

Zwrot maladyczny – rozważania wstępne

Czy znajdzie się ktoś zdolny do stworzenia filozofii, w której będzie miejsce na to, co ograniczone, na to, co niemożliwe do pokonania, na przypisaną naszej naturze kruchość?¹

Julia Kristeva

Każde nieszczęście, które może spotkać człowieka, powinno być zaklasyfikowane zgodnie z zasadami działającymi we wszechświecie właściwej mu kultury².

Mary Douglas

Choroba jest doświadczeniem powszechnym, dotyczącym prędeej czy później niemal każdego człowieka; jest – jak ujęła to niezwykle ochoczo cytowana Susan Sontag – „naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem”³. Znacznie wydłużony w ostatnich dekadach średni czas życia sprawia, że wejście w rolę pacjenta staje się w zasadzie przesądzone. Anne Marie Moulin, nawiązując do bezprecedensowej w ostatnich dekadach medykalizacji ciała, wskazuje: „Nosimy w sobie nowy grzech pierworodny, wielopostaciowe ryzyko zapoczątkowane w naszych genach, modyfikowane przez nasze środowisko naturalne i społeczno-kulturowe, a także przez nasz sposób życia. W lekarskiej poczekalni czeka obecnie pięć miliardów ludzi”⁴. Paradoksalnie to właśnie w dobie tryumfu medycyny zdrowie staje się czymś tyleż pożądanym, co i niemożliwym, nieosiągalnym. Ujmując rzecz jaskrawo, zdrowie rozumiane jest dzisiaj jako złudny stan nie-

¹ J. Kristeva, J. Vanier, *(Bez)sens słabości. Dialog wiary z niewiarą o wykluczeniu*, przeł. K. i P. Wierzchosławscy, Poznań 2012, s. 20.

² M. Douglas, *Czystość i zmaza*, przeł. M. Bucholc, Warszawa 2007, s. 48.

³ S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, przeł. J. Anders, Warszawa 1999, s. 7.

⁴ A.M. Moulin, *Ciało wobec medycyny*, [w:] *Historia ciała*, t. 3: *Różne spojrzenia. Wiek XX*, red. J.J. Courtine, przeł. K. Belaid, T. Stróżyński, Gdańsk 2014, s. 16.

wiedzy (pośrednio więc i szczęśliwości) o trwających w organizmie procesach zapalnych. Zaawansowana diagnostyka i aparatura medyczna mają szybko wyprowadzić człowieka z owej iluzji. Nadzwyczajny rozrost klinicznej nozologii jest wyczekiwany przez społeczeństwo rezultatem ewolucji i specjalizacji nauk przyrodniczych. Podręczniki chorób wewnętrznych sprzed kilku dekad wydają się z dzisiejszej perspektywy dalece nieaktualne i ubogie właśnie. Można przyjąć, że wielu naszych przodków dożyło „późnej starości” w „zdrowiu” wyłącznie dlatego, że ówczesna medycyna nie posiadała odpowiednich narzędzi diagnostycznych (o technikach obrazowania nie wspominając)⁵. Jednocześnie należy podkreślić, że wiele dawnych jednostek chorobowych straciło swą kliniczną legitymizację. Jak bowiem celnie zauważył Georges Canguilhem: „Z perspektywy jutra wszelka patologia jest subiektywna. [...] Dzisiejsze prawdy staną się błędami dnia wczorajszego”⁶.

Bycie zdrowym w XXI wieku to nie innego, jak bycie źle zdiagnozowanym lub w ogóle niepoddanym lekarskiemu oglądowi. Zdaniem Hansa-Georga Gadamera: „zdrowie usytuowane jest zawsze w pewnym horyzoncie zakłócenia i niebezpieczeństwa”⁷. Nieoczywistość zdrowia, na którą w ostatnich latach zwracał uwagę choćby niemiecki fenomenolog, rozumieć zatem należy jako konsekwencję przyrostu wiedzy medycznej i powołania do życia całego sztabu ekspertów z zakresu zdrowia publicznego. Choroba, w przeciwieństwie do zdrowia, jest czymś natarczywym, unaoczniającym się. Idąc tropem Gadamera, skrytości zdrowia należy przeciwstawić żywiołowość i wielogłosowość choroby. W pewnym sensie zdrowie rozumiane

⁵ Nie jest to, rzecz jasna, zarzut stawiany klinicytom, lecz jedynie oczywista konstatacja: wobec braku rozbudowanej nozologii ludzie dawniej umierali „naturalnie”, tj. ze starości. Dziś taka sytuacja wydaje się nie do pomyślenia. Obecnie każdy, nie wyłączając dziewięćdziesięciolatków czy stulatków, umiera „na coś”.

⁶ G. Canguilhem, *Normalne i patologiczne*, przeł. P. Pieniążek, Gdańsk 2000, s. 175 [podkr. M.S.]. Warto w tym miejscu wskazać na zbieżność poglądów Canguilhema i Michela Foucaulta; obu łączy bowiem przekonanie o nieistnieniu patologii i normy jako wartości obiektywnych, samych w sobie patologicznych bądź normalnych. Spojrzenie na omawiane wartości bez uwzględnienia czynników kulturowych – produkujących pojęcie „normy” – nie daje należytych rezultatów. Te klasyczne kategorie socjologiczne stanowią najbardziej uniwersalny system binarnego znakowania, wytwarzający sądy aksjologiczne: normalny – anormalny, zdrowy – chory, dobry – zły, pozytywny – negatywny. To strategie dyskursywne wytwarzają pojęcie normy i patologii. Obaj badacze wskazują jednocześnie na „pierwszeństwo” patologii względem normy. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza w obszarze medycyny. „Człowiek normalny wie o swojej normalności jedynie w świecie, w którym nikt nie jest normalny”. W innym zaś miejscu Canguilhem odnotuje: „w biologii to *pathos* w a r u n k u j e *logos*, ponieważ znajduje w nim warunek własnej możliwości. Dopiero anormalne wzbudza zainteresowanie normatywnym”; tamże, s. 246 i 171.

⁷ H.-G. Gadamer, *O skrytości zdrowia*, przeł. A. Przyłębski, Poznań 2011, s. 138.

być może jako stan szczególnie niebezpieczny⁸ – bardzo często kamufluje bowiem (nadchodzącą bądź już obecną) rzeczywistość choroby. Spojrzenie takie wydaje się szczególnie atrakcyjne dzisiaj, w dobie wciąż przybierającej na sile medykalizacji życia codziennego⁹. „Troska o zdrowie – dodaje Moulin – stopniowo bierze górę nad zajmowaniem się chorobą. Jeśli kluczowym słowem w XVIII wieku było szczęście, a w XIX – wolność, to w wieku XX tym słowem jest zdrowie”¹⁰. Absolutyzacja zdrowia i towarzyszące jej egzorcyzmowanie wszelkich stanów niedomagań sytuuje dziś lekarzy, bardziej niż dotąd, w szczególnej roli społecznych zbawicieli. Można przypuszczać, że w ramach trwającego projektu zarządzania ciałem, którego oczywistym następstwem jest medykalizacja społeczeństw, w najbliższych latach pojawi się nowy katalog „przewinień ciała”, odczo wciągnięty na listę medycznych nozologii – to, dodajmy, czytelny przykład działania biopolityki i biowładzy. Od medyków oczekuje się bowiem, by przeciwdziałali niedostatecznej optymalizacji działań jednostek – zarówno w sensie fizycznym, jak i mentalnym.

Wielogłosowość choroby, a ściślej – tego, co za chorobę jest uznawane (w konkretnym czasie, w konkretnej kulturze), stanowi zasadniczy przedmiot niniejszej książki. Chorobę rozumiem niezmiennie jako rzeczywistość biosocjokulturową, o której istnieniu przekonują liczne czynniki, niekoniernie (lub niewyłącznie) medycznej proweniencji. Kontekst społeczno-kulturowy, na ogół marginalizowany przez większość badaczy, odgrywa znaczącą rolę nie tylko w przeżywaniu niemocy, ale i w rozumieniu tego, czy dane doświadczenie ciała i/lub psychiki definiujemy w kategoriach choroby, zaburzenia. Jak celnie zauważa Michał Skrzypek: „kultura i społeczeństwo kształtują kontekst reakcji biologicznych, jak i znaczenia, jakie człowiek nadaje doświadczeniom tychże reakcji”¹¹. Ponowoczesne rozumienie świata ma także znaczący wpływ na nowe traktowanie medycznych nozologii, polegające na uzupełnianiu dawnych tablic i rejestrów medycznych o nowe jednostki, dotąd nie identyfikowane w kategoriach zaburzenia czy patologii. Rodzi to nową sytuację, w której ontologia wielu chorób

⁸ Świetnie myśl tę wyraża Olga Tokarczuk w powieści z 2009 roku *Prowadź swój plug przez kości umarłych*: „Zdrowie jest stanem niepewnym i nie wróży nic dobrego. Lepiej jest być sobie spokojnie chorym, wtedy przynajmniej wiemy, na co umrzemy”.

⁹ Zob. B. Hughes, *Medicalized Bodies*, [w:] *The Body, Culture and Society. An Introduction*, ed. Ph. Hancock et al., Buckingham–Philadelphia 2002, s. 12–28; *The Body in Medical Thought and Practice*, ed. D. Leder, Amsterdam 1992; B. Turner, *Medical Power and Social Knowledge*, London–New Delhi 2007.

¹⁰ A.M. Moulin, *Ciało wobec medycyny...*, s. 15.

¹¹ M. Skrzypek, *Psychosomatyka – ewolucja, przedmiot badań, funkcje*, [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. J. Barański, W. Piątkowski, Wrocław 2002, s. 50.

staje pod znakiem zapytania, a dawne klasyfikacje ulegają nieustannej rewizji¹².

Modernistycznemu pędowi do systematyzacji – zauważa David Morris – przeciwstawiona jest postmodernistyczna wizja choroby otwartej, niedefiniowalnej ostatecznie, ontologicznie zagrożonej, a nade wszystko zanurzonej w kulturze. To choroba, która zawiera w sobie element niejasności. Relacje pacjentów zaś z trudem można zakwalifikować jako tę samą jednostkę chorobową. W postmodernizmie choroba przestaje być odczytywana jako zaburzenie (wyłącznie) natury organicznej; jest natomiast stwarzana i opisywana przez kulturę. Należałoby tu wymienić przede wszystkim zespół przewlekłego zmęczenia, osobowość graniczną typu borderline, zespół nadpobudliwości ruchowej (ADHD), andropauzę czy depresję. Charakterystyczne dla wymienionych dolegliwości jest przeniesienie ogniska zniszczenia z ciała na osobowość. To choroby zagrażające tożsamości. Podczas gdy alzheimer stopniowo wymazuje osobowość i historię życia pacjenta – pozostawiając nie wiadomo kogo lub co – to na przykład osobowość wieloraka dramatycznie ją rozdziela i multiplikuje. Wizja choroby postmodernistycznej jest, zdaniem Morrisa, metaforą współczesności – pomaga zrozumieć zakłopotanie, z jakim spotyka się na co dzień człowiek ery ponowoczesnej¹³.

Choroba jest zjawiskiem niezwykle złożonym; przesądza to o wieloaspektowym, transdyscyplinarnym charakterze podjętych studiów. Chorobę czytać bowiem można na wiele sposobów; stąd wynika dość oczywista konieczność uwzględnienia w pracy różnych metodologii. Ujmując rzecz najprościej: klinicystę interesować będzie przede wszystkim zespół objawów i symptomów; psychologa – towarzyszące chorowaniu emocje; socjologa – wejście w rolę pacjenta i społeczne reakcje na chorobę/epidemię (od akceptacji po stygmatyzację i ekskluzję); kulturoznawcę – warstwa symboliczna przypisana chorobom, ich mitologizacja i metaforyzacja¹⁴, a także, w konsekwencji, alternatywna nozologia: podział chorób na „brudne” i akceptowalne (a nawet pożądane); historyka – wpływ epidemii na bieg zdarzeń (przebieg wojen i układ sił); literaturoznawcę – sposoby tekstualizacji doświadczeń niemocy (patografie, literatura konfesyjna); filozofa i teologa – (bez)sens cierpienia fizycznego, jego źródło i ocena. Ten jakże

¹² D.B. Morris, *Illness and Culture in the Postmodern Age*, Berkeley–Los Angeles–London 2000.

¹³ Tamże, s. 50–77.

¹⁴ Pisałem o tym wcześniej w odniesieniu do (de)mitologizacji gruźlicy w kulturze europejskiej: M. Szubert, *Żyjąc w cieniu śmierci... Kulturowy obraz gruźlicy*, Wrocław 2011.

skrótowo i pobieżnie zarysowany schemat unaocznia niewyczerpane bogactwo studiów maladycznych¹⁵.

Zasadniczym celem prezentowanych rozpraw, integrujących wiedzę z zakresu nauk o kulturze, socjologii, historii medycyny, seksuologii i psychiatrii, są wartości i znaczenia przypisywane chorobom. Mowa tu głównie o specyficznych metaforach i symbolach, które – najczęściej zupełnie niezależnie od kontekstu medycznego – organizowały i organizują nadal swoistą maladyczną ikonosferę. Interesują mnie przede wszystkim kulturowe mechanizmy zarządzania chorobą: generowanie specyficznego klimatu strachu i niepokoju, wreszcie liczne strategie jego neutralizowania. Przykład trwającej pandemii SARS-CoV-2 – otwartość na liczne tzw. teorie spiskowe – wskazuje, że mechanizmy te zachowują niezmiennie swą żywotność. Ważną część studiów stanowi swoista komparatystyka chorób zakaźnych. I chociaż wychodzę z założenia, że każda epidemia ma swój własny język i swój własny świat wartości, nie zmienia to faktu, że w społecznym obiegu bardzo często dochodzi do ich zapożyczeń i przemieszań. Najwięcej uwagi poświęcam epidemii HIV/AIDS; jej mitologia niezmiennie fascynuje bogactwem znaczeń.

Wielość kontekstów i różnorodność analizowanych materiałów przesądza ją zasadniczo o transdyscyplinarnym charakterze rozprawy. Socjokulturowy, wieloaspektowy namysł nad chorobą wymusił dowartościowanie metodologicznego eklektyzmu. W pracy konfrontuję dokumenty różnej proveniencji: od współczesnych tekstów (pop)kultury, dzienników i świadectw z czasów zarazy po dawne penitencjały i pierwsze podręczniki z psychiatrii i seksuologii. Osobne miejsce poświęcam egzegezie wybranych ksiąg biblijnych, mających decydujący wpływ na kształtowanie się moralności Zachodu; wpływ, który mimo upływu lat wciąż organizuje specyficzny tryb lektury wielu chorób i alternatywnych (tj. niezwiązanych z chrześcijańską wizją świata) stylów życia.

Dyskurs maladyczny jest w najwyższym stopniu heterogeniczny; jest on zasilany przez różne perspektywy i orientacje badawcze, których sąsiedztwo może (początkowo) dziwić. Stąd zapewne wynika konieczność przełamania dominującej roli konkretnej dyscypliny. Kategoria pogranicza zdaje się najlepiej tłumaczyć tę wielogłosowość i wieloaspektowość. Poruszać się bowiem będę w takich obszarach, jak: antropologia i socjologia ciała, antropologia kulturowa, socjologia i historia medycyny (tu przede wszystkim: narodziny i rozwój zachodniej psychiatrii oraz dzieje epidemii/nozologii), literaturoznawstwo i historia kultury (tu zwłaszcza: przemiany zachodniej obczy-

¹⁵ Terminu „maladyczny” po raz pierwszy użył Kazimierz Szewczyk w podręczniku akademickim dla studentów medycyny, wywodząc go z łacińskiego *malus* – zły, nieszczęśliwy. K. Szewczyk, *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*, Warszawa–Łódź 2001, s. 333.

jowości, ewolucja kanonów normatywnych, wzorce zachowań w chorobie), seksuologia czy bibliistyka. Mam świadomość, że złożoność dyskursu maladycznego prowadzi nieuchronnie do jego fragmentaryczności, a być może też, w konsekwencji, niewyraźności. Podobną uwagę zgłasza Monika Ładoń: „Dyskurs maladyczny wydaje mi się niezwykle gościnny, ale i fragmentaryczny, niekompletny, daleki od wizji »dzieła totalnego«”¹⁶. Jednocześnie badaczka – współredaktorka pionierskiej na polskim rynku pracy *Fragmenty dyskursu maladycznego* (wydanej w nowej serii *Ars Medica ac Humanitas*)¹⁷ – podkreśla, że różnorodne rozprawy maladyczne mają przeciwdziałać „alienacji i bagatelizowaniu języków choroby. Coraz częstsze rozczytywanie doświadczenia choroby w dyskursach literaturoznawczym, językoznawczym i kulturoznawczym zdaje się skutecznie stawiać kres powszechnej tyranii zdrowia, w której ramach choroba pozostawałaby elementem wstydliwym czy stygmatyzującym, skazującym na milczenie lub nieczytelny jęk”¹⁸. W istocie wypowiedzanie choroby jest zrozumiałą – i niezwykle potrzebną w moim przekonaniu – strategią zwrócenia uwagi na powszechność doświadczenia choroby w życiu każdego człowieka, jest próbą przełamania (coraz mniej zrozumiałego) tabu łączonego z ludzką niemocą. Choroba nie jest bowiem zjawiskiem wyłącznie negatywnym, zarówno w sensie jednostkowym, jak i społecznym; jej doświadczanie zaś w największym stopniu wymyka się jakimkolwiek próbom generalizacji i uniwersalizacji. Świat choroby to nie wyłącznie spazm bólu i jęk skargi. Nie mam też wątpliwości, że niemoc stać się może prawdziwym źródłem triumfu (chorego, społeczeństwa, nauki). Na taką ewentualność wskazują choćby pisma Fryderyka Nietzschego czy eseje Emila Ciorana.

Rzecz jasna samo zainteresowanie chorobą, jak również wszelkie próby jej tekstualizacji i mediatyzacji, należałoby wiązać z nieco szerszą perspektywą – z dokonującym się w ostatnich dekadach w naukach społecznych i humanistycznych zwrotem cielesnym. (Nad)obecność ciała i choroby w przestrzeni publicznej i prywatnej pozwala mówić o swoistej somatyzacji kultury. Zjawisko to jest zbieżne z koncepcją Bryana Turnera, który wprowadził na stałe do języka socjologii pojęcie „społeczeństwa somatycznego” (ang. *somatic society*) na oznaczenie prymarnej roli ciała w budowaniu tożsamości ponowoczesnej. „Ciało – podkreśla wielokrotnie Turner – jest społecznie konstruowane poprzez dyskursy – medyczny, moralny, artystyczny i ko-

¹⁶ M. Ładoń, *Choroba jako literatura. Studia maladyczne*, Katowice 2019, s. 29.

¹⁷ *Fragmenty dyskursu maladycznego*, red. M. Ganczar, I. Gielata, M. Ładoń, Gdańsk 2019.

¹⁸ M. Ładoń, *Ślady Barthes'a: migrena, symbolizacja, fragment (słowo wstępne)*, [w:] *Fragmenty dyskursu...*, s. 11.

mercyjny¹⁹. Każdy z tych komponentów odsyła do innego pola znaczeń, ale wszystkie je łączy idea ciała jako organizatora współczesnego życia społecznego. Krańcowym etapem socjalizacji ciała jest jego indywidualizacja, a więc szereg praktyk i strategii traktowania ciała i cielesności jako projektu (co nie wyklucza bynajmniej oczywistości jego biologicznego pochodzenia). Proces ten łączy się z obecnością wielu mechanizmów (samo)dyscyplinujących.

Ciało zajmuje miejsce uprzywilejowane we współczesnej kulturze; coraz częściej jest ono też rozumiane jako ważny organizator życia społecznego i jednocześnie źródło wielu znaczących zmian. Podobną zależność dostrzega Adam Dziadek, komentując swoistą emancypację ciała z reżimów chrześcijańskiej aksjologii²⁰: „Jeśli przyjrzeć się uważniej historii ciała w minionym wieku, widać wówczas wyraźnie, jakim rewolucyjnym przemianom zostało ono poddane jako byt biologiczny, a także jako konstrukt społeczno-filozoficzny. Rewolucje dotyczą sfery seksualności, która stopniowo transformowana uwalnia się od ograniczeń, reguł oraz norm religijnych i etycznych, a człowiek przyznaje sobie w końcu prawo do przyjemności, które jest dziś niemal powszechnie uznane i akceptowane”²¹. Małgorzata Szpakowska zaś, odwołując się do licznych klasyków antropologii, wskazuje, że znaczące konstrukcje symboliczne nadbudowane są na ciele: „Podstawowe kategorie kultury, jej najważniejsze pojęcia i symbole mają swe źródło w ludzkim ciele. Człowiek jest miarą wszechrzeczy w najbardziej elementarnym sensie”²². W istocie skłonność do posługiwania się antropomorficznymi metaforami i symbolami zdaje się kluczowa dla naszej kultury. Ludzkie ciało – ów mikrokosmos – staje się elementarnym punktem budowania dalszych metafor i związków znaczeniowych. Jednoznacznie rzecz ujmuje Zbigniew Libera (nawiązując bezpośrednio do ustaleń brytyjskiej antropologii symbolicznej): „ciało jest

¹⁹ B. Turner, *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, London–New York 1992, s. 8.

²⁰ Kwestie te omawiam szczegółowo w ostatniej części książki (*Ciało i grzech*).

²¹ A. Dziadek, *Projekt krytyki somatycznej*, Warszawa 2014, s. 9.

²² M. Szpakowska, *Wstęp: ciało w kulturze*, [w:] *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, red. M. Szpakowska, Warszawa 2008, s. 5. Jeśli przyjąć, że kultura to system praktyk symbolicznych, wówczas łatwo tę elementarną definicję odnieść do poziomu ciała: niemal każda jego część zyskała dodatkową (pozabiologiczną) właściwość. Wydaje się, że proces sygnifikacji ciała jest zjawiskiem uniwersalnym, choć nie niezmiennym: symboliczna wartość brzucha, penisa, pośladków, oczu czy serca – by wskazać na najczęściej poddawane kulturowej obróbce „przestrzenie” ciała – nie musi mieć wiele wspólnego z poziomem wyjściowym. Warstwa konotacyjna jest już wyraźnym efektem pracy kultury. W odniesieniu do ciała doskonale widać ten mechanizm dodatkowego znakowania, który sprawia, że staje się ono bezcennym źródłem i rezerwuarem wyobrażeń kultury symbolicznej. Mechanizm ten szczegółowo omawia Yi-Fu Tuan: „Szukając podstawowych zasad organizacji przestrzennej, przekonamy się, że wynikają one z dwóch rodzajów faktów: z postawy i struktury ludzkiego ciała oraz z relacji (bliższych czy dalekich) pomiędzy ludzkimi istotami”; Y.-F. Tuan, *Przestrzeń i miejsce*, przeł. A. Morawińska, Warszawa 1987, s. 51.

uniwersalną »fabryką« klasyfikacji i symbolizacji, źródłem komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Struktury kognitywne, systemy semiotyczne nie są zatem arbitralne, lecz powiązane z biofizyczną strukturą człowieka²³.

Ciało współtworzy kulturę, ta zaś organizuje proces jego zarządzania. Przedstawione w przedostatnim rozdziale analizy doskonale obrazują tę zależność. Opisane przez Norberta Eliasa mechanizmy cywilizowania ciała (jego socjalizacja, racjonalizacja i indywidualizacja) wskazują na stopniowe przesuwanie granic z obiektu rozumianego biologicznie do znaczącej kategorii socjokulturowej²⁴; rzecz jasna nie sposób precyzyjnie wskazać miejsca/momentu, w którym biologia (natura) ustępuje miejsca kulturze. Trwający niezmiennie zwrot somatyczny, obok zwrotu językowego czy cyfrowego, przyczynił się do reorientacji tradycyjnych perspektyw badawczych. Obecnie „ciało – podkreśla Chris Shilling – wraz z wielością swoich społecznych i kulturowych znaczeń przesunęło się do samego centrum naukowych analiz²⁵”.

Ciało – jego manifestacje, pragnienia, ale i liczne ograniczenia czy dysfunkcje – znalazło się (wreszcie) w polu zainteresowania badaczy reprezentujących różne dyscypliny akademickie. Interdyscyplinarność i wieloaspektowość dyskursu somatycznego (podobnie jak maładycznego) są jego cechami konstytutywnymi. Ciekawie rzecz komentuje Dziadek: „Znamienne jest to, że żadna z dyscyplin nie opracowuje problemu ciała czy cielesności na podstawie narzędzi wypracowanych wyłącznie w jej obrębie – dyskurs socjologiczny czy literaturoznawczy przemieszcza się w stronę psychoanalizy, filozofii czy antropologii i odwrotnie²⁶”. Projekt krytyki somatycznej Dziadka jest niezwykle pionierskim przedsięwzięciem. Nie interesują go bowiem wyłącznie cielesne „oczywistości” dyktowane przez biografię pisarzy (by przywołać choćby Aleksandra Wata). Dla śląskiego badacza najważniejsze jest ciało, które wypowiada się poprzez rytm: „Ciało emituje rytmy i znaki, jest źródłem życia i nieśmiertelności. Rytm staje się pośrednikiem pomiędzy ciałem piszącym i czytającym²⁷”. Ciało – zauważa Dziadek, odwołując się do pracy Richarda Shustermana *The Somatic Turn. Care of the Body in Contemporary Culture* – traktowane jest obecnie „z religijnym namaszczeniem, ale z dala od samej religii²⁸”. W istocie projekt świeckiej sakralizacji ciała,

²³ Z. Libera, *Mikrokosmos, makrokosmos i antropologia ciała*, Tarnów 1997, s. 13.

²⁴ N. Elias, *O procesie cywilizacji*, przeł. T. Zabłudowski, K. Markiewicz, Warszawa 2011.

²⁵ Ch. Shilling, *Socjologia ciała*, przeł. M. Skowrońska, Warszawa 2010, s. 11.

²⁶ A. Dziadek, *Projekt krytyki...*, s. 14.

²⁷ Tamże, s. 24.

²⁸ Tamże, s. 13.

wynoszenia go na ołtarze, (hiper)troski o nie doskonale objaśnia somatocentryzm współczesnej kultury. Badacz, którego szczególnie interesuje reprezentacja doświadczenia somatycznego w tekstach poetyckich, wskazuje na pozornie tylko oczywisty fakt: nie istnieją żadne teksty literackie, w których ciało byłoby nieobecne²⁹.

Równie interesującą próbę włączenia dyskursu cielesnego do refleksji humanistycznej odnaleźć można u Anny Łebkowskiej. Jej koncepcja somatopoetyki jest jednocześnie świetnym komentarzem do dokonującego się w naukach o kulturze i literaturze zwrotu cielesnego. „*Soma*, korpus, ciało, cielesność, *body*, *flesh*, ale też somatyka, korporalizm czy *corpor(e)ality* – już sama ilość tych terminów jest znacząca, poświadczą bowiem fakt, że w dzisiejszej refleksji humanistycznej mnożą się określenia, których celem jest uchwycenie kategorii cielesności, przy jednoczesnej świadomości oporu, jaki kategoria ta stawia”³⁰. Badaczkę niepokoi ponadto nieostrość powszechnie używanego dziś pojęcia; dopytuje więc: „o czym mówimy, używając określenia cielesność? O tym, co uniwersalne, czy o tym, co poszczególne? O sferze *bios versus logos*, o tym, co posiadamy, czy o tym, czym jesteśmy? [...] O sferze tożsamości czy inności, o zgodności z normą czy jej przekraczaniu?”³¹. To zaledwie kilka pytań, bynajmniej nie retorycznych, z którymi próbuje zmierzyć się Łebkowska. Większość z nich jest zbieżna z problematyką podjętą przeze mnie w tej książce. Interesują mnie bowiem dawne sposoby rozumienia ciała, sposoby jego czytania przez konkretne formacje i dyskursy kulturowe³². Jeszcze ciekawsze wydaje się to, jak dalece kategoria cielesności i seksualności przyczynia(ła) się do rozumienia świata. Próbom odpowiedzi na to pytanie poświęcam dwa ostatnie rozdziały.

Prawdziwy manifest biologicznie zorientowanej humanistyki odnaleźć można u Ewy Domańskiej: „Nie ma współczesnej awangardowej humanistyki bez biologii [...] i bez pojęć zaczynających się od »bio«: biofakt,

²⁹ By uniknąć banalizacji problemu, Dziadek uszczegóławia: „Chodzi tu o doświadczenie somatyczne w poezji, a kiedy mówię »doświadczenie somatyczne«, to nie myślę wyłącznie o doświadczeniu biograficznym (np. choroba, ból, erotyka), ale też o somatycznym doświadczeniu tekstu i jego reprezentacji. Koegzystencję ciała i tekstu uznaję za podstawową zasadę krytyki somatycznej”; tamże, s. 29.

³⁰ A. Łebkowska, *Jak ucieleśnić ciało: o jednym z dylematów somatopoetyki*, „Teksty Drugie” 2011, nr 4, s. 11. Samą „somatopoetykę” autorka definiuje jako „zasady i sposoby uobecniania się kategorii cielesności w dyskursach kulturowych, zwłaszcza w literaturze, jako relacje między językiem i ciałem, między ciałem i literaturą”; tamże, s. 13.

³¹ Tamże, s. 11–12.

³² Por. *Ucieleśnienia. Ciało w zwierciadle współczesnej humanistyki*, red. A. Wiczorkiewicz, J. Bator, Warszawa 2007.

biokolonializm, bioobywatelstwo, biospołeczny, biowładza, bioetyka, biohistoria”³³. Trudno nie zgodzić się z poznańską badaczką. Z kolei Dobrosława Wężowicz-Ziółkowska, komentując dokonujący się w naukach społecznych przewrót biologiczny, podkreśla, że współczesną humanistykę łączy „głębokie zdystansowanie wobec tradycyjnie pojmowanego humanizmu z centralną pozycją człowieka jako miary. To niewątpliwie nowa humanistyka po objawieniach (biologicznych)”³⁴. To ciekawe spojrzenie; przełamuje ono bowiem naiwne, sentymentalne rozumienie samego humanizmu. Ustanowiona przezeń prymarna rola człowieka w świecie (antropocentryzm) coraz częściej bywa dziś kwestionowana lub (nawet) określana mianem szowinizmu gatunkowego. Jeszcze dalej podąża Michał Kruszelnicki, pytając: „jak dalej ufać humanistyce i uprawiać humanistykę w obliczu faktu, iż rzekomo obiektywne teorie nauk o człowieku po pierwsze – tworzone były tylko przez tych (i dla tych), którzy dysponowali »normatywną« racjonalnością, seksualnością i statusem społecznym, po drugie – służyły wzmocnieniu struktury dominacji i porządku opresyjnego względem wszystkich »innych«?”³⁵.

Odwołując się do przywołanych powyżej opinii (i wielu innych, z konieczności pominiętych), można założyć, że zainicjowany relatywnie niedawno zwrot biologiczny/somatyczny jest spodziewaną reakcją na trwającą niewspółmiernie długo strategię pomijania biologicznej strony natury człowieka. Uwaga ta zasadniczo odnosi się do większości dyscyplin humanistycznych i społecznych. Zwięźle rzecz ujmuje Zbigniew Libera: „Ciało zostało oddane naukom przyrodniczym. Nauki humanistyczne zajęły się człowiekiem jako osobą. Badacz kultury mówił o człowieku jako istocie bezcielesnej [...]”³⁶. Z kolei Julia Kristeva dodaje: „Humanizm, który miał ambicję wyniesienia człowieka na poziom Boga, utwierdzał się przez odrzucenie tej właściwej dla

³³ E. Domańska, *Wprowadzenie, [w:] Teoria wiedzy o przeszłości na tle współczesnej humanistyki*, red. E. Domańska, Poznań 2010, s. 19.

³⁴ D. Wężowicz-Ziółkowska, *Idee biologii w humanistyce. Rudymenty mapy wpływów. Wprowadzenie, [w:] Biological Turn. Idee biologii w humanistyce współczesnej*, red. D. Wężowicz-Ziółkowska, E. Wieczorkowska, Katowice 2016, s. 19. Zob. też: D. Wężowicz-Ziółkowska, *Moc narrativum. Idee biologii we współczesnym dyskursie humanistycznym*, Katowice 2008.

³⁵ M. Kruszelnicki, *Po humanizmie. Miraż podmiotowości (Wprowadzenie do dyskusji)*, „Forum Oświatowe” 2008 [numer specjalny], s. 16. Przywołajmy jeszcze inny, znaczący fragment: „To właśnie dzięki załamaniu dogmatyczno-humanistycznej wizji człowieka podmiot przestał być skrojoną na miarę ludzkiej megalomanii oczywistością i mógł stać się poważnym tematem dyskusji”; tamże, s. 21.

³⁶ Z. Libera, *Mikrokosmos...*, s. 6. Jednocześnie Libera dodaje, że kreowanie obrazu człowieka o „statusie fantoma” wynikało pośrednio ze strachu socjologów i antropologów przed kolejnymi nieudanymi efektami współpracy z reprezentantami nauk biologicznych – mowa tu, rzecz jasna, o darwinizmie społecznym i rasizmie.

ludzkiego gatunku kruchości, eliminując problem jej istnienia z publicznej debaty. [...] ludzie, których kondycja określona jest jako pogranicze psyche i somy, bardziej niż inne istoty narażeni są na ryzyko związane z procesem biologicznym, na załamanie się więzi społecznych”³⁷. Zdaniem Kristevej wielowiekowa strategia odcieleśniania człowieka wynika(ła) z oporu przed przyznaniem, że w obliczu biologii pozostaje on – mimo imponujących dzieł, których sam stał się twórcą – bezbronny, podatny na zranienie. Jego kruchość wyraźnie kontrastuje z dominującą w naukach społecznych i humanistycznych ideą ludzkiej omnipotencji.

Jednocześnie należy wskazać, że sytuacja ta w ostatnich latach uległa znaczącym przemianom: coraz liczniejsze grono literaturoznawców, kulturoznawców i socjologów³⁸ inicjuje obecnie (bądź kontynuuje, jak w przypadku ostatnich) badania nad szeroko rozumianą somatyką i maładyką. Dyskurs maładyczny wyraźnie się dziś autonomizuje, tworząc własny język i siatkę pojęć; nie stanowi on (już) marginaliów tzw. poważnej debaty akademickiej. Przeciwnie, w ostatnich kilku latach nastąpił znaczący wzrost zainteresowania chorobą (jej językiem, mitologią, próbą werbalizacji) wśród polskich badaczy, czego efektem stały się niezwykle ważne, na swój sposób pionierskie opracowania. Do najważniejszych zaliczyć można prace Moniki Ładoń, Małgorzaty Okupnik, Iwony Boruszkowskiej i Agnieszki Kaczmarek³⁹. Rzecz jasna listę tę należałoby uzupełnić o nazwiska wielu innych badaczy, choćby Bożeny Płonki-Syroki, która od wielu już lat zajmuje się szeroko rozumianą

³⁷ J. Kristeva, J. Vanier, *(Bez)sens słabości...*, s. 19–20.

³⁸ Problematyka ciała i cielesności stała się w ostatnich latach przedmiotem zainteresowania wielu badaczy. Nie sposób w tym miejscu przywołać wszystkich studiów i rozpraw poświęconych szeroko rozumianej cielesności. Ograniczmy się zatem do kilku wybranych pozycji: *Historia ciała*, red. A. Corbin, J.-J. Courtine, G. Vigarello, t. 1: *Od renesansu do oświecenia*; t. 2: *Od Rewolucji do I wojny światowej*; t. 3: *Różne spojrzenia. Wiek XX*, Gdańsk 2013–2014; *Historia męskości*, red. A. Corbin, J.-J. Courtine, G. Vigarello, t. 1: *Od starożytności do oświecenia. Wymyślanie męskości*, przeł. T. Stróżyński; t. 2: *XIX wiek. Tryumf męskości*, przeł. T. Stróżyński, Gdańsk 2019–2020; Z. Bauman, *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń 1995; F. Chirpaz, *Ciało*, przeł. J. Migasiński, Warszawa 1998; J. Brach-Czaina, *Szczeliny istnienia*, Kraków 1999; M. Bakke, *Ciało otwarte. Filozoficzne reinterpretacje kulturowych wizji cielesności*, Poznań 2000; A. Wiczorkiewicz, *Muzeum ludzkich ciał. Anatomia spojrzenia*, Gdańsk 2000; A. Wiczorkiewicz, *Monstruarium*, Gdańsk 2009; M. Rogowska-Stangret, *Ciało – poza Innością i Tożsamością. Trzy figury ciała w filozofii współczesnej*, Gdańsk 2016.

³⁹ M. Ładoń, *Choroba jako literatura...*; M. Okupnik, *W niewoli ciała. Doświadczenie utraty zdrowia i jego reprezentacje*, Kraków 2018; A. Kaczmarek, *Od milczenia do opowieści. Kulturowe dyskursy o umieraniu i śmierci*, Poznań 2016; I. Boruszkowska, *Defekty. Literackie auto/pato/grafie – szkice*, Kraków 2016. Z satysfakcją odnotowuję także swój udział w rozwoju studiów maładycznych. Mój artykuł poświęcony mitologizacji gruźlicy przyczynił się znacznie do popularyzacji samego terminu „dyskurs maładyczny” w późniejszych opracowaniach. Zob. M. Szubert, *Gruźlica w dyskursie maładycznym*, „Postscriptum Polonistyczne” 2008, nr 2 (2). Podobną rolę odegrała moja monografia z 2011 roku *Żyjąc w cieniu śmierci...*

kulturą medyczną (w tym kulturą uzdrowiskową)⁴⁰. Problematyzacja doświadczenia ciała i choroby w kulturze wskazuje na niesłabnący potencjał dyskursu maladycznego⁴¹.

Dyskurs maladyczny porządkuje wypowiedzi o chorobie; jest on sumą społecznych kontekstów i znaczeń budowanych wokół niej. Obejmuje zatem wypowiedzi publicystyczne, artystyczne, naukowe, ale i potoczne rozumienie choroby. Stanowi doskonały rejestr emocji, wrażeń, nastrojów, lęków i obaw związanych z chorobą i jej doświadczaniem, rzeczywistym lub potencjalnym, własnym lub cudzym. Z uwagi na bogactwo medycznej nozologii zasadne jest wyodrębnienie konkretnej choroby i określenie jej specyficznego języka i mitologii. Idąc tym tropem, postrzegając chorobę już nie w aspekcie atrybutywnym, ale dystrybutywnym właśnie, można wskazać na konkretne (sub)dyskursy: dyskurs raka, dyskurs gruźlicy czy dyskurs HIV/AIDS⁴². Te najczęściej przywoływane w społecznym obiegu choroby wypracowały własny, nierzadko oderwany od swej pierwotnej, biomedycznej reprezentacji, język. Jak będę chciał wykazać, każda choroba, każda epidemia ma swój własny język, swoją własną opowieść. Jednocześnie warto już teraz dodać, że nie wszystkie one są tak samo medialne, nie wszystkie z równą łatwością poddają się kulturowej obróbce. Wiąże się to z jednej strony z odmiennym potencjałem narracyjnym/mitotwórczym

⁴⁰ Zob. zwłaszcza: *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 2001; B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa–Bellerive-sur-Allier 2016.

⁴¹ Myśl taką wyraża wprost Monika Ładoń: „Pisanie choroby/pisanie o chorobie nigdy się nie kończy i nie pozwala maladycznej opowieści zastygnąć w jednoznacznych odczytaniach”; M. Ładoń, *Choroba jako literatura...*, s. 28. Zgadzam się również z Ładoń, gdy ta odnotowuje: „Bogactwo sugestii płynących z odmiennych przestrzeni (literaturoznawstwo, językoznawstwo, kulturoznawstwo, socjologia medycyny, bioetyka, filozofia – by wymienić tylko najważniejsze) stawia obecnie badacza raczej przed kwestią nadmiaru literatury przedmiotu niż jej braku. Kilkanaście lat temu, kiedy zaczynałam badania nad chorobą, sytuacja była diametralnie inna i wymuszała pytanie, dlaczego choroba – w odróżnieniu od starości i śmierci – nie została obłaskawiona w podobnym stopniu co one?”; tamże, s. 29.

⁴² Rzecz jasna wskazane dyskursy konkretnych chorób mają charakter selektywny; z powodzeniem można przecież wyodrębnić inne jednostki, np. kiłę, polio czy alzheimera. W przypadku ostatniej niezwykle skomplikowana pozostaje kwestia wyrażającego ją podmiotu. Choroba neurodegeneracyjna, opisana w 1906 roku przez niemieckiego psychiatrę i neuropatologa Alojza Alzheimera, zdaje się (na pewnym etapie) wykluczać autorefleksję. Dramatyzm tej choroby polega m.in. na sukcesywnym wyciszaniu chorego (mutyzm), który krok po kroku traci własną tożsamość, spójność obrazu siebie i otaczającego go świata. Zob. zwłaszcza przejmujące świadectwo walki z postępującą demencją Mitchell Wendy – teźże, *Ja, którą kiedyś znalazłam. Moje życie z chorobą Alzheimera*, przeł. D. Rossowski, Łódź 2020 oraz pełne dramatyzmu wspomnienia belgijskiego prozaika i poety Erwina Mortiera: *Pieśni belkotu. Mamine godzinki*, przeł. Ł. Żebrowski, Warszawa 2014. Z pewnością warto w tym miejscu przywołać także powieść amerykańskiej neurobiolożki Lisy Genovy: *Motyl* (I wyd. 2008). Powieść, opowiadająca historię profesorki lingwistyki zmagającej się z chorobą Alzheimera, stała się bardzo szybko bestsellerem (została przetłumaczona na 37 języków). Na jej podstawie w 2014 roku powstał film *Motyl: Still Alice* (reż. Richarda Glatzer i Wash Westmoreland, 2014).

konkretnych schorzeń, z drugiej zaś – z wciąż aktualną znową milczenia towarzyszącą wielu – uprzedźmy fakty: nie tylko wenerycznym – chorobom. O ile proces detabuizacji większości chorób nowotworowych jest już dziś faktem (potwierdzają to liczne kancerografie), o tyle wciąż żywotna pozostaje silna tabuizacja chorób i zaburzeń psychicznych.

Choroba, co warto podkreślić, jest dziś rozumiana jako zjawisko biokulturowe, łącząc w oczywisty sposób poziom fizjologii z mniej już oczywistym kontekstem społecznym. Dyskurs maladyczny akcentuje także indywidualne, subiektywne emocje związane z przeżywaniem niemocy. Dotyczą one zarówno sfery cielesnej, tak silnie manifestującej się w chorobie, jak i problemów natury psychospołecznej. Przykładem takiej sytuacji może być wejście w rolę chorego, wymagające odgrywania nowych ról społecznych. Dyskurs maladyczny jest wielogłosowy, u jego źródeł leżą niepokój i stan napięcia związany z ułomnością i kruchością ludzkiego ciała. Skala emocji towarzyszących chorobie, zarówno własnej, jak i najbliższych, bywa zaskakująco bogata i dynamiczna; trwoga, rozpacz, poczucie beznadziei, przerażenie, ale i nadzieja, ufność, akceptacja – to zapewne najczęściej pojawiające się odczucia i emocje pacjentów dotkniętych ciężką chorobą. Ich typologię określiła już w 1969 roku wybitna amerykańska lekarka szwajcarskiego pochodzenia Elisabeth Kübler-Ross, której *Rozmowy o śmierci i umieraniu* do dzisiaj stanowią bezcenne – uwierzytelnione bezpośrednim kontaktem z umierającymi pacjentami – kompendium wiedzy o najczęstszych reakcjach na wieść o nierokującej diagnozie⁴³.

W dyskursie maladycznym choroba wypowiedana jest z różnych perspektyw, co ma swoje naturalne odbicie w odmiennych sposobach jej wyrażania i konceptualizowania. Perspektywa pacjenta, lekarza, reportera, poszukującego w chorobie ciekawego materiału dziennikarskiego, towarzyszącego w chorobie członka rodziny czy przyjaciela – wszystkie te uczestnictwa mają inny charakter oraz dotyczą innego rozumienia i przeżywania choroby. Subiektywny charakter cierpienia fizycznego, ale i psychicznego przecież, ma tu swoje decydujące znaczenie. Dramat walki z niszczyielską potęgą biologii nie jest ogólnie dostępny. Wejście za zasłonę cierpienia jest pilnie strzeżone, najczęściej wbrew woli samego chorego. Towarzyszenie w chorobie ma olbrzymie znaczenie dla chorego, ale nigdy nie dokonuje się w pełni. Nie można wziąć na siebie ciężaru czyjegoś cierpienia. W tym właśnie sensie o chorobie i bólu można powiedzieć, że pozostają one ostatecznie nieofiarowalne i nieprzekładalne jednocześnie.

⁴³ E. Kübler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, przeł. I. Doleżał-Nowicka, Warszawa 1979.

Aktualność poruszanych w niniejszej książce zagadnień wydaje się bezsporna. Wokół części z nich niezmiennie toczą się ożywione dyskusje, zarówno w kręgu akademickich debat, jak i – zwłaszcza – w tzw. obiegu społecznym. Analizowane materiały wskazują jednoznacznie na niezwykle funkcjonalną, nierzadko całkowicie arbitralną właściwość tego, co jest rozumiane jako „chore”, „chorobliwe” – powtórzmy: w konkretnym czasie, w konkretnym kręgu kulturowym. Ostatecznie nie można mieć pewności, czy określone stany uznawane jako „zdrowe” swojego statusu „niemedycznego” nie zawdzięczają wyłącznie brakowi konkretnych metod diagnostycznych. Z kwestią nozologii medycznej łączy się ściśle problem ontologii chorób: czy istnieją one niezależnie od ludzkiego poznania, czy też oczekują, by je rozpoznać i nazwać – a zatem, w jakimś sensie, stworzyć? Trywializując nieco problem, można powiedzieć, że brak aparatów służących do pomiaru ciśnienia krwi nie przesądzał o tym, że dawniej ludzie nie chorowali na nadciśnienie; podobnie niewiedza o istnieniu hormonów nie oznaczała przecież, że całkiem nie tak dawno jeszcze świat był wolny od chorób tarczycy i syndromu Hashimoto, a niezajomość profilu lipidowego nie powodowała, że nasi przodkowie żyli zdrowiej i nie cierpieli na choroby miażdżycowe.

Z kolei święcący triumf w XIX wieku „szał normalizacji” stworzył cały repertuar „chorób” i „zaburzeń”, których żaden rozsądny klinicysta nie będzie dzisiaj traktował poważnie. Przykładowo powszechnie diagnozowany u kobiet w XIX wieku „globus” czy „szał maciczny” – przykład utrwalonych w wielu akademickich rozprawach „przypadłości niewieścich” – wywołuje dziś całkiem uzasadniony uśmiech i, równie często, niedowierzanie (przerażenie?). Podobne przykłady można mnożyć w nieskończoność. Wynika z nich jasno, że to, co uznajemy za normę (medyczną, społeczną, kulturową), pozostaje nią w konkretnym czasie i w konkretnej rzeczywistości naukowej/społecznej, a idea zdrowia psychicznego jest pochodną popularyzowanego przez daną kulturę systemu wartości oraz lansowanych przez nią stylów życia. Jeszcze kilka dekad temu, przypomnijmy, kontakty jedнопłciowe były penalizowane i medyalizowane w większości krajów Zachodu, a seksualność kobiet uznawana była za rzecz nie tyle nawet grzeszną i chorobliwą, ile niebezpieczną.

Prezentowane w książce strategie patologizacji/normalizacji określonych stanów i postaw zdają się kluczowe w dyskursie maladycznym; pokazują one olbrzymią rolę kultury zarówno w tworzeniu samej idei choroby, jak i w procesie zarządzania nią. Zdrowie (somatyczne i/lub psychiczne) nie jest w moim przekonaniu kategorią „ontologiczną”; w zdecydowanej większości przypadków pozostaje ono efektem wartościowania. Podobnie choroba, która nie

musi być wyłącznie wykrywana w tzw. obiektywnych zjawiskach. O jej obecności decydować bowiem mogą nie tyle obiektywne przesłanki, ile konkretne nastawienie oceniającego. Nie ulega wątpliwości – o tym traktuje niniejsza książka – że pojęcia „zdrowia” i „choroby” to także kategorie porządkujące świat pozamedyczny. Ich funkcjonalność wydaje się bezdyskusyjna.

* * *

Całość podzielona została na trzy korespondujące ze sobą części: choroba, plaga, ciało i grzech. Taki układ nie tylko wskazuje na wieloaspektowość dyskursu maladycznego, ale także – co równie ważne – zdradza jego najważniejsze komponenty. Choroba jest rzeczywistością wielowymiarową: biologiczną, psychologiczną, społeczną i kulturową. Wszystkie te poziomy wzajemnie się przenikają i uzupełniają. Nierzadko za chorobę uznaje się to, co jest niezgodne z dominującymi (w danej kulturze, w danym czasie) oczekiwaniami społecznymi. Zagadnienie to pojawia się w całości pracy, wiąże się ono z procesem medykalizacji i patologizacji tzw. stanów normalnych.

Pierwsza część, na którą składają się cztery rozdziały, ma charakter otwierający, spełnia jednocześnie rolę zaplecza teoretycznego: wyznacza właściwą dla studiów maladycznych terminologię i perspektywę badawczą. Interesują mnie szczególnie zmienność i złożoność medycznych klasyfikacji oraz sam proces przypisywania chorobom określonych wartości i znaczeń. W pierwszym rozdziale omawiam sposoby czytania choroby, główne tryby jej lektury. W tej części akcentuję przede wszystkim narracyjny charakter choroby. Uważam bowiem, że długotrwałe doświadczenie niemocy „wymusza” opowieść. Sporo miejsca poświęcam opisowi i analizie patografii – szczególnie rodzajowi dzienników i konfesji pacjenckich, których społeczna wartość wydaje się bezcenna. Patografie wyrażają świat choroby doświadczany przez pacjenta, są nierzadko szalenie intymnym (i poruszającym) rejestrem zmagania z przeciwnościami ciała.

W kolejnym rozdziale zwracam uwagę na przybierającą na sile w ostatnich dekadach demokratyzację i mediatyzację choroby, co z kolei prowadzi do zjawiska jej tabloidyzacji: media coraz częściej informują o problemach zdrowotnych polityków, sportowców, gwiazd ekranu. Zarazem jednak sami chorzy-celebryci ochoczo informują świat mediów o swoich zmaganiach z chorobą – zjawisko to określam mianem „onkocelebrytizmu”. Osobne miejsce poświęcam medialnym przekazom absolutyzującym zdrowie i vitalność; nawiązuję tutaj do modnego dziś zjawiska tzw. healthismu – licznych reżimów troski o zdrowie. Konsekwencją healthismu jest niezgoda na starość i dalsze jej marginalizowanie. Bez wątpienia mamy dziś do czynienia

z monstrializacją i skrajną medykacją starości. Zjawiska te łączę z obecną w kulturze Zachodu gerontofobią.

Ważną część pracy stanowią socjokulturowe studia nad bólem. Akcentuję w nich przede wszystkim problem subiektywizmu i niewyraźności cierpienia, jednocześnie wskazując na funkcjonalny (instrumentalny) i alienacyjny charakter bólu. Zauważam ponadto, że jego percepcja (progi odczuwania) uzależniona może być od warunków kulturowych.

Część pierwszą zamyka rozdział dotyczący biokulturowych źródeł i następstw rozwoju nauk przyrodniczych. Prezentując panoramę „medycyny jutra”, wskazuję również na podnoszone przez bioetyków zagrożenia. Społeczna ocena postępu nauk biomedycznych zdaje się niezwykle spolaryzowana: przeważający dziś głos tzw. technoentuzjastów równoważony jest wystąpieniami technosceptyków, dostrzegających w projektach trans- i posthumanizmu ryzyko zagłady gatunku ludzkiego. Dokonująca się nieodmiennie automatyzacja i cyborgizacja człowieka odczytywana jest z olbrzymią nadzieją – nowy projekt (nad)człowieka lub, przeciwnie, z nieukrywanym przerażeniem – wizja ostatecznej dehumanizacji.

Kolejna część książki – plaga – akcentuje społeczny wymiar epidemii. Podstawową jej tezą jest przekonanie o kulturotwórczym potencjale (i źródle zarazem) chorób zakaźnych, od wieków dziesiątkujących ludzkość. Przedmiotem analizy czynię dawne i współczesne pandemie, nie wyłączając obecnej SARS-CoV-2. Interesuje mnie zmienność dyskursu katastroficznego: sposoby czytania klęsk i zagrożeń biologicznych sprzed i po rewolucji mikrobiologicznej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że strach i lęk od zawsze stanowiły doskonały budulec kultury (szczególnie religii). Wbrew pozorom jednak odczytywanie choroby/plagi jako (zasłużonej) kary za przekroczenie norm moralnych nie straciło całkowicie swego potencjału. Przekonują o tym m.in. kolejne rozdziały dotyczące epidemii HIV/AIDS, która zdumiewa (i w jakimś sensie fascynuje) bogactwem znaczeń, symboli i mitów. Sporo uwagi poświęcam apokaliptycznym pejzażom dawnej i współczesnej (pop)kultury; pokazuję, jak bardzo czerpie ona z biologicznych zagrożeń i katastrof. W kolejnych rozdziałach opisuję towarzyszące wielu epidemiom zjawisko stygmatyzacji i wiktylizacji chorych. Działają tu niezwykle żywotny mechanizm czynienia z ofiar epidemii ich sprawców, co z kolei inicjuje społeczną debatę na temat odpowiedzialności (grup i jednostek) za chorobę. Znaczną część analiz poświęcam właśnie społecznym strategiom zarządzania strachem, stąd m.in. badania skupione wokół semiotyki krwi i jej ambiwalentnej oceny (źródła życia i śmierci, nadziei i lęku).

Obcość i nienaturalność dotkniętego chorobą ciała przenoszę na grunt (anty)estetyki i antropologii ciała. Odwołuję się tu przede wszystkim do

teorii wstrętu Winfrieda Menninghause i kategorii abiektu Julii Kristevej, łącząc je z koncepcją „podłych ciał” Grégoire Chamayou. Opisując emocje obrzydzenia i niesmaku, wskazują, że niemal w tym samym stopniu dotyczą one zewnętrznych obserwatorów, co i samego chorego. Badania nad wstrętem w kontekście doświadczania choroby uznają za niezwykle ważne i oryginalne, przełamujące dotychczasową zмовę milczenia.

Ostatnia część książki wskazuje na fundamentalne znaczenie chrześcijańskiej aksjologii w kształtowaniu się wczesnego rejestru zaburzeń i chorób umysłowych (pierwszych indeksów DSM), odsłaniając jednocześnie okoliczności narodzin dyskursu psychiatrycznego i seksuologicznego. Rozdział dziewiąty stanowi swoistą społeczną historię ciała: wyróżniam tu tak newralgiczne punkty, jak narodziny i zwycięstwo chrześcijańskiej etyki płciowej, jaskrawo odmiennej od grecko-rzymskiej. Wskazują ponadto, że wielowiekowa niechęć i nieufność wobec ciała i całej sfery zmysłowej są w kulturze europejskiej schedą osobistych postaw i poglądów czołowych apologetów chrześcijaństwa, głównie Pawła, Hieronima, Jana Chryzostoma i Augustyna. Ostatniemu poświęcam więcej uwagi, sugerując, że jego *Wyznania* znacząco wpłynęły na postawę chrześcijaństwa wobec erotyki. Deprecjacja ciała ma bowiem u Augustyna charakter obsesyjny i niemal totalny. Niechęć chrześcijańskich teologów wobec ciała i seksu wynikała przede wszystkim z niezależności pożądania seksualnego od ludzkiej woli. *Confessiones* Augustyna doskonale ilustruje proces kształtowania się normy obyczajowej/seksualnej w kulturze Zachodu, pokazuje jego rygorizm, ale i dramatyzm. Osobne miejsce poświęcam analizie dawnych penitencjałów. Tutaj dostrzec już można pełne włączenie przyjemności cielesnej w przestrzeń grzechu, a nawet choroby – świadczą o tym m.in. pierwsze podręczniki z psychiatrii. Proces ten omawiam szczegółowo w rozdziale *Medykalizacja grzechu*.

W ostatniej, najobszerniejszej części książki przywołuję liczne przykłady „schorzeń” i „chorób”, które niemal bez wyjątku straciły swój dawny status dewiacji/anomalii. Trwający niezmiennie proces depatologizacji wielu stanów i zachowań jest w moim przekonaniu odpowiedzią na usilną (obsesyjną) próbę ich medykalizowania w poprzednich dekadach. Zjawisko to określam mianem „szału normalizacji”. Jak wykazuję, proces ten dotyczył zwłaszcza kobiecej seksualności oraz męskiego homoerotyzmu. Wskazuję tu na niezwykle funkcjonalne i równie arbitralne kategorie „dewiacji”, „zboczenia” i „nienaturalności”, które przez całe stulecia organizowały zachodni świat wartości/nauki. Przedstawione materiały wskazują na radykalną zmianę społecznej recepcji homoerotyzmu w ostatnich dekadach XX wieku. Zmiany te, którym poświęcam szczegółowe studia, najłatwiej ująć w prosty schemat: od kryminalizacji i medykalizacji homoseksualizmu do medykalizacji homofobii.