prawdziwe, to na ogół są tylko w części, całe zaś są mocno niepewne i wymagają rezerwy poznawczej). Metaforyzując, w świadomości społeczno-zdrowotnej i w codziennych praktykach konwersacyjnych jest miejsce dla prawdy słabo urefleksyjnianej, nietematyzowanej w codziennych doświadczeniach i rozmowach, jednak składającej się na dość silne przekonanie, którego broni się zwłaszcza w chwilach konfliktów o charakterze społeczno-zdrowotnym (czyli w sytuacjach, gdy przekonanie o nieideologicznej prawdzie staje się silnie widoczne?).

także różnice w koncepcjach zdrowia ludzi o wyższym i niższym statusie społecznym (zob. m.in.: Pill, 1991; Noack, 1991).

Należy zatem zapytać: czy da się wydzielić kategorii kwestii, dla których społecznie i zdrowotnie adekwatne jest pojęcie prawdziwości, i oddzielić je od hipotetycznych kategorii spraw, do których pojęcie to albo nie stosuje się wcale, albo musi być poprzedzone daleko sięgającą ostrożnością i pod określonymi rygorami?

Przykład pierwszy. Choroba psychiczna jako „prawdziwa” metafora (Pickering, 2006; Sontag, 1999). Pomimo powszechnej zgody na istnienie chorób psychicznych brak dziś jednoznacznej i niebudzącej wątpliwości definicji choroby umysłowej. I choć Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA) oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oferują konkretną definicję choroby psychicznej, to klasyfikacja i diagnostyka psychiatryczna bazuje raczej na obserwacji zachowań niż na wskazaniu tkwiącej u ich podłoża (psycho)patologii. T. Szasz (1984, 2003, 2007) – przedstawiciel krytycznej teorii psychiatrycznej, pisze, że nie mając podstaw organicznych, „choroba psychiczna” jest wyłącznie metaforą dla: 1) nieakceptowanych społecznie dewiacji; 2) zachowań, które są dla zbiorowości zagrożeniem; 3) podstawowych problemów życia oraz 4) psychicznych konsekwencji chorób organicznych. Jednocześnie przedstawiciele powyższego nurtu twierdzą, że trzy pierwsze przynależą do sfery moralnej, etycznej, społecznej, politycznej i filozoficznej, a nie medycznej. Natomiast ostatnią grupę konstituują zaburzenia neurologiczne, a nie umysłowe (umysł nie jest bowiem organem, lecz funkcją mózgu i jako taki nie może być chory). Pojęcie „choroba psychiczna” jest wyłącznie dogodnym narzędziem do opisu niepożądanych i nieakceptowanych społecznie myśli, uczuć i zachowań. Z tej perspektywy nazywanie ich „chorobą” jest jednak logicznym i semantycznym błędem (myśli, uczucia i zachowania nie mogą być chore i można je oceniać wyłącznie w kategoriach moralnych, etycznych, estetycznych lub politycznych, ale nie biomedycznych). Zatem koncepcja „choroby psychicznej” pozwala ukryć społeczno-ekonomiczno-medialne uwarunkowania leżące u podstaw emocjonalnych, „prawdziwych” problemów człowieka (samotność, ubóstwo, wykluczenie, brak sensu życia itd.). Dla T. Szasy (1984, 2003, 2007) psychiatria jest – w imię medycznej „prawdy” – instrumentem ograniczania wolności, kontroli i sprawowania władzy przez przedstawicieli ideologii społeczno-zdrowotnej.

Przykład drugi. Kreowanie „prawdziwych” stanów patologicznych (Kłós, Gromadecka-Sutkiewicz i Zysnarska, 2014, s. 382-388). Kontrowersje dotyczące zaburzeń psychicznych dotyczą nie tylko zamazywania różnicy między normalnością i patologią, ale również kreowania stanów patologicznych, czego przykładem może być *Social Anxiety Disorder* (SAD) – zaburzenie lęku społecznego. Historię tej choroby opisuje Christopher Lanew książce *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (2007). Zwraca on uwagę, jak m.in. nieśmiałość, fobia społeczna, osobowość unikająca i introwertyczna zostały przekształcone w zaburzenie lęku społecznego i jak z rzadkiego problemu stały się czymś, co może spotkać u niemal każdego człowieka. Naukowiec opisuje, w jaki sposób firma farmaceutyczna, producent leku Paxil przeciwko SAD, przewidziała i stworzyła popyt na swój produkt, zaczynając od edukowania dziennikarzy, konsumentów oraz lekarzy w celu zachęcania ich do diagnozowania i leczenia tego stanu (Kłós, Gromadecka-Sutkiewicz i Zysnarska, 2014, s. 386).

Warto również wskazać inne zjawisko zwane „sprzedawaniem chorób”, czy też „dostarczaniem chorób” (*disease mongering*), a polegające na przekształcaniu w problemy medyczne zwykłych dolegliwości, kłopotów osobistych, postrzegania łagodnych objawów jako poważne oraz zagrożeń jako choroby (Moynihan, Heath i Henry, 2002, s. 886-891).

Przykład trzeci. Genetyczne uwarunkowania chorób – „prawdziwa” kontrola człowieka i grup „ryzyka”. Wraz z rozwojem współczesnej genetyki (Rose, 1995, s. 380-382; Alper i Beckwith, 1993, s. 511-524) można zaobserwować dalsze poszerzanie władzy instytucji medyczno-ekonomiczno-medialnych (czy też władzy medycznej). Podkreślanie genetyki chorób – genetycznych uwarunkowań chorób, genetyki behawioralnej – dotyczącej zachowań i cech osobowości skutkuje tym, że zdrowie i choroba człowieka zostają zredukowane do poziomu molekuł i definiuje się je w kategoriach uwarunkowań genetycznych (a same różnice między podmiotami sprowadza się do ich kodów DNA). „Genetyzacji” społeczeństwa (Lippman, 1991, s. 15-50) towarzyszy stała tendencja do stosowania technologii genetycznych do rozwiązywania problemów zdrowotnych. W rezultacie można zaobserwować definiowanie coraz większej liczby zjawisk/ sytuacji o charakterze zdrowotnym w kategoriach genetycznych, przy jednoczesnym, jednoznacznym stosowaniu opartych na genetyce form kontroli człowieka (Conrad, 1997, s. 139-154; Nelkin i Tancredi, 1989; Strohmman, 2003, s. 169-191). Zatem, „obiektywna” i „prawdziwa” wiedza o „ryzyku” genetycznym umożliwia przesunięcie odpowiedzialności instytucji systemowych za zdrowie/chorobę na człowieka oraz umożliwia systemową kontrolę jednostek, ale i „grup ryzyka”⁴.

Zdrowie/choroba jako kategorie edukacyjno-ideologiczne i jednocześnie „obiektywne” oraz „prawdziwe” sprawiają, że naukowe desygnaty i diagnozy medyczne ograniczają wolność człowieka. Dominacja m.in. medycyny, psychiatrii i genetyki jest przy tym możliwa, gdyż integruje dwa pola władzy: anatomię ciała człowieka (perspektywa jednostkowa) i biowładzę (perspektywa populacyjna). Można jednoznacznie stwierdzić, że dochodzi do połączenia – z jednej strony pełnej dyscypliny indywidualnej, z drugiej zaś, regulacji społeczno-kulturowej.

⁴ Pragnę jeszcze raz podkreślić, że akcentowanie genetycznych predyspozycji chorób organicznych, zaburzeń psychicznych i zachowań ludzkich pozwala przesunąć odpowiedzialność za zdrowie z państwa (m.in. opieki medycznej) na społeczeństwo-człowieka (zdrowie czy choroba zależą zarówno od praw biochemicznych i genetycznych, jak i od osobistych wyborów?). Wielość, dostępność i powszechność informacji sprawia, że trudno być nieświadomym ryzyka, zaś bierność i obojętność uznaje się za przejaw nieodpowiedzialności. Dlatego też medycyna podkreśla ideę, że choroby można uniknąć, i obliguje w ten sposób człowieka do poszukiwania wiedzy i niwelacji ryzyka (wiedzy naukowej prezentowanej przez instytucje medialno-ekonomiczno-farmaceutyczne). Odwraca to jednak uwagę od społecznych uwarunkowań chorób i maskuje konieczność np. działań profilaktycznych. Zatem, zdrowie staje się synonimem moralnej kondycji człowieka! Kiedy ryzyko choroby przybiera charakter wewnętrzny, czy to w formie zachowań antyzdrowotnych, czy genetycznej ignorancji, genetyzacji towarzyszy moralizacja zdrowia. Wskazany, naczelny imperatyw nowoczesności podkreśla, że zdrowie jest wyrazem osobistej woli i charakteru, samokontroli i samodyscypliny. Sprawia to, że jednostki należące do „grupy ryzyka” mogą odczuwać kulturową presję do podjęcia odpowiednich działań, a także podlegać naznaczeniu, dyskryminacji i wykluczeniu w obliczu choroby, której w porę nie zapobiegły (zob.: Domaradzki, 2012, s. 1-18).

Powyższe przykłady odnoszą się do wspólnej kwestii: czy istnieje zbiór spraw objętych uniwersalną racjonalnością społeczno-zdrowotną? Czy powszechne kwalifikowanie spraw pod pojęcie prawdziwości grozi błędem przesunięcia kategoriałnego? Zatem, należy odpowiedzieć na pytanie: czy rozstrzygnięcia kwestii społeczno-zdrowotnych można określać jako prawdziwe, zaś same sformułowania tych kwestii – jako obiektywne? Interesuje mnie, *de facto*, odpowiedź na pytanie, czy istnieje taki zbiór zdań na silnie kontrowersyjne tematy społeczno-zdrowotne, który nie byłby dyskursem (czyli nie stanowiłby wypowiedzi współwarunkowanej czynnikami niemerytorycznymi). Interesowałaby mnie wypowiedź nieideologiczna. Chodzi o wypowiedź, która w obszarze społeczno-zdrowotnym nie zostałaby uznana za ideologiczną, a zatem w pełni akceptowaną w przestrzeni edukacyjnej i edukowanej.

Być może istnieje więc – jakkolwiek ją nazwać – „uśredniona” ideologia społeczno-zdrowotna: złożona ze stanowisk na rozmaite tematy społeczno-zdrowotne, co do których istnieje jawna bądź tylko milcząca zgoda znacznej części (większości) społeczeństwa. Stanowisk, które są aprobowane przez większość, jest zapewne wiele, choć aby nadać im walor względnie powszechnej aprobaty społecznej, trzeba by je formułować ogólnikowo. Wydaje się, że istnieje wcale niemały wachlarz stanowisk ideologicznych, które są elementem wspólnej świadomości społeczno-zdrowotnej większości społeczeństwa. Dla przykładu, kiedy mowa o działaniach edukacyjno-terapeutycznych dla pedofilów, nikt nie argumentuje, że wskaźnik ekonomiczny takich działań jest zbyt wysoki. Motywy ekonomiczne, jak i medialne, tak istotne dla dyskusji społeczno-zdrowotnej, stanowią wtórną perspektywę analityczno-refleksyjną. Nikt też nie nazywa postulatu działań edukacyjno-terapeutycznych dla pedofilów elementem dyskursu ideologicznego (choćby wyraża on określoną ideologię medyczną, prawną czy nawet moralną). Wydaje się więc, że istnieje pewna – jak chcę ją nazywać – „uśredniona” ideologia, złożona z podzielanych przez większość społeczną stanowisk, której ta społeczna większość nie nazywa ideologią. Takie ideologiczne *de facto* przekonania określa ona mianem obiektywnych...

Zatem, subiektywnie: w jakim stopniu zdrowie i choroba mogą być traktowane jako cechy jednostkowe, w oderwaniu od ich kontekstu ideologicznego (z perspektywy kulturowej, społecznej i środowiskowej) oraz jakie w relacji do tego powinny być cele i zadania edukacji zdrowotnej (promocji zdrowia w instytucjach edukacyjnych)? Obiektywnie: w jakim stopniu holistyczne ujęcia definicyjne zdrowia i choroby będą odzwierciedleniem: dalszego rozwoju psychofarmakologii; badań nad genomami wykorzystania terapii genetycznych; rozwoju nauk neurobiologicznych i cybernetycznych; rozwoju i upowszechniania się technologii związanych z nadzorem (na co składa się osobista kontrola nad swoim stanem fizycznym i umysłowym, zaawansowane sposoby diagnozowania kondycji zdrowotnych [głównie techniki obrazowania] i kontrola populacyjna [komputerowo przetwarzane bazy danych, dotyczące różnych wskaźników zdrowotnych, cech jednostkowych i zbiorowych, komunikacji i zachowań])?

Reasumując, jak sytuować edukacyjny dyskurs o zdrowiu, w toku którego młode pokolenie zostanie wprowadzane w naukowy sposób poznawania rzeczywistości (z założenia obowiązujące i przeważa w nim obiektywizm i rzeczowość wypowiedzi, poszukiwanie

prawdy)? Tym bardziej, że – z jednej strony – problematyka dyskursu o zdrowiu zdaje się istotna z wielu względów, przede wszystkim z tej racji, że nie sprowadza się tylko do komunikowania się podmiotów edukacyjnych, lecz znacząco warunkuje przebieg i rezultaty tego procesu. Z drugiej zaś – w aspekcie ideologii, o czym pisałem wcześniej – czy da się wydzielić kategorie kwestii, dla których społecznie i zdrowotnie adekwatne jest pojęcie prawdziwości i oddzielić je od hipotetycznych kategorii spraw, do których pojęcie to albo nie stosuje się wcale, albo musi być poprzedzone daleko sięgającą ostrożnością i pod określonymi rygorami („uśredniona” ideologia)? Warto w tym miejscu wskazać słowa brytyjskiego filozofa P.F. Strawsona (1994, s. 28) dotyczące próby uchwycenia i opisanego rzeczywistości:

Porzućmy ideę absolutnej prostoty pojęcia, porzućmy nawet ideę, że analiza musi zawsze postępować w kierunku większej prostoty. Wyobraźmy sobie zamiast tego model starannie rozplanowanej sieci, systemu powiązanych jednostek pojęć, tak że każdą jednostkę, każde pojęcie można należycie zrozumieć z filozoficznego punktu widzenia tylko przez uchwycenie jego powiązań z innymi, jego usytuowania w systemie – a może jeszcze lepiej, wyobraźmy sobie zbiór sprzężonych ze sobą tego rodzaju systemów.

Amerykański językoznawca B.L. Whorf (1982, s. 330) znamienne zwrócił uwagę na niebezpieczeństwa zagrażające procesom poznawczym ludzi, którzy zanadto ufają prostocie, podkreślającej m.in. formy i treści ideologii społeczno-zdrowotnej. Twierdził on bowiem, iż ograniczanie się do myślenia kategoriami języka standardowego prowadzi do zatracenia zdolności myślenia, która raz zagubiona, może nigdy nie zostać odzyskana (Whorf, 1982, s. 330).

BIBLIOGRAFIA

- Alper, J.S. i Beckwith, J. (1993). Genetic fatalism and social policy: The implications of behavior genetics research. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 66, 511-524.
- Bauman, Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika („Wykłady Kopernikańskie w Humanistyce”).
- Chyrowicz, B. (2004). Transplantologia wciąż kontrowersyjna. *Diametros*, 1, 104-112.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Conrad, P. (1997). Public eyes and private genes. Historical frames, news constructions, and social problems. *Social Problems*, 44(2), 139-154.
- Conrad, G. i Schmidt, W. (1990). Gesundheitsförderung/Healthpromotion. Glossar/Glossary. Investment in health. International Conference on Health Promotion, Bonn, 17-19 December.
- Domaradzki, J. (2012). Genetyka, prywatyzacja ryzyka i polityka kozła ofiarnego. *Diametros*, 32, 1-18.
- Jaspers, K. (1993). *Autobiografia filozoficzna*. Toruń: Wydawnictwo Comer.
- Kłós, J., Gromadecka-Sutkiewicz, M. i Zysnarska, M. (2014). Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku. *Hygeia Public Health*, 49(3), 382-388.
- Kowalski, M. i Falczman, D. (2011). *Fenomenologie: socjologia versus pedagogika. Przesłanki instytucjonalizowania się pedagogiki fenomenologicznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Kowalski, M. i Falczman, D. (2012). *Ideologie nauk społecznych – warianty interpretacyjne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kowalski, M. i Gawęł, A. (2006). *Zdrowie – Wartość – Edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lane, Ch. (2007). *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. New Haven: Yale University Press.
- Lippman, A. (1991). Prenatal genetic testing and screening: constructing needs and reinforcing inequities. *The American Journal of Law & Medicine*, 17(1-2), 15-50.
- Moynihan, R., Heath, I. i Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886-891.
- Nelkin, D. i Tancredi, L. (1989). *Dangerous diagnostics: The social power of biological information*. New York: Basic Books.
- Noack, H. (1991). Conceptualization and measuring health. Health promotion research. Towards a new social epidemiology. W: B. Badura i I. Kickbusch (red.), *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: WHO Regional Publications. European series No. 37.
- Pickering, N. (2006). *The metaphor of mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Pill, R. (1991). Issues in lifestyles and health: lay meanings of health and health behavior. W: B. Badura i I. Kickbusch (red.), *Health promotion research. Towards a new social epidemiology*. Copenhagen: WHO Regional Publications. European series No. 37.
- Rodziński, A. (1998). *Na orbitach wartości*. Lublin: Redakcja Wydawnictwa KUL.
- Rose, S. (1995). The rise of neurogenetic determinism. *Nature*, 373, 380-382.
- Sontag, S. (1999). *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafora*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Strawson P.F. (1994). *Analiza i metafizyka. Wstęp do filozofii*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Strohman, R.C. (2003). Genetic determinism as a failing paradigm in biology and medicine: implications for health and wellness. *Journal of Social Work Education*, 39, 169-191.
- Syrek, E. (2008). *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Szasz, T. (1984). *The therapeutic state. Psychiatry in the mirror of current events*. Buffalo, New York: Prometheus Books.
- Szasz, T. (2003). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi, Auckland: Harper Perennial edition.
- Szasz, T. (2007). *The medicalization of everyday life: Selected essays*. Syracuse/New York: Syracuse University Press.
- Whorf, B.L. (1982). *Język, myśl i rzeczywistość*. Warszawa: PIW.

Copyright and License



This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>