

JAROMIR JESZKE

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

KONCEPCJE CHOROBY W HISTORYCZNYCH STRUKTURACH NARRACYJNYCH

Abstract

The definition of disease differs in various cultural and historical environments and is a part of the “vision of the world and of man”. In the modern era, one can speak about the successive changes in the ideals of science, including the medical sciences, designing subsequent modifications of the understanding of disease. Different possible approaches, cultural, anthropological, and medical, use distinct language and metaphors to present the concept of illness.

Key words: concept of illness, medical historiography, medical anthropology, pathogenesis, pathocenosis, salutogenesis

Słowa kluczowe: koncepcja choroby, historiografia medyczna, antropologia medyczna, patogeneza, patocenoza, salutogeneza

Koncepcje choroby uwikłane są w różnorodne relacje o kulturowym charakterze, osadzone wewnątrz właściwej każdej epoce historycznej i każdemu kręgowi kulturowemu „wizji świata i człowieka”. Poszczególne epoki w dziejach kultury definiowały zatem chorobę odmiennie, dotyczy to także współczesnych kręgów kultur pozaeuropejskich. W dobie nowożytnej można mówić już o następujących po sobie zmianach ideałów nauki, w tym nauk medycznych, projektujących kolejne modyfikacje rozumienia choroby. Jak zauważa Jan Domaradzki, „definicje zdrowia i choroby stanowią niezbędny krok w formułowaniu i rozumieniu teorii naukowych: wpływają na przedmiot badań, dobór argumentacji, sposób stawiania hipotez, ich weryfikacji i wyjaśnienia. Określają sposób doboru badanej próby i budowę modeli teoretycznych. Służą organizowaniu i porządkowaniu istniejącej wiedzy. Umożliwiają komunikację i rozumienie w świecie nauki. Wyznaczają także cele medycyny i wpływają na

rodzaj opieki, jaka świadczona jest pacjentom”¹. A historyk nauki wie, że są to konstrukcje historyczne, kulturowo zmienne.

Oznacza to odmienny w różnych społecznościach zakres i charakter medykalizacji zachowań społecznych i procesów terapeutycznych. Konsekwencją tego zjawiska bywają trudności z interpretacją zachowań zdrowotnych odmiennych kultur, także tych z przeszłości, gdy ustalenia własne w tej mierze uważane bywają za uniwersalne. Tworzy to istotne bariery w komunikacji międzykulturowej w procesie prowadzenia polityki zdrowotnej przez rządy i organizacje międzynarodowe, gdy koncepcje choroby definiowane przez medycynę akademicką rozmiągają się z jej postrzeganiem przez społeczności lokalne. Tworzy to również konieczność poszukiwania na tym gruncie swoistego obszaru „niesprzeczności kulturowej”. Nierozumienie tych mechanizmów miało w przeszłości negatywne skutki, np. w postaci braku efektów projektów realizowanych przez Światową Organizację Zdrowia na obszarach Afryki czy Azji po II wojnie światowej, a w badaniach terenowych stosowanie narzędzi badawczych niedostosowanych do cech badanej kultury medycznej.

Rozważenie problemu koncepcji zdrowia i choroby w badanej kulturze jest zatem kluczowym elementem badań historyczno-medycznych i etnomedycznych. Nieuwzględnienie tego postulatu stawia badacza w roli cenzora kultury badanej z perspektywy własnej. Stąd wśród antropologów, socjologów i historyków medycyny koncepcja choroby rozumiana jest od szeregu już dekad na dwa sposoby: jako pojmowanie choroby w danej kulturze i jako dysfunkcja ludzkiego organizmu. Ta ostatnia jest obszarem wspólnym dla wielu koncepcji choroby. Próbuąc uporządkować narrację w tym zakresie Włodzimierz Piątkowski wraz z grupą polskich socjologów zaproponował termin „lecnictwa niemedycznego”, rezerwując pojęcie „medycyna” dla jej akademickiej wersji². Historyk nauki znowu dodać musi uwagę o historyczności i zmienności standardów racjonalności w naukach medycznych, a więc także „medycyny akademickiej”. To zaś w konsekwencji oznacza zmienny historycznie zakres praktyk „niemedycznych”. Wewnątrz koncepcji zdrowia i choroby obecne są standardy racjonalności postępowania terapeutycznego i one wyznaczają granice między leczniczymi działaniami o charakterze medycznym czy niemedyycznym (by użyć nomenklatury W. Piątkowskiego) w badanej kulturze. Te złożone relacje decydują o konieczności badań nad koncepcją choroby już u początków studiów nad przeszłymi lub współczesnymi kulturami medycznymi, ich egzemplifikacjami oraz podstawowym znaczeniem. Można zaryzy-

¹ J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 10/1, 2013, s. 23.

² W. Piątkowski, *Lecnictwo niemedyce w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*, Lublin 2008.

kować twierdzenie, że im bardziej zaawansowana jest refleksja nad koncepcją zdrowia i choroby w początkowych fazach projektowania badań nad jakimś obszarem studiów historyczno-medycznych, tym wyższa może być ich jakość.

Szkicowo zarysowany spłot uwarunkowań, jakie wpływają na obecność wizji zdrowia i choroby w narracjach historycznych, wymaga szerszej analizy. Szczególnie, że ujęcia tego zjawiska przyjęte wśród socjologów i antropologów medycznych nie zawsze znajdują swoje odzwierciedlenie w strukturach narracyjnych historyków parających się dziejami zdrowia, choroby, medycyny. A środowisko tych dziejopisów nie jest jednorodne. Badacze wywodzący się ze środowisk medycznych mają tendencję do wykorzystywania współczesnych im pojęć i definicji oraz standardów racjonalności naukowej w interpretacji przeszłości. Zawodowi historycy, coraz częściej zajmujący się dziejami zdrowia i choroby, co nie zawsze oznacza, że medycyny, na ogół akceptują fakt osadzenia koncepcji zdrowia i choroby wewnątrz kulturowo uwarunkowanej wizji świata i człowieka danej epoki historycznej. Zauważają także niekiedy, że standardy racjonalności naukowej, teorie czy doktryny medyczne są zależne od kulturowo i historycznie uwikłanej koncepcji choroby, a także od właściwego tej epoce ideału nauki. Nie oznacza to bynajmniej swoistej dwoistości w dyskursach historycznych. Można raczej zaobserwować różnorodność interpretacji tej kluczowej dla rozważań historyczno-medycznych idei. Stanowi ona oś narracji i decyduje ostatecznie o zaprezentowanym przez historyka kształcie obrazu zdrowotności i medycyny wybranej epoki. Z jednej strony istniejąca różnorodność interpretacji zjawiska choroby, a więc także i zdrowia, wywołuje wielość niespójnych obrazów przeszłości. Z drugiej jednak wiele pojęć wypracowanych przez nauki humanistyczne i medyczne nie zostało dotąd wykorzystanych w szerszym zakresie przez historiografię medyczną. Badacze zdrowotności są zatem uwikłani w szereg sporów terminologicznych, właściwych nie tylko ich specyficznemu obszarowi studiów.

Marcin Moskalewicz zauważa w tym kontekście za Krystyną Zamiarą, że „chorobę w ogóle można określić mianem głównej, metafizycznej przesłanki kształtującej praktykę leczenia. Jest ona jednocześnie kategorią kulturową, obiektem o charakterze mentalnym, podlegającym różnorodnej werbalizacji i niosącym ze sobą historycznie i kulturowo zmienne sensy”³. Analizując koncepcje zdrowia i choroby w historycznych strukturach narracyjnych, można, jak sądzę, wykorzystać także pogląd Wojciecha Wrzoska głoszący, że:

Metafory dominujące w danej kulturze, w tym i te, które fundują daną dziedzinę nauki, w pewien sposób „modelują” dziedzinę badaną. Dzięki głębokiemu zakorzenieniu w kulturze „neutralizują się” i wreszcie — obiektywizują się w myśleniu interpretatora. Oznacza to,

³ M. Moskalewicz, *Choroba w perspektywie fenomenologii hermeneutycznej*, w: *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań 2012, s. 96.

że w sposób niekontrolowany sterują interpretacją zjawisk. Wyrażenia metaforyczne narzucają więc określone rozpoznanie świata, stają się swego rodzaju modelami heurystycznymi. [...] Tak np. metafory wzięte z potocznego doświadczenia antropomorfizują rzeczywistość badaną, wzięte z mechaniki zaś mechanicyzują rzeczywistość, z fizyki — fizykalizują itp.⁴

Przypisaną przez Wrzoska rolę pełnią często w historiografii medycznej pojęcia stanowiące składową współczesnego dziejopisowi paradygmatu medycznego. Zatem ważne dla jego kultury medycznej metafory „w sposób niekontrolowany sterują interpretacją zjawisk” w konstruowanej przez niego narracji historycznej, w analizowanym tu przypadku tyczącej koncepcji choroby.

Antropolodzy kulturowi zajmujący się obszarem etnomedycyny zaadaptowali do swych studiów parę terminów utworzonych przez amerykańskiego lingwistę Kennetha L. Pike’a *emic/etic*, gdzie *emic* oznacza badanie danej kultury od strony jej użytkowników, *etic* zaś z pozycji zewnętrznego obserwatora. Generuje to określone trudności interpretacyjne, gdyż lokalność, np. idei dotyczących zdrowia i choroby, ogranicza znacznie możliwość studiów porównawczych. W kontekście wykorzystania terminu *etic* Anna Szyfer zwraca natomiast uwagę, że „jest nieprecyzyjne, bo ‘zewnętrzne’ może się odnosić tak do badacza, jak i ‘obrazu’ analizowanych zjawisk przez właściwą badanemu społeczność. Może też [...] odnosić się do książkowej wiedzy. Jak widać badacz ma tu duży problem: co ma być podstawą analizy i syntezy”⁵. Kształtowanie się antropologii medycznej jako samodzielnej dyscypliny przyniosło anglojęzyczne rozróżnienie na *disease* rozumianą jako patologię organizmu, *illness* pojmowaną jako indywidualne doświadczanie choroby, jej subiektywny wyraz i wreszcie *sickness* jako jej wymiar społeczny⁶. Marcin Moskalewicz zwraca jednak uwagę, że:

Z perspektywy niewątpliwych osiągnięć nowoczesnej, obiektywizującej biomedycyny głównego nurtu, tego rodzaju dystynkcje mogą zostać uznane za rodzaj poznawczego relatywizmu. Ponadto mogą zostać odrzucone z tej racji, że choroba jako *illness* i choroba jako *sickness* zinterpretowane zostaną jako zjawiska wtórne wobec pierwotnego — materialistycznego, bezosobowego, i rzekomo obiektywnego — ujęcia klinicznego. Nie zostaną zatem uznane za równoprawne formy tego samego zjawiska⁷.

Współczesna antropologia medyczna wręcz „podjęła się — jak uważają D. Penkala-Gawęcka, I. Main i A. Witeska-Młynarczyk — krytycznej dekonstrukcji

⁴ W. Wrzosek, *Historia — kultura — metafora. Powstanie nieklasycznej historiografii*, Wrocław 1995, s. 43–44.

⁵ A. Szyfer, *Kulturowe światy wsi polskiej. Eseje*, Poznań 2017, s. 105.

⁶ D. Penkala-Gawęcka, *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze*, w: *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wrocław 2008, s. 229–230.

⁷ M. Moskalewicz, *op. cit.*, s. 97.

dominującego dyskursu biomedycyny, tworzącego między innymi koncepcje ciała zdrowego i chorego”⁸.

Taka perspektywa bliska jest postrzeganiu przeszłości przez kulturoznawczo zorientowanych historyków, akceptujących trzy swoiste „filtry”, wpływające na narrację historyczną — filtr autora źródła narracyjnego, postrzegającego zachodzące wydarzenia z perspektywy własnego wyposażenia kulturowego i swoich doświadczeń, filtr historyka interpretującego źródło narracyjne z perspektywy własnej kultury, najczęściej odległej od tej, którą reprezentuje autor źródła i, wreszcie, filtr kultury czytelnika, również nie zawsze tożsamej z kulturą historyka — traktujących zatem historiografię jako autorefleksję kultury poznającej⁹.

Rozważyć jednak należy, w jakim zakresie inspiracje antropologiczne i socjologiczne, stanowiąc niewątpliwie kontekst dyskursu poświęconego ujęciu choroby, przenikają do narracji historycznych. Tych kreowanych przez dziejopisów lekarzy i konstruowanych przez zawodowych historyków. W tym ostatnim przypadku warto zwrócić uwagę na dorobek Bożeny Płonki-Syroki zarówno w postaci jej własnych tekstów, jak również redagowanych przez nią serii wydawniczych, gdzie mocno akcentowana jest perspektywa antropologii wiedzy. Interpretując ważne dla historyka inspiracje etnologiczne, wskazuje ona, iż:

[...] wystarczy pod jedną z podstawowych dla antropologii kulturowej figur Innego (konstruowaną na podstawie badań terenowych) podstawić Innego — Jednostkę Historyczną (konstruowaną na podstawie źródeł historycznych), aby zrozumieć zainteresowanie historyków nauk przyrodniczych inspiracjami możliwymi do czerpania z antropologii. Wspólne było w obu przypadkach postrzeganie własnej perspektywy poznawczej w sposób wolny od etnocentryzmu, a także ujęcie podmiotu poznającego i jego atrybutów. I historyk, i antropolog w swojej praktyce badawczej, zgodnie ze współczesnym standardem tych dyscyplin, powinien zmierzać do stworzenia tzw. narracji rozumiejącej, prowadząc badania w taki sposób, by uzyskać najlepszy dostęp do świadomości Innego, którego badają, oraz praktyk, które ów Inny wykonuje zgodnie ze swoim rozumieniem świata. I historyk, i współczesny etnolog zdają już sobie wyraźnie sprawę, że w każdej z tego rodzaju rozumiejących rekonstrukcji znajdują się elementy ich własnej świadomości poznawczej, kategoryzującej strumień informacji, który do nich dociera [...] ¹⁰.

[...] Podmiotowe doświadczenie choroby [pisze gdzie indziej Bożena Płonka-Syroka — J.J.] jest bowiem zawsze wpisane w określoną kulturę, która narzuca ramy poznawcze obserwa-

⁸ D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk, *Wprowadzenie*, w: *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii...*, s. 13.

⁹ J. Pomorski, *Historiografia jako autorefleksja kultury poznającej*, w: *Świat historii. Prace z metodologii historii i historii historiografii dedykowane Jerzemu Topolskiemu z okazji siedemdziesięciolecia urodzin*, red. W. Wrzosek, Poznań 1998, s. 375.

¹⁰ B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze. Studia z antropologii wiedzy*, Wrocław 2013, s. 29–30.

cją, co sprawia, iż te same objawy mogą być w jednej kulturze definiowane jako pojedyncze choroby, w innej są grupowane w zespoły objawów, które otrzymują dopiero łącznie status choroby, podczas gdy jeszcze w innej mogą nie tylko nie być zaliczone do objawów chorobowych, lecz być postrzegane jako dowód nadprzyrodzonych zdolności jednostki, jej szczególnej charyzmy lub świadectwo kontaktu z rzeczywistością o charakterze metafizycznym. To kulturowy przekaz przyswajany przez jednostkę w procesie wychowania decyduje, czy dany objaw jest w ogóle postrzegany jako chorobowy i czy w związku z tym wiąże się z cierpieniem tej jednostki nie tylko o charakterze psychicznym lub fizycznym, lecz także społecznym. To, czy i w jakim stopniu dany objaw/zespół definiowany jest w danej kulturze jako „choroba”, wyznacza bowiem status osoby doświadczającej tego objawu/zespołu objawów jako osoby „chorej” i określa sposoby dalszego postępowania tak „chorego”, jak i społeczności, w której ów „chory” żyje względem jego osoby¹¹.

Akceptując przywołane poglądy wrocławskiej uczoney, należy jednak zwrócić uwagę, że antropologia historyczna, w obrębie której odnaleźć mogą swoje miejsce rozważania o konstrukcji wizji zdrowia i choroby w przeszłości, nie stanowi bynajmniej jednego z dominujących nurtów współczesnej polskiej historiografii. Bywa uprawiana w środowiskach historyków zainteresowanych teoretyczną refleksją nad warsztatem badawczym historyka, włączając do tej grupy niektórych nielicznych, teoretycznie zorientowanych historyków nauki. To w tym gronie pewną dozę akceptacji zdobywa zdefiniowana przez Wojciecha Wrzosa nieklasyczna historia nauki, która zdaniem badacza „poszukuje swych interpretansów poza nauką, w uwarunkowaniach kolektywnego myślenia, w jej kontekście kulturowym, w społecznych uwikłaniach. [...] Potraktowanie nauki jako nieautonomicznej rzeczywistości kulturowej to [...] podstawowa różnica, jaka zachodzi między nieklasyczną a klasyczną jej historią”¹². Od 2011 r. wychodzi, publikowany w Toruniu, „Rocznik Antropologii Historii”, wzmacniając nieco krąg zwolenników myślenia antropologicznego wśród historyków. W polskich warunkach poglądy te mają jednak wciąż charakter postulatywny, a „antropologizowanie historii” nie należy w polskich warunkach do głównych nurtów historiografii. Podejmowane studia z historii zdrowia i choroby w wybranych epokach historycznych, gdzie określenie koncepcji choroby ma fundamentalne znaczenie, rzadko tylko prezentują świadomość badawczą tego problemu, jaka przebiega z wypowiedzi Bożeny Płonki-Syroki. Częściej przybierają postać historii klasycznej, gdzie koncepcja choroby postrzegana bywa zdroworozsądkowo. Studia nad postacią chorób w określonej epoce historycznej i ich kulturową interpretacją są dla zawodowego historyka, parającego się problematyką medyczną, szczególnie ważne także dlatego, że znacznie czę-

¹¹ Eadem, *Medycyna alternatywna w perspektywie antropologii historycznej*, w: *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, red. W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wrocław 2008, s. 31–316.

¹² W. Wrzosek, *O myśleniu historycznym*, Bydgoszcz 2009, s. 99.

ściej porusza się on po obszarze zachowań społecznych i ich konsekwencji. Mniej uwagi poświęca natomiast technicznym aspektom praktyk leczniczych i towarzyszącym im technologiom, gdyż po prostu nie dysponuje wystarczającymi kompetencjami do studiów tego rodzaju. Ale to właśnie lawinowy rozwój technologii medycznej w dobie ostatnich dwóch stuleci w istotny sposób korygował konstrukcję pojęcia „choroba”.

Przywołana wyżej Bożena Płonka-Syroka wskazała nowe zjawisko społeczne, z wolna pojawiające się także w obszarze historiografii medycznej:

Wprowadzony przez proces medykalizacji choroby model relacji terapeutycznej, eliminujący osobę chorą i jej egzystencjalne odczucia z pola zainteresowania lekarza oraz jego emocjonalnej troski, budzi rosnący sprzeciw pacjentów, którzy mimo niewątpliwych sukcesów współczesnej medycyny czują się pozbawieni osobowego aspektu tej relacji, zastąpionego przez aspekt techniczno-profesjonalny. [...] W dwudziestym stuleciu, a szczególnie w jego drugiej połowie, sprzeciw ten uległ znaczącemu nasileniu. Nie doprowadziło to wprawdzie do zmiany standardu uznawanego we współczesnej medycynie klinicznej za obowiązujący, jednakże przyczyniło się do coraz pełniejszego sprecyzowania zakresu niezaspokojonych potrzeb pacjentów i do podejmowania przez nich prób otwartego wyrażania swoich oczekiwań. Zjawisko to jest już na tyle nasilone, że znalazło się w polu zainteresowania współczesnej historiografii medycyny, która dostrzega, że pojmowanie choroby wyłącznie lub przede wszystkim w kategoriach medycznych jest niewystarczające¹³.

Wskazany przez uczoną niedosyt interpretacyjny, choć płodny intelektualnie, nie okazał się jednak na polskim gruncie czynnikiem wystarczającym do wykreowania nowej metafory dominującej w jakichś nurtach historiografii medycznej. Choć należy zauważyć, że istniały ku temu dogodne warunki. Na przełomie minionego i bieżącego stulecia pojawiła się wizja medycyny humanistycznej, integracyjnej, której „twarzą” był prof. Julian Aleksandrowicz (1908–1988), także wielki zwolennik profilaktyki ekologicznej.

Zdrowie [pisał ów krakowski uczyony] jest dla mnie przede wszystkim sprawą wyboru wartości moralnych, wymaga ono przeto rozwoju wrażliwości etycznej. Chorobą natomiast nazywam nieproporcjonalne do wieku uszkodzenie struktury i funkcji narządów lub zespołu narządów ciała. Tak rozumianej chorobie towarzyszy zazwyczaj, choć nie zawsze, cierpienie, a więc niedobór subiektywnego poczucia sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej, które to poczucie nazywam zdrowiem. Stąd też wywodzi się [...] „ekologiczne” rozumienie dobra i zła. Bo za dobre uznaję te formy współżycia ludzi, które sprzyjają zdrowiu, za złe natomiast — te, które przeciwstawiają się zdrowiu¹⁴.

Aktywnie działała też na rzecz humanizacji medycyny tzw. Polska Akademia Medycyny, zrzeszająca w ostatniej dekadzie XX w. wybitne postacie ówczes-

¹³ B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, w: *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, red. B. Płonka-Syroka (*Studia z dziejów kultury medycznej*, t. 4), Wrocław 2001, s. 4–5.

¹⁴ W. Osiatyński, *Rozmowy z uczonymi polskimi*, Warszawa 1988, s. 216–217.

snego świata polskiej medycyny (Adam Bilikiewicz, Henryk Gaertner, Kornel Gibiński, Kazimierz Imieliński, Jacek Juszczyk, Jan Nielubowicz, Jerzy Stroynowski, Tadeusz Tołłeczko, Jerzy Woy-Wojciechowski i wielu innych) i zapraszająca do swojego grona znanych lekarzy z zagranicy, w tym laureatów Nagrody Nobla¹⁵. U progu bieżącego stulecia zarysowane tu nurty refleksji traciły jednak już na znaczeniu. Ukazanie mechanizmów tego zjawiska wymagałoby oddzielnego opracowania, jednak można uznać je za jeden z powodów braku szerszej recepcji holistycznego, integracyjnego postrzegania choroby w strukturach narracji historyczno-medycznych.

Wizja choroby dziejopisów wywodzących się ze środowisk medycznych, najczęściej lekarskich, jest zgoła odmienna. Dominuje tu bowiem perspektywa patogenezy, określająca strukturę narracji historyczno-medycznej zarówno w zakresie identyfikacji i charakterystyki choroby, niekiedy z wykorzystaniem współczesnych historykowi medycyny narzędzi teoretycznych, jak i praktyk leczniczych i zapobiegawczych. Takie usytuowanie koncepcji choroby w strukturach narracyjnych ma na gruncie polskim długą tradycję. Wynikało z przekonania, obecnego już u XIX-wiecznych dziejopisów, o kluczowej roli patologii w kształceniu medycznym, gdzie historia medycyny stanowiła naturalne zaplecze tego procesu edukacyjnego. We wczesnym okresie kształtowania się polskiej historiografii medycznej, począwszy od 1809 r., wykłady z tej dziedziny powierzano niekiedy profesorom patologii. Nie było wówczas niczym niezwykłym łączenie przez wykładowcę kilku przedmiotów. W 1825 r., przy okazji reformy Uniwersytetu Warszawskiego, utworzono nawet katedrę patologii ogólnej i historii medycyny, powierzoną Wincentemu Szczuckiemu¹⁶. Takie związki instytucjonalne można było zaobserwować także później.

Myślenie „patogenezą” zakonserwowane zostało przypisaniem historii medycyny ważnej roli w służbie nauczania metodologii lekarskiej. Ta funkcja dydaktyczna będzie cechą historiografii historyczno-medycznej także później. Józef Oettinger, pierwszy habilitant z tej dziedziny z 1869 r., wskazywał, że „tam znajdziemy ciekawe opisy chorób, które już zagięły na zawsze. Z dzieł dawniejszych lekarzy wyczytujemy ważne zmiany, jakim niektóre choroby ulegały w ciągu długiego pasma lat, skąd wolno nam wnosić o dalszych kolejach takich niemocy”¹⁷. W wydawanej na przełomie XIX i XX w. przez Zygmunta Kramsztyka „Krytyce Lekarskiej” właśnie określenie istoty choroby stanowiło fundament prezentowanego tam programu historyczno-medycznego, wiążąc ją,

¹⁵ Zob. *Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia*, red. K. Imieliński, Warszawa 1994.

¹⁶ J. Jeszke, *W poszukiwaniu paradygmatu polskiej historiografii medycznej*, Poznań 2000, s. 22–23.

¹⁷ *Ibidem*, s. 44.

jak poprzednio, z patologią. Z biegiem czasu ta cecha historiografii medycznej została uzupełniona o dwie kolejne: genetyczne i kumulacyjne ujęcie dziejów nauk medycznych. Metafora „patogenezy”, wsparta i utrwalona ponad dwustuletnią tradycją, zdomowała się w narracjach historyczno-medycznych, co nie oznacza wszakże niezmienności jej postaci.

Dynamiczny rozwój medycyny, od połowy XIX stulecia oparty o biomedyczny, redukcjonistyczny paradygmat, lawinowo przynosił nowe odkrycia, ale także ujęcia społeczne wizji zdrowia i choroby. Te wiodły do postrzegania bakterii jako podstawowego źródła chorób o epidemicznym charakterze. Louis Pasteur (1822–1885) twierdził, że „mikroorganizmy infekujące zwierzęta i ludzi są przyczyną chorób”, a jego konkurent Robert Koch (1843–1910) głosił wręcz, że „bakterie są najmniejszymi, lecz najniebezpieczniejszymi wrogami ludzkości”. Twórca higieny społecznej Max Josef von Pettenkofer (1818–1901) twierdził w tym kontekście, że „choroby są wywoływane przez złą higienę”. W zmodyfikowanej formie patogeniza zagościła w narracji odnoszącej się do zdrowotności całych społeczności, nie tylko jednostki. Perspektywy Pasteura i Kocha okazały się tu dominujące. Działanie sulfonamidów, penicyliny, antybiotyków powszechnie przedstawiano w historiografii medycznej jako przełomowe w dziejach medycyny. Samo pojęcie „patogenezy” przechodziło szereg mutacji, akcentując kolejno, począwszy od XIX stulecia, uszkodzenia i zmiany anatomiczne, następnie fizjologiczne, w wyniku odkryć mikrobiologii — wyżej wspomniany czynnik zakaźny, by pod koniec XX stulecia podkreślić czynnik immunologiczny i genetyczny¹⁸. Nie zmieniło to jednak zasadniczego charakteru metafory, którą ze względu na jej długie trwanie można określić jako fundamentalną dla kultury medycznej.

Wśród dziejopisów o medycznym przygotowaniu nie zakorzenił się pogląd, iż taka perspektywa znacznie ogranicza możliwość socjologicznej, psychologicznej czy behawioralnej interpretacji choroby. „Myślenie patogenizacją” jako metaforą fundamentalną nie pozwoliło na dostrzeżenie jej ograniczeń w medycznych strukturach narracji historycznej. Na przykład konsekwencji podejścia mikrobiologicznego w praktyce medycznej w postaci rozwoju bakterii odpornych na antybiotyki, co według Światowej Organizacji Zdrowia może grozić katastrofą zdrowotną. W niewielkim stopniu zmienia to postrzeganie ujętej społecznie choroby w środowiskach medycznych, w jeszcze mniejszym przekłada się na historiografię medyczną, stanowiącą przeciwieństwo części kultury naukowej „świata medycyny”.

Tu dominuje *evidence based medicine* (EBM).

Po pierwsze, [zwracając uwagę autorzy książki *Czyje lęki? Czyja nauka?*] przejście od modelu holistycznego do modelu EBM sprawiło, że ludzki organizm dał się zredukować do pojedyn-

¹⁸ J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 40/1, 2013, s. 7.

czych, dających się wyizolować procesów. W ujęciu holistycznym zarówno źródło choroby, jak i potencjalna interwencja nie dały się precyzyjnie umiejscowić. Warunkiem niezbędnym laboratoryzacji jest, z jednej strony, myślenie o rzeczywistości empirycznej w taki sposób, aby poddawała się ona określonemu „pokawałkowaniu”, a z drugiej — istnienie infrastruktury i narzędzi, która owo „pokawałkowanie” umożliwi. Dopiero paradygmat EBM to umożliwił. Z jednej strony zmienił on wizję choroby w taki sposób, że jej źródłem stał się pojedynczy czynnik, a nie relacja bliżej nieokreślonych elementów. Z drugiej natomiast, z uwagi na wpływ chemii i bakteriologii, medycyna oparta na badaniach empirycznych wyposażała lekarzy w narzędzia precyzyjnej interwencji. Po drugie, EBM na bazie testów randomizowanych tworzyła obszar, w którym możliwe jest ciągle testowanie rezultatów aż do osiągnięcia zamierzonego celu¹⁹.

I ta koncepcja choroby jest obecna nieco częściej na łamach publikacji historyczno-medycznych pisanych z lekarskiej perspektywy, co nie może dziwić, gdy zważyć, że EBM jest dziś podstawą kształcenia i myślenia lekarskiego, a więc ważnych elementów kultury medycznej, w skład której wchodzi wszak i jej historiografia. „Główna metafora, rządząca historiografią medyczną od kilku stuleci — parafrazując nieco Wojciecha Wrzoska — w sposób niekontrolowany steruje interpretacją zjawisk — obiektywizując się w myśleniu interpretatora”. Podlega jedynie modyfikacji wynikającej ze zmienności obszaru patogenezy, kreślonej przez nauki medyczne na kolejnych etapach ich rozwoju. Pozostaje jednak zamknięty krąg inspiracji-recepcji, gdzie lekarz-dziejopis przekazuje to ujęcie „świata medycyny”, a tam staje się ono źródłem kształtowania postaw zawodowych. I z tego kręgu wywodzą się będą kolejne generacje jego dziejopisów.

Nie oznacza to, iż nie było i nie ma możliwości wykreowania innej głównej metafory, wokół której skonstruowany mógłby zostać dyskurs historyczno-medyczny, niż patogeneza w różnych jej wariantach. Jedną z takich propozycji było pojęcie *patocenozy*, stworzone w 1983 r. przez chorwackiego, działającego także we Francji, historyka medycyny Mirko Grmeka. Termin ten odnosi się do stanu równowagi chorób w danym momencie w historii w danym społeczeństwie. Patocenoza jest zatem „zbiorem stanów patologicznych występujących w określonej grupie ludzkiej w danym momencie. Obejmuje więc ona wszystkie schorzenia istniejące w populacji. Częstość i rozpowszechnianie każdego schorzenia zależy od wielu czynników endogennych i ekologicznych, w tym od występowania wszystkich innych chorób. Dlatego też należy rozpatrywać je we wzajemnym uzależnieniu. Zdaniem Grmeka schorzenia wchodzące w skład patocenozy mogą być ze sobą w stosunku symbiozy, antagonizmu lub braku związku”²⁰. Elżbieta Promińska zwróciła tu uwagę, że:

¹⁹ A.W. Nowak, K. Abriszewski, M. Wróblewski, *Czyje lęki? Czyja nauka? Struktury wiedzy wobec kontrowersji naukowo-społecznych*, Poznań 2016, s. 87–88.

²⁰ E. Promińska, *Patocenza w dziejach człowieka*, „Kosmos” 39/1, 1990, s. 97.

Zmiany patocenozy mogą dotyczyć liczby elementów, ich natężenia i interakcji. [...] Poznanie wzajemnych relacji elementów jest warunkiem zrozumienia patocenozy i właściwego postępowania lekarskiego. [...] Spojrzenie na choroby trapiące człowieka współczesnego z perspektywą filogenezy gatunku *Homo sapiens* i ewolucja samych schorzeń w zależności od zmian środowiska, a zwłaszcza rozwoju tak specyficznie ludzkiego elementu, jakim jest kultura i jej wytwory, pozwoli lepiej zrozumieć, a przez to i radzić sobie ze schorzeniami zarówno infekcyjnymi, jak i tymi, które często, choć nieprecyzyjnie, nazywamy chorobami cywilizacyjnymi²¹.

Grmek postrzegał historię medycyny jako historyczny przegląd chorób nękających społeczeństwa różnych kultur oraz strategii obronnych stosowanych przez organizmy ludzkie przeciwko nim. Widział w tym jedno ze źródeł interpretacji dziejów „wielkich cywilizacji”. To zbiorowość ludzka w swoich kontekstach środowiskowych, biologicznych i cywilizacyjnych, nie zaś pojedynczy pacjent ze swoją indywidualną dolegliwością, staje się podmiotem narracji historycznych. W oparciu o społeczną wizję choroby budowane są właściwe jej metafory. Swoją koncepcję rozwinął w tłumaczonej na szereg języków *History of AIDS*²² i w innych pracach. W polskiej historiografii nauki ta koncepcja uprawiania dziejopisarstwa medycznego jednak się nie upowszechniła.

Nieco zbliżony charakter ma koncepcja salutogenezy powstała w latach 70. ubiegłego stulecia. Jej autor, izraelski socjolog medycyny Aaron Antonovsky (1923–1994) w odróżnieniu od patogenezy odwołał się do wzmacniania elastyczności i samodzielności organizmu. Uważał, że w praktyce terapeutycznej ważniejsze jest wzmocnienie organizmu pacjenta niż interweniowanie w jego ciało, aby obronić się przed chorobą. Antonowski argumentował, że nawet jeśli skupimy się bardziej na zapobieganiu i włączymy koncepcję wieloprzyczynowości, to sam paradygmat pozostanie nadal patogeniczny. Podkreślał, że prawdziwym misterium nie jest zrozumienie, dlaczego ludzie stają się chorzy i umierają. Patogeny są bowiem wszechobecne i endemiczne. Ale prawdziwym misterium jest zrozumienie, jak niektórzy ludzie w pewnych sytuacjach cierpią mniej od innych i kierują się ku zdrowiu²³. Zapleczem badań prowadzonych z tej perspektywy mogą być kierunki badań naukowych o holistycznym, interdyscyplinarnym charakterze, takie jak: modele biopsychospołeczne, biologia systemów czy psychoneuroimmunologia.

Konstruowanie narracji historycznej z perspektywy salutogenezy (budowy zdrowia) można uznać za zgodne z założeniami nieklasycznej historiografii,

²¹ *Ibidem*, s. 100–101.

²² M. Grmek, *History of AIDS*, Payot, Paris 1995.

²³ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Salutogeneza> [dostęp: 31.05.2018]; T. Nicolai, *Homeopatia nowoczesny system medyczny, konferencja „Homeopatia w Europie. Praktyka, idea, badania*, Warszawa, 1 października 2011 r. Materiały konferencyjne.

akcentującej zjawiska zbiorowe o społecznym, kulturowym charakterze, procesy długiego trwania, podczas gdy akademicka historia medycyny — oparta o jednostkowe fakty kolejnych odkryć, ich znaczenie, rolę odkrywców i biomedyczne pojęcie choroby — mieści się w kanonie historiografii klasycznej. Za podstawę interpretacji obrazu kreowanego przez metaforę salutogenezy przyjąć należy holistyczną wizję mobilizacji i stymulacji zdolności samoregulacyjnych organizmu. Bardziej akcentuje ona w narracji historycznej zdolności do tworzenia zdrowia niż czynniki ryzyka i źródła choroby. W centrum rozważań dziejopisa jest wzmacnianie elastyczności i samodzielności organizmu. Samo pojęcie choroby nie ma tu znaczenia podstawowego, gdyż stan zdrowia określany jest punktem na *continuum*: idealny stan zdrowia—brak zdrowia. W konsekwencji zabieg ten umożliwia wprowadzenie do narracji, jako równoprawnych z innymi, podmiotów medycyny komplementarnej i alternatywnej, działających w oparciu o owe wizje. Jednakże przywołana metafora stanowi tylko potencjalną możliwość odmiennego postrzegania zdrowia i choroby w tekstach historyków medycyny. W polskich warunkach stanowi ona częściej obiekt zainteresowania nauk psychologicznych, szczególnie psychologii zdrowia²⁴ lub badań nad zdrowiem publicznym²⁵. I w tych obszarach zdobywa pewną popularność.

Szkicowo ukazana wielość ujęć, z których można rozpatrywać fenomen choroby w dziejach, wymaga podejścia transdyscyplinarnego. Oznacza ono perspektywy, motywy, tematy, zasady, koncepcje i pomysły pojawiające się w wielu polach, różnych stylach i postaciach, a także wypracowanie wspólnych zasad komunikacji pomiędzy zainteresowanymi badaczami.

Summary

Concepts of disease are entangled in various cultural relations. They are embedded within every proper historical epoch and every cultural circle of “vision of the world and of man”. Individual epochs in the history of culture defined disease differently, and this also applies to contemporary circles of non-European cultures. In the modern era, one can speak of the successive changes in the ideals of science, including the medical sciences, designing subsequent modifications of the understanding of the disease. This means the scope and nature of the medicalisation of social behaviours and therapeutic processes and the reflection of these processes in medical historiography are different in different communities. There are cultural and anthropological views on the one hand and medical, with a metaphor of ‘pathogenesis’, on the other, and the potential for interpreting the concept of illness from the perspectives of the metaphor of ‘pathocenosis’ and ‘salutogenesis’.

²⁴ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.

²⁵ M. Piotrowicz, D. Cianciara, *Teoria salutogenezy — nowe podejście do zdrowia i choroby*, „Przegląd Epidemiologiczny” 65, 2011, s. 521–527.