

Włodzimierz Piątkowski*, Luiza Nowakowska**

NURT KRYTYCZNY W KLASYCZNEJ, POLSKIEJ SOCJOLOGII MEDYCyny. ZARYS PROBLEMATYKI

Abstrakt: Intencją autorów tego tekstu, pisanego z perspektywy „socjologii socjologii” i „sociology of medicine” (a więc „medycyny w socjologii”), jest próba wprowadzenia do polskiej debaty wewnątrzsocjologicznej „perspektywy krytycznej”, a więc wątków obecnych „od zawsze” np. w klasycznej socjologii amerykańskiej i zachodnioeuropejskiej wersji socjologii medycyny oraz postawienia pytania: dlaczego to podejście teoretyczne, a także dyrektywa metodologiczna oraz imperatyw praktycznego działania nie są na stałe obecne w polskim dyskursie socjomedycznym. Mamy zatem zamiar naszkicować historyczne korzenie i ewolucję nurtu krytycznego korzystając z wybranych przykładów zaczerpniętych z socjologii ogólnej, po czym ukazać próby aplikacji tego podejścia w klasycznej, polskiej socjologii medycyny. Wydaje się, że prezentacja „podejścia krytycznego”, jego genezy, charakteru, walorów i ograniczeń jest szczególnie ważna i pożądana w warunkach postępującego kryzysu ekonomicznego i jego mikro-, mezo- i makrospołecznych konsekwencji.

Słowa kluczowe: socjologia zdrowia, choroby i medycyny; nurt krytyczny.

1. Wprowadzenie

Bezpośrednią inspiracją do napisania tego tekstu był projekt organizacji sesji tematycznej: „System ochrony zdrowia w stanie kryzysu. Próba socjologicznej diagnozy” w ramach XV Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego (Szczecin, wrzesień 2013, współorganizatorem była B. Tobiasz-Adamczyk). Zainteresowania krytyczną wersją socjologii medycyny współautora artykułu mają jednak dłuższą historię i sięgają okresu studiów socjologicznych odbywanych na Uniwersytecie Warszawskim oraz wyboru specjalizacji – socjologii medycyny, gdzie

* Dr hab., Zakład Socjologii Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, ul. Langiewicza 6a, 20-032 Lublin; Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin.

** Mgr, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin.

niezapomnianym mentorem była współtwórczyni tej subdyscypliny – Magdalena Sokołowska. Jako student III roku, na jej prośbę, pomagał w „technicznej” stronie organizacji otwartych seminariów z zakresu zdrowia i choroby odbywających się w Instytucie Socjologii UW. Wtedy to po raz pierwszy zetknął się z „podejściem krytycznym”, słuchając m.in. wykładów takich wybitnych socjologów, jak: Mark G. Field (Boston University), Yvo Nuyens (Katholieke Universiteit Leuven, współtwórca socjologii medycyny w Belgii) lub Elina Haavio-Mannila (Uniwersytet w Helsinkach, późniejsza koordynatorka Europejskiego Towarzystwa Socjologii Medycyny w Finlandii). Kolejne osobiste inspiracje przyniósł udział w 9. Światowym Kongresie Socjologii w Uppsali i możliwość wysłuchania wystąpień zjazdowych późniejszych klasyków „socjologii krytycznej”, takich jak: Tom Bottmore, Reinhardt Bendix, Eliot Freidson, Vicente Navarro i George Silver (w ramach RC 15, najwięcej ujęć krytycznych zaprezentowano w Sesji 6.: „The political context of Health Services”, 1978). Wczesna, studencka faza zainteresowań autora „socjologią krytyczną” miała później kontynuację m.in. w programie badań nad lecnictwem niemedycznym, gdzie za jedną z przyczyn społecznego niezadowolenia z jakości i charakteru współczesnej biomedycyny uznał on jej częściową dysfunkcjonalność skłaniającą w konsekwencji część pacjentów do wyboru oferty nielekarzy (laików) (patrz m.in.: rozdział 1.2: *Social Causes of Phenomenon*, w: Piątkowski 2012: 229–233).

2. Inspiracje ogólnosocjologiczne

W polskiej socjologii medycyny podkreśla się silną identyfikację tej subdyscypliny z głównymi nurtami socjologii ogólnej (Sokołowska 1976: 10–11; Sokołowska 1968: 253–254; Słońska, Piątkowski 2012: 78). Gdybyśmy przyjęli chronologiczny porządek tej prezentacji to niewątpliwie za „historycznego prekursora” interesującego nas podejścia trzeba by uznać byłego ucznia i współpracownika Augusta Comte’a – Claude’a Henri’ego de Saint Simona (1780–1825) (Shepard 1987: 7–8). Osią jego wczesnych rozważań (1813) była m.in. diagnoza kryzysu społecznego, w jakim znalazła się Europa w okresie przechodzenia od feudalizmu do epoki przemysłowej. Wtedy to według S. Simona ulega rozkładowi wspólnota idei, działania społeczne zbiorowości tracą swoją spójność, a ludzie wchodzą w okres wzajemnej wrogości i konfliktów. Zdaniem S. Simona, ówczesna wielka zmiana społeczna, niesie ze sobą przewagę elementów destrukcyjnych nad tymi, które budują ład i harmonię. Kluczem do naprawy „zła społecznego” ma być zasadnicza reorganizacja życia zbiorowego, zaś podstawowym czynnikiem naprawczym – nowa filozofia społeczna, mająca zintegrować w całość zatomizowaną zbiorowość nadając jej spójny i funkcjonalny charakter (Szacki 1981b: 174–175).

Poprzestańmy na opisanym wyżej symbolicznym przykładzie z przeszłości szukając teraz bliższych historycznie punktów odniesienia w socjologii XX w. Jednym z wpływowych eksponentów „teorii krytycznej” był Robert S. Lynd, jeden z twórców badań typu *field study* w latach 30. (Shepard 1987: 39–40). Badania terenowe Roberta i Helen Lyndów (1924–1925, 1935) wykazały istnienie znacznych nierówności społecznych i ekonomicznych w niewielkiej społeczności miasta Muncie. Głównymi stronami konfliktu była klasa pracująca (*working class*) i posiadająca (*bussiness class*). Kryzys ekonomiczny lat 30. zdecydowanie mocniej uderzał w tę pierwszą, generując strach, gniew, poczucie frustracji i odrzucenia. Te emocje i stany psychiczne nie wywołały jednak potrzeby wspólnej walki o własne interesy (Mucha 1986: 9).

W okresie po II wojnie światowej wybitnymi przedstawicielami „socjologii krytycznej i radykalnej” byli reprezentanci szkoły frankfurckiej, m.in.: Max Horkheimer, Theodor M. Adorno, Herbert Marcuse, oraz wyrastający z tradycji amerykańskiej myśli społecznej Charles Wright Mills. Wspólną cechą przedstawicieli socjologii krytycznej było przekonanie, że powinnością badaczy społecznych jest początkowo „oświecanie” tzw. zwykłych ludzi poprzez wyjaśnianie istoty i cech społeczeństwa, w którym żyją, a także reguł w nim panujących, oraz ukazywanie faktu, że dominacja „elity władzy” (grup rządzących) nie ma charakteru nieodwracalnego i nienaruszalnego. Zadanie „oświecenia społeczeństwa” jest także związane z ideą jego przekształcenia (Mucha 1986: 198–199). Inną postacią reprezentującą radykalny i krytyczny nurt badań społecznych był wspomniany już Max Horkheimer, jego diagnozy ówczesnego niemieckiego kapitalizmu doprowadziły go do sformułowania postulatu zmiany porządku społecznego (w połowie lat 30. ideałem w tych środowiskach przestała być radziecka wersja socjalizmu). Prowadzone od początku lat 30. przez przedstawicieli szkoły frankfurckiej badania nad postawami i świadomością społeczną pracowników najemnych i robotników doprowadziły Horkheimera i jego współpracowników do wniosku, że robotnicy niemieccy nie będą siłą społeczną, w oparciu o którą można dokonać pożądanej i oczekiwanej zmiany społecznej, zatem środowisk zdolnych do odegrania roli „czynnika przekształceń” trzeba szukać gdzie indziej, badacze tej orientacji zwrócili wtedy swoją uwagę na warstwę inteligencji (Mucha 1986: 62).

Podsumowując, oceny rzeczywistości społecznej, którą obserwował, badał i interpretował Max Horkheimer i inni przedstawiciele nurtu krytycznego skłaniały ich do pesymistycznych wniosków: ówczesne stechnicyzowane i stechnologizowane społeczeństwo sprzyja uprzedmiotowieniu jednostki ludzkiej, jej postępującej alienacji, odczuwaniu deprywacji *etc.* Myśl ludzka jest wykorzystywana głównie do celów utylitarnych, a człowiek jest coraz bardziej traktowany instrumentalnie. Cywilizacja konsumpcji i materializmu redukuje jednostkę do „jednowymiarowości” (H. Marcuse) (Olechnicki, Załęcki 1997: 79).

Najbardziej znanym eksponentem amerykańskiej wersji „socjologii krytycznej” był niewątpliwie Charles Wright Mills (1916–1962). Ten pochodzący z prostej, farmerskiej rodziny socjolog starał się konsekwentnie badać, rozumieć i reprezentować interesy tzw. „zwykłych ludzi” (*ordinary people*). Już podczas studiów pod kierunkiem H. Gertha na Uniwersytecie w Wisconsin zetknął się z niemiecką szkołą socjologiczną (Max Weber), studiował także „myśl marksistowską”, co zbliżyło go do niektórych idei szkoły frankfurckiej. Praktycznym efektem prowadzonych studiów socjologicznych były jego radykalnie krytyczne oceny społeczeństwa amerykańskiego zawarte w książce *Elita władzy* (Mills 1961). Mills zwracał uwagę na postępującą polaryzację społeczeństwa amerykańskiego, koncentrację siły ekonomicznej, władzy politycznej i militarnej oraz dążenie do panowania ideologicznego. Masy (tu: nowa klasa średnia) są coraz bardziej bezwolne, podzielone i niezdolne do artykulacji i obrony własnych interesów, przez to nie można odrodzić amerykańskiej demokracji. Postępujący wyścig zbrojeń dodatkowo polaryzuje i ubezwłasnowolnia „masy” umacniając panowanie przedstawicieli „kompleksu militarno-wojskowego”. „Zwykli ludzie” nie mogą liczyć na wsparcie ze strony intelektualistów lub skorumpowanych przywódców związkowych. Mimo że założenia „radykalnej socjologii krytycznej” Ch. W. Millsa spotkały się ze zmasowaną krytyką „socjologicznego *mainstream-u*”, jego poglądy stawały się coraz bardziej popularne i coraz szerzej akceptowane w części radykalizującego się społeczeństwa amerykańskiego (M u c h a 1986: 67–68). „Oportunistyczna, zachowawcza socjologia amerykańska” głównego nurtu jest zdaniem Millsa jedną z sił podtrzymujących i legitymizujących pozycję ośrodków władzy politycznej, ekonomicznej i ideologicznej.

Do grupy wybitniejszych współczesnych kontynuatorów socjologii krytycznej należy niewątpliwie Jürgen Habermas (ur. 1929). Analiza jego wersji „socjologii krytycznej” zbliża nas równocześnie do socjologii zdrowia, choroby i medycyny. Jak podkreśla J. Mucha, jednym z podstawowych „[...] problemów badawczych Habermasowskiej krytycznej makrosocjologii zdaje się trwały kryzys społeczeństwa rozwiniętego kapitalizmu” (M u c h a 2002: 71). Rozważania Habermasa dotyczą też sposobu, w jaki kształcenie uniwersyteckie spełnia (lub nie spełnia) misję społeczną, do której uczelnie zostały powołane. W swej krytycznej analizie szkolnictwa wyższego Habermas stwierdził, że instytucje te stają się stopniowo szkołami zawodowymi, podtrzymując i utrwalając istniejący system, równocześnie tracąc funkcje tworzenia myśli krytycznej mogącej być załącznikiem kształtowania się nowego, lepszego ładu społecznego. W tej sytuacji jedynym wyjściem jest radykalna demokratyzacja uczelni i likwidacja przejawów akademickiego autorytaryzmu (M u c h a 1986: 73). Jak wcześniej wspomniano, egzegeza myśli socjologicznej Jürgena Habermasa może nas prowadzić w kierunku analiz socjomedycznych.

3. Koncepcje na pograniczu socjologii ogólnej i socjologii medycyny

Ciekawą i inspirującą próbę aplikacji i adaptacji teorii krytycznej Jürgena Habermasa do analizy pojęć: zdrowie, choroba, medycyna proponuje socjolożka z Uniwersytetu w Manchesterze – Gemma Edwards (Edwards, Habermas 2012: 33–48). Założeniem autorki jest próba wykorzystania krytycznej analizy współczesnego późnego kapitalizmu do celów, jakie stawia sobie socjologia medycyny. Tu autorka zwraca uwagę na inspirującą rolę przywoływanych już koncepcji Habermasa, np. do analizy procesu medykalizacji. Podejście krytyczne umożliwia zatem badanie negatywnych skutków nadmiernej medykalizacji, której efektem jest powstawanie ruchów obywatelskich walczących o poszanowanie autonomii i niezależności laików w sprawach zdrowia i choroby. Edwards podkreśla, że znaczenie efektywnej kontroli nad zdrowiem i systemem jego ochrony (tu National Health Service, NHS) wynika z elementarnego faktu, że „Health is a central aspect of everyday life” (Edwards, Habermas 2012: 34). Przyjęcie omawianej perspektywy umożliwia także analizę przekształceń „państwo-biurokratycznego” systemu ochrony zdrowia (szpitale, sieć domów opieki, organizacja pracy lekarza ogólnego, instytucje niosące pomoc osobom chorym psychicznie *etc.*) oraz adekwatną ocenę skutków komercjalizacji, prywatyzacji, a także rosnącego wpływu „medycyny korporacyjnej” na zdrowie i chorobę. Współczesny kapitalizm generuje, zdaniem Edwards, coraz więcej konfliktów między „systemem” a „zwykłymi ludźmi”. Publiczna służba zdrowia coraz bardziej przekształca się w ukierunkowany na maksymalizację zysku korporacyjny aparat ekonomiczny nastawiony na eksploatację klientów–pacjentów. W tej sytuacji zagrożone są podstawy funkcjonowania publicznej, powszechnie dostępnej służby zdrowia (NHS), która była od lat symbolem „państwa dobrobytu” i zdobyczą socjalną ludzi pracy. Dlatego konieczne staje się tworzenie nowych ruchów społecznych przeciwko procesom „kolonizacji społeczeństwa” („New social movements against colonization”) (Edwards, Habermas 2012: 41). Tak więc mobilizacja „zwykłych ludzi” do zmiany społecznej świadomości i postulat samoorganizacji w celu ochrony interesów zdrowotnych w konfrontacji z „systemem” jest pilnym zadaniem społecznym i palącą kwestią moralną w kontekście obrony zakresu świadczeń powszechnej służby zdrowia (Edwards, Habermas 2012: 46–47).

Innym, szczególnie ważnym punktem odniesienia przy próbie rekonstrukcji nurtu „krytyczno-radykalnego”, tym razem w polskiej socjologii, była koncepcja pięciu funkcji socjologii autorstwa Adama Podgóreckiego. Trzeba wcześniej przypomnieć, że współpraca między tym wybitnym socjologiem a Magdaleną Sokołowską trwała od końca lat 50., kiedy to oboje poznali się podczas pobytu w USA jako stypendyści Fundacji Forda (szerzej o tym w: Piątkowski, Skrzypek 2012: 823–824). Należy podkreślić, że długotrwałe kontakty naukowe i osobiste

między M. Sokołowską i A. Podgóreckim skutkowały np. tym, że w tekście *Zastosowania socjologii w medycynie* (Sokołowska 1968: 243–262) posłużyła się m.in. terminologią zaczerpniętą z jego książki *Charakterystyka nauk praktycznych* (Podgórecki 1962) (patrz nota autorska M. Sokołowskiej otwierająca jej tekst *Zastosowania socjologii w medycynie*, w: Podgórecki, red. 1968). Jesteśmy zdania, że typologia pięciu funkcji socjologii jest nie tylko użytecznym dla badacza społecznego konstruktem teoretycznym, ale też dowodzi zainteresowania Podgóreckiego charakterem amerykańskiej socjologii krytycznej, zwłaszcza koncepcjami A. W. Gouldnera i Ch. W. Millsa (Podgórecki 1968: 47). Podgórecki przypomina, że socjologia będąc nauką o prawidłowościach rządzących zachowaniami zbiorowymi ludzi może pełnić pięć zasadniczych funkcji: diagnostyczną, apologetyczną, demaskatorską, teoretyczną i socjotechniczną. Zajmijmy się w tym miejscu dwiema z nich. Funkcja demaskatorska według twórcy socjotechniki może mieć dwojakie znaczenia: w pierwszym demaskowanie polega na ukazaniu: „[...] pewnych cech, które z pozoru nie są łatwo uchwytne” (Podgórecki 1968: 18) lub wskazywanie na pewne zmienne trudne do uchwycenia, które wszelako tkwią u podłoża zjawisk społecznych (jest to tzw. demaskowanie metodologiczne). Inny rodzaj demaskowania określa autor jako „emocjonalny lub oceniający”, w tym wypadku chodzi o „[...] wskazywanie pewnych rzeczywistych motywacji, które są celowo lub nieświadomie ukrywane” (Podgórecki 1968: 19). Podgórecki precyzuje, że demaskowanie polega na ujawnianiu cech lub atrybutów, które są trudne do bezpośredniego zaobserwowania. Przy czym „demaskatorstwo emocjonalne” oznacza głównie: „[...] ujawnianie motywów, które właśnie chciałoby się starannie ukryć” (Podgórecki 1968: 20). Charakteryzując swe badania nad dziennikarzami podejmującymi problematykę przestrzegania prawa w PRL, M. Podgórecki stwierdza:

„Otwieranie oczu” społeczeństwa na problematykę społeczno-prawną, wykazywanie ple-niącego się zła społecznego (dojrzanego wcześniej, aniżeli to może uczynić niedostatecznie rzutka administracja), ilustrowanie wadliwości społecznych ekspresyjnymi, a plastycznymi skrótami [...] oto zadania, którym dziennikarze przypisują wagę szczególną (Podgórecki 1968: 22).

Tak więc w tym kontekście zainteresowanie socjologii koncentruje się na tematyce istotnej dla zbiorowości, ale równocześnie „drażliwej”. Problem stanowi również, biorąc pod uwagę „poprawność metodologiczną”, wprowadzanie „kategorii oceniających”, których „czysta nauka” powinna się wystrzegać. Jednak, jak podkreśla Podgórecki, sądy oceniające: „[...] nie muszą należeć do języka tej nauki, mogą być z tego języka świadomie wydzielone” (Podgórecki 1968: 22). Autor dodaje też, że zagadnienia społeczne o wielkim stopniu doniosłości, a jednocześnie „drażliwe”, mogą prowadzić do wartościowych poznawczo rezultatów, również o walorach teoretycznych. Koncepcje A. Podgóreckiego nabierają

jeszcze większej wyrazistości, gdy odnosimy je do jeszcze jednej z wcześniej sygnalizowanych funkcji (apologetycznej), która stanowi swoiste ostrzeżenie dla socjologii – nauka ta nie powinna nigdy tej roli pełnić. Polega ona bowiem na czynnym uczestnictwie w różnego rodzaju manipulacjach: zbieraniu jednych danych z pominięciem innych („niewygodnych”), idealizowaniu i „wychwalaniu” pewnych sytuacji dla celów pozanaukowych, pomijając milczeniem inne fakty, wydarzenia i opinie. Najczęstszym mechanizmem manipulacji jest: „[...] celowe uzasadnienie *a priori* przyjętego poglądu” (P o d g ó r e c k i 1968: 17). Tak więc socjolog nigdy nie powinien posługiwać się dla przyjętej wcześniej tezy wyłącznie wygodnymi i selektywnie dobranymi argumentami. Podsumowując – za pomocą kilku wybranych przykładów powyżej pokazano: genezę, ewolucję i funkcje orientacji krytycznej w socjologii ogólnej. Dodajmy, że część tych egzemplifikacji odnosi się do pola badawczego socjologii medycyny (np. omówione wcześniej koncepcje J. Habermasa).

4. Krytyczna socjologia medycyny – analiza wybranych przykładów

Polska socjologia medycyny historycznie była ściśle związana ze swoimi zachodnimi odpowiednikami. Piszząc o związkach tej subdyscypliny z nauką zachodnią, A. Ostrowska zauważa:

Aspiracjom związanym z uczestnictwem w Unii Europejskiej towarzyszyła jednocześnie refleksja na temat polskich interesów, lojalności i nadziei związanych z Ameryką Północną. Prowokowało to niejednokrotnie pytanie o to czy „bliżej nam” do Europy, czy do Stanów Zjednoczonych. Kwestie te zdają się szalenie odległe od problematyki socjologii medycyny, jednak w nieco ogólniejszym aspekcie pokazują, że dążenia Polski do „westernizacji” zawsze miały swój odrębny kontekst amerykański i zachodnioeuropejski [...]. Europa Zachodnia z jednej strony, a Stany Zjednoczone z drugiej od lat pełniły więc u nas funkcje wzorcowotwórcze w wielu aspektach życia, także w nauce (O s t r o w s k a 2004: 31).

Przytoczony cytat uświadamia nam raz jeszcze, że polska nauka (w tym dyscypliny społeczne) w przeciwieństwie do innych krajów „bloku socjalistycznego” utrzymywała w przeszłości dobre relacje ze swymi zachodnimi odpowiednikami. Dotyczyło to zwłaszcza socjologii medycyny „westernizowanej”, poprzez inicjatywę tego typu badań w skali całej Europy – Magdalenę Sokołowską. W tym tekście wszelako mniej nas interesują zachodnie wzory „krytycznej socjologii medycyny” (zresztą dobrze znane polskim socjologom już od lat 60. XX w.), a raczej ich rodzime odpowiedniki i adaptacje (patrz np.: Illich 1975, zwłaszcza rozdział: *The epidemic of modern medicine*, s. 15–31; Waitzkin 2000, zwłaszcza część najbardziej krytyczna: *Medico-political struggle*, s. 280–282; także napisana w duchu „krytycznej socjologii medycyny” książka Vicente N a v a r r o (1978) *Class Struggle, The State and Medicine*). Należy także zastrzec, że omówienie

tych licznych publikacji zachodnich mieszczących się w tak bogato reprezentowanym nurcie krytycznym przekracza w sposób oczywisty ramy tego tekstu; zostały one skomentowane w innej publikacji (Piątkowski, Nowakowska 2012: 11–29). W tej sytuacji skupimy swoją uwagę na przedstawieniu poglądów dwojga autorów mających (w różnej skali) wpływ na poglądy kolejnych pokoleń socjologów zdrowia i choroby. Są nimi: Magdalena Sokołowska i Zdzisław Bizon. Ten wybór robi być może wrażenie „asymetrycznego”, bowiem porównujemy tu cykl artykułów twórczyni polskiej socjologii medycyny z tekstem bardzo ważnym, choć nieco zapomnianym, profesora psychiatrii Zdzisława Bizona. Należy zatem podkreślić, że obszerna i erudycyjna rozprawa Bizona, mająca charakter teoretyczno-historyczny, jest w naszej opinii jednym z najlepszych i najbardziej inspirujących tekstów socjomedycznych napisanych w pierwszej dekadzie rozwoju subdyscypliny. Dodajmy, że argumenty Bizona nie utraciły swej aktualności mimo upływu lat.

5. Magdalena Sokołowska – polska próba adaptacji „socjologii krytycznej” w badaniach socjomedycznych

Opublikowane w 1980 r. *Granice medycyny* M. Sokołowskiej można uznać za kluczowy moment w rozwoju krytycznego podejścia do zagadnień związanych ze zdrowiem, chorobą i medycyną w polskiej socjologii medycyny. Autorka, odwołując się do poglądów najważniejszych przedstawicieli tzw. „ruchu antymedycznego” w krajach zachodnich, podjęła próbę oceny funkcjonalności i dysfunkcyjności współczesnego systemu medycznego oraz zarysowała mechanizmy rozwoju medykalizacji jako zjawiska zagrażającego m.in. rozwojowi społecznych strategii radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. W rozdziale *Orientacja inżynierska* (Sokołowska 1980: 147–159) przywołuje poglądy René Dubos’a, autora *Miraży zdrowia*, jako kontekst uzasadniający tezę o niedostatecznym w stosunku do medycyny „technicznej” rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej oraz ekologicznego modelu relacji człowieka ze środowiskiem jego życia. Spektakularny rozwój „orientacji inżynierskiej” w medycynie opartej na zaawansowanej diagnostyce, leczeniu klinicznym (chirurgicznym i farmakologicznym), zdominował jej zdaniem inne metody rozwiązywania problemów zdrowotnych zarówno w wymiarze społecznym, jak i jednostkowym. Odnosząc konsekwencje „przerostu” orientacji inżynierskiej w medycynie do poziomu jednostkowego, autorka opisuje proces postępującej dynamicznie specjalizacji zawodów medycznych. Powiększająca się wraz z rozwojem technologii medycznych liczba specjalności lekarskich sprawia, że prestiż lekarza ogólnego znacząco maleje. Spadek zainteresowania możliwością pracy z pacjentem w ramach podstawowej opieki zdrowotnej wśród studentów medycyny idzie w parze z powszechnym

pojęciem, że profesja lekarza polega na wąsko- i wysokospecjalistycznym leczeniu klinicznym ciężkich przypadków. Tym, co wydaje się, że stanowi sedno krytyki Sokołowskiej, jest przekonanie o niebezpieczeństwie marginalizacji całościowego podejścia do pacjenta oraz fragmentaryzacji procesu leczenia. Problem ten wyraża się w braku systemu, który zapewniłby swego rodzaju ciągłość komunikacji zarówno z pacjentem, jak i pomiędzy lekarzami różnych specjalności, co stawia pod znakiem zapytania szansę realizacji postulatu „całościowej opieki”. Zmiana sposobu rozumienia roli lekarza postrzeganego dzisiaj głównie jako wyspecjalizowanego eksperta od pewnego „fragmentu ciała” oraz utożsamienie specjalizacji lekarskiej z jedynie „prawdziwą medycyną” niweczy według Sokołowskiej ideę „lekarza całego człowieka” i stawia na podrzędnej pozycji lekarza ogólnego. W ten sposób pacjent zostaje pozbawiony szans na adekwatną w stosunku do jego potrzeb opiekę. Termin „opieka” autorka podkreśla szczególnie mocno i stawia go w opozycji do „leczenia”, zwracając uwagę, że opieka sprawowana wobec pacjenta wymaga szczególnych predyspozycji i wiedzy z dziedzin pozamedycznych – socjologii, psychologii, antropologii (Sokołowska 1980: 147–153). Tymczasem koncentracja finansów i wysiłku organizacyjnego w obszarze lecznictwa specjalistycznego sprawia, że „[...] chwije się cały gmach służby zdrowia. Staje się ona kolosem na glinianych nogach i jest dysfunkcyjna” (Sokołowska 1980: 154).

Krytykowana przez Sokołowską dysproporcja między „orientacją inżynierską” a podstawową opieką zdrowotną ma także swoje szersze, społeczne konsekwencje. Wskazując na problem „indywidualizacji” systemu medycznego, opisuje niedostatek rozwoju „orientacji ekologicznej”, biorącej pod uwagę czynniki socjokulturowe i ekonomiczne jako zasadnicze wskaźniki stanu zdrowia społeczeństwa. Zwraca uwagę, że ów niedostatek jest tym bardziej odczuwalny w sytuacji, w której jako kraje rozwinięte doświadczamy wzrostu zapadalności na tzw. choroby cywilizacyjne (Sokołowska 1980: 154–156). Elementem krytycznej oceny systemu medycznego w kontekście nadmiernie eksploatowanej funkcji „techniczno-naukowej” jest argumentacja Sokołowskiej, że

We wszystkich fazach historii ludzkiej największe znaczenie dla zdrowia człowieka miała jego interakcja ze środowiskiem. Społeczeństwa rozwinięte zawdzięczają swój obecny standard zdrowotny przede wszystkim warunkom ekologicznym, poprawie odżywiania, kontroli sanitarnej i regulacji urodzeń (Sokołowska 1980: 156).

Dalej autorka zauważa, że „Współczesna medycyna nie docenia i nie umie badać stylów życia i zachowania ludzi jako hipotetycznych przyczyn chorób” (Sokołowska 1980: 156). W ten sposób podkreśla, że medycyna w obecnym kształcie nastawiona przede wszystkim na wysokospecjalistyczne leczenie marginalizujące całościowe, ekologiczne podejście do procesu leczenia i opieki, jest nieskutecznym środkiem radzenia sobie z podstawowymi wyzwaniami zdrowotnymi naszych czasów.

Dysfunkcjonalność współczesnego systemu medycznego polega według autorki *Granic medycyny* nie tylko na niedostrzeganiu potrzeby rozwijania alternatywnych wobec „orientacji inżynierskiej” strategii redukcji problemów zdrowotnych, ale także na generowaniu ogromnych kosztów przy jednoczesnej niskiej efektywności. „Między medycyną a zdrowiem nie można postawić znaku równości i nie jest tak, że im więcej medycyny – tym więcej zdrowia. Medycyna wiąże się ze zdrowiem tylko częściowo” – pisze Sokołowska (1980: 166) i stwierdza, że choć wykazanie związku między medycyną a zdrowiem nie jest łatwe, są dane, które potwierdzają, że znaczące zwiększenia wydatków na służbę zdrowia miało miejsce wówczas, gdy właściwie nastąpił prawie całkowity spadek współczynników zgonów z powodu chorób zakaźnych w nowoczesnych społeczeństwach. Fakt ten podważa według Autorki powszechny pogląd, że to wyłącznie działania medyczne przyczyniły się do tak znaczącego spadku tego typu chorób. Sokołowska podaje wiele innych przykładów potwierdzających niewydolność współczesnych systemów medycznych: np. w roku 1974 w Stanach Zjednoczonych wydano ok. 4 mld dolarów na ok. 2,4 mln niepotrzebnych operacji, które zakończyły się 12 tys. zgonów. Należy podkreślić, że Sokołowska oceniając efektywność współczesnego systemu medycznego i jego realne możliwości w zakresie redukcji problemów zdrowotnych, nie wysuwa kategorycznych postulatów ograniczania wydatków na służbę zdrowia i ich relokacji do innych sektorów lub też systemów działań. Odwołuje się przy tym do poglądów amerykańskich badaczy J. B. i S. M. McKinlay, według których spektakularne postępy wiedzy i technologii medycznych nie mają wystarczającego przełożenia na realne obniżenie zachorowalności i umieralności na większość współczesnych chorób. Z tego względu należałoby poddać systematycznej ocenie dotychczasowe sposoby działań oraz ograniczyć dalszy niekontrolowany wzrost wydatków na system medyczny (Sokołowska 1980: 167–177).

Kolejne rozdziały *Granic medycyny: Medycyna zagrożeniem?* (Sokołowska 1980: 181–190) oraz *Problem medykalizacji społeczeństwa* (Sokołowska 1980: 191–207) stanowią zasadnicze elementy jej krytycznych analiz. W pierwszym z nich dokonuje zestawienia głównych wątków nasilającego się od kilkunastu lat „dyskursu medycznego” (głównie w Stanach Zjednoczonych). Jednym z aspektów opisywanego przez Sokołowską zjawiska jest problem niedostatku kontroli społecznej nad praktykami lekarskimi, stosowanymi procedurami, zasadnością zalecanych terapii jako konsekwencji powszechnego poglądu, że w kwestiach medycznych mogą wypowiadać się jedynie lekarze, a publiczne sądy kierowane pod adresem lekarzy odczytywane są jako nieprofesjonalne ataki laików. Omawiając problem jatrogenności medycyny autorka odwołuje się także do zagadnienia efektywności działania instytucji medycznych i zwraca uwagę na zagrożenia zdrowotne, jakie one generują, a które wynikają z jednej strony z zaniedbań ze strony personelu szpitali i placówek medycznych, a z drugiej – ze

złej organizacji i dystrybucji finansów w ramach systemu medycznego. Kolejnym aspektem nasilającego się dyskursu antymedycznego jest w ocenie Sokołowskiej problem stosowania nieuzasadnionych, nie zawsze do końca sprawdzonych technik medycznych (Sokołowska 1980: 183–186).

Tym, co czyni M. Sokołowską prekursorką nurtu krytycznego w polskiej socjologii medycyny jest także analiza zjawiska medykalizacji w społeczeństwie amerykańskim. Autorka kreśli mechanizm „ekspansji medycyny” wskazując na szczególnie wysoki prestiż zawodu lekarza w tym kraju i związany z tym znaczny zakres władzy społecznej, jaką dysponuje, co z kolei warunkuje powszechną tendencję do definiowania i traktowania zjawisk niemedycznych jako przypadku kwalifikującego się do interwencji medycznej (Sokołowska 1980: 191–192). Opisując, czym jest medykalizacja Sokołowska zwraca uwagę na „[...] wzrost ilości postaw i zachowań, które zostały określone jako choroba i których leczenie traktuje się jako należące do medycyny” (Sokołowska 1980: 193). A zatem istotą ekspansji dyskursu medycznego jest „multiplikowanie chorób” oraz, jak pisze Sokołowska, „[...] rosnące oczekiwania i wymagania ludzi, co do samopoczucia i innych wartości nazywanych zdrowiem” (Sokołowska 1980: 194). Proces ten prowadzi jej zdaniem do niebezpieczeństwa „indywidualizacji choroby” i nadmiernej koncentracji na biomedycznych metodach zwalczania problemów zdrowotnych (Sokołowska 1980: 192).

Sposób, w jaki pisze Sokołowska o medykalizacji wykracza poza wąskie rozumienie tego terminu. Według niej ekspansja medycyny jest czymś więcej niż tylko „uzurpacją lekarzy”, jest zjawiskiem warunkowanym kontekstem socjokulturowym – szczególnie predyspozycją społeczeństwa amerykańskiego do interpretowania określonych problemów społecznych w kategoriach medycznych. Zwracając uwagę na ten „oddolny” charakter medykalizacji, nie pomija także analiz tego zjawiska jako konsekwencji wpływu środowiska lekarskiego oraz instytucji medycznych. Odwołuje się w tym kontekście do poglądów (nie bez pewnych zastrzeżeń) Ivana Illicha (1975) zawartych w książce *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, w której autor stawia jednoznacznie krytyczne tezy o jatrogeennym wpływie „establishmentu medycznego” na zdrowie, a nawet generowaniu chorób przez współczesną medycynę. Przywołuje także ustalenia P. M. Stronga, który szczegółowo opisuje mechanizmy „profesjonalnego imperializmu” lekarzy – m.in. monopolizację usług, marginalizowanie innych profesji medycznych oraz laików, rozpowszechnianie i utrwalanie medycznych interpretacji problemów społecznych, indywidualizowanie problemów zdrowotnych lub uzależnienie pacjentów od pomocy lekarskiej i leczenia farmakologicznego (Sokołowska 1980: 193–198).

Sokołowska, charakteryzując procesy medykalizacji, zwraca ponownie uwagę na narastające głównie w Stanach Zjednoczonych poglądy antymedyczne jako wyraz sprzeciwu wobec stechnicyzowanej, zbiurokratyzowanej, jatrogennej

i kosztownej medycyny. Początkowo, jak zauważa autorka, krytyka dotyczyła negatywnego wpływu instytucji medycznych na pacjenta, ich opresyjnego i segregującego charakteru, problemu etykietowania chorych oraz „konstruowania” zaburzeń (chodziło głównie o zaburzenia psychiczne). Jak zaznacza Sokołowska, poglądy antymedyczne, podkreślające potrzebę demedycyzacji, nie miały charakteru wyłącznie teoretycznych dywagacji, wręcz przeciwnie, stanowiły impuls dla rozwoju licznych inicjatyw społecznych inspirowanych zarówno przez środowiska młodych lekarzy, jak i grupy mniejszościowe, feministyczne i osoby niepełnosprawne, które doprowadziły do pewnych zmian w skostniałym systemie medycznym – m.in. demokratyzacji relacji lekarza z pacjentem i wprowadzenia zapisu o prawie chorego do informacji i ich poufności (Sokołowska 1980: 199–202).

Podsumowując swoje uwagi dotyczące medycyzacji, Sokołowska podkreśla, że jest to zjawisko bardzo złożone i trudno je poddać jednoznacznej ocenie. Przestrzega wręcz przed nadmiernym upraszczaniem i odnoszeniem pojedynczych przypadków do całego systemu medycznego oraz jednoznacznie negatywną oceną całego środowiska lekarskiego. Niemniej jednak fakt, że M. Sokołowska poświęciła tak wiele miejsca problematyce „ekspansji medycyny” czyni ją bez wątpienia, jak już wspomniano, prekursorką nurtu krytycznego. Należy ponadto podkreślić, że dopiero w ostatnich latach medycyzacja stała się przedmiotem bardziej systematycznych analiz polskich socjologów medycyny, co potwierdza, że *Granice medycyny* stanowią pozycję przełomową i wciąż aktualną.

Wiele uwag poczynionych przez M. Sokołowską na kartach *Granicy medycyny* znalazło swą kontynuację i rozszerzenie m.in. w *Socjologii medycyny* z 1986 r. jej autorstwa. Omawiając kwestię polityki zdrowotnej w nowoczesnych społeczeństwach, odwołuje się, znacznie szerzej niż miało to miejsce w przypadku *Granicy medycyny*, do poglądów Ivana Illicha. Opisuje jego krytykę współczesnej medycyny, która rozbudziła nierealistyczne nadzieje na możliwość wyleczenia nawet najcięższych chorób, rozszerzyła interpretację medyczną na problemy społeczne, wywołuje choroby oraz zmniejsza kompetencje chorych do radzenia sobie z problemami zdrowotnymi (Sokołowska 1986b: 43–44). Przywołuje także typologię błędów jatrogennych autorstwa Illicha, które podzielił na jatrogenyzy: kliniczną (prowadzącą do choroby lub zgonu), społeczną (uzależnianie od opieki medycznej i kreowanie sztucznego zapotrzebowania na swoje usługi) i strukturalną (medycyna jako system hamujący rozwój innych form wsparcia w zdrowiu i chorobie) (Sokołowska 1986a: 227). Rozpatrując z kolei kwestię reformy opieki zdrowotnej w krajach zachodnich, autorka referuje poglądy V. Navarro, który stojąc poniekąd w opozycji do poglądów Illicha, główny akcent kładzie na krytykę systemu kapitalistycznego i nierówności społeczne, jakie generuje. Medycyna i cały system medyczny stał się w ocenie Navarro kolejnym obszarem zdominowanym przez ekonomię zysku, a zdrowie zostało zdegradowane do towaru, na które

nie stać biednych (Sokołowska 1986b: 43, 228). Wydaje się, że w dyskusji nad kształtem systemu zdrowotnego Sokołowska zajmuje pośrednie stanowisko i skłania się do podejścia reprezentowanego ówczesznie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), która podkreślała m.in. konieczność rozwoju medycyny profilaktycznej oraz reorientację współczesnej medycyny w kierunku wzmacniania podstawowej opieki zdrowotnej (Sokołowska 1986b: 43–44). Sokołowska kilkakrotnie pisze na temat niedostatecznego jej rozwoju. Rozpatruje to zagadnienie m.in. odwołując się do krytyki instytucji totalnej autorstwa E. Goffmana (Sokołowska 1986b: 111) oraz wskazując na niewydolność i nieprzystosowanie współczesnych szpitali do opieki nad chorymi terminalnie (Sokołowska 1986b: 127–139). W tym kontekście Sokołowska kreśli organizacyjny schemat funkcjonowania medycyny w przyszłości, która miałaby się opierać na dwóch filarach:

Jednym z nich byłaby medycyna środowiskowa zorientowana ekologicznie [...]. Drugim [...] byłaby opieka typu holistycznego, podstawowa, psychosocjomedyczna opieka nad całym człowiekiem. Pomiędzy tymi dwoma filarami zajęłoby należne miejsce wyspecjalizowane leczenie typu klinicznego (Sokołowska 1986b: 45).

Sokołowska podkreśla, że istotą tego modelu jest zmiana proporcji, polegająca na pewnym ograniczeniu „przerośniętej” w jej opinii funkcji kliniczno-technicznej współczesnego systemu medycznego (Sokołowska 1986b: 45). Realizacji idei medycyny „uspołecznionej” sprzyja w opinii autorki obserwowany w wielu krajach wzrost sceptycyzmu wobec medycyny i profesji lekarskiej oraz rozwój „orientacji konsumenckiej” korzystających z usług medycznych (pacjent jako świadomy, krytyczny konsument) (Sokołowska 1986b: 106–107).

W części V *Socjologii medycyny* zatytułowanej *Medycyna a kontrola społeczna* Sokołowska (1986a: 219–228) kontynuuje rozważania dotyczące dysfunkcjonalności współczesnych systemów medycznych w krajach zachodnich oraz problemu „nadzoru medycznego”, o których sygnalizowała w *Granicach medycyny*. Funkcja kontrolna medycyny przejawia się według autorki w procesie uprawomocniania choroby oraz sprawowaniu kontroli profesjonalnej (zawodowej). Podstawą ekspansji medycznej jest zatem wyłączna władza lekarza do potwierdzania wystąpienia choroby i statusu chorego i decydowania, co jest, a co nie jest chorobą, a z drugiej strony postępująca profesjonalizacja i instytucjonalizacja praktyki lekarskiej prowadzi do zasadniczej zmiany relacji z pacjentem, który staje się w tym układzie biernym, podporządkowanym odbiorcą usług medycznych. Nadrzędna pozycja medycyny i jej przedstawicieli w strukturze władzy społecznej prowadzi według Sokołowskiej do pogłębiania się nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, niewystarczającej opieki, zahamowania rozwoju alternatywnych wobec kliniczno-technicznych form wsparcia w zdrowiu i chorobie oraz indywidualizacji problemów zdrowotnych (Sokołowska 1986a: 219–224).

6. Zdzisław Bizonia krytyka funkcjonowania systemu medycznego

Zdzisław Bizoń w tekście zamieszczonym, w redagowanej przez M. Sokołowską, J. Hołówkę i A. Ostrowską (1976) monografii *Socjologia a zdrowie*, zatytułowanym *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, dokonał krytycznej analizy współczesnej medycyny, którą traktuje jako swego rodzaju system społeczny warunkowany funkcjonalnymi powiązaniem z innymi systemami oraz szerszymi układami systemowymi. Autor zwraca szczególną uwagę na możliwości realizowania celów, do których ów system został powołany oraz zdolność adaptowania się polegającą na „[...] regulowaniu jego stosunków z nadsystemem, odpowiednio do zmieniających się w czasie własności i wymogów tego nad systemu [...]” (Bizoń 1976: 107). Omawiając zagadnienie funkcjonalności systemu medycznego, autor zaznacza, że przedmiotem jego analiz jest medycyna „[...] euro-amerykańskiego kręgu kulturowego” (Bizoń 1976: 107) i jej możliwości efektywnego leczenia/łagodzenia dolegliwości, ochrony zdrowia i podnoszenia zdrowotności społeczeństwa. Oceniając ten aspekt funkcjonowania systemu medycznego Bizoń dokonuje krytycznej analizy jego historycznego rozwoju i zauważa, że przez wiele wieków medycyna dysponowała ograniczonymi możliwościami reagowania na problemy zdrowotne (oferując nieskuteczne, a nawet szkodliwe terapie), a zatem w dużej mierze była systemem dysfunkcyjnym. Pomimo owej pierwotnej dysfunkcyjności system medyczny poprzez umiejętne stosowanie pewnych mechanizmów adaptacyjnych był w stanie z powodzeniem rozwijać swoje struktury i wzmacniać pozycję w społeczeństwie. Pierwszym z mechanizmów, który sprawił, że system ten nie tylko przetrwał, ale zyskał szczególny prestiż oraz możliwości sprawowania władzy społecznej, było ukrywanie dysfunkcyjności i pozorowanie funkcjonalności (np. poprzez unikanie zewnętrznej kontroli, zniekształcanie lub niedostarczanie danych). Oczywiście, jak zauważa autor, strategia ta mogła być skuteczna tylko do pewnego momentu, bowiem stosowana na dłuższą metę może prowadzić do poważnych zakłóceń relacji zależności z innymi systemami (nadsystemem) lub powstawania kolejnych, wtórnych dysfunkcji samego systemu medycznego (np. jego niewydajność), a wręcz stanowić zagrożenie dla przetrwania tego systemu (Bizoń 1976: 108–110). Dlatego też utrzymanie i dalsze systematyczne wzmacnianie pozycji medycyny (rozumianej, jak już wspomniano, jako system społeczny) mogło być możliwe poprzez zastosowanie kolejnego mechanizmu adaptacyjnego – „[...] intensywną, wielostronną i niezwykle sprawną działalność społeczną oraz polityczną [...] «aktorów» działań medycznych (tj. grup i zawodów medycznych) [...]” (Bizoń 1976: 110). W wyniku tej „pozamedycznej” aktywności rósł prestiż środowiska lekarskiego, zdobywano kolejne przywileje i zabezpieczenia przed ewentualnymi zarzutami o nierzetelność. W ten oto sposób został zbudowany mit medycyny skutecznej, obiektywnej, racjonalnej, który

dzięki socjotechnice skompensował rzeczywistą dysfunkcjonalność w zakresie jej podstawowego celu, jakim jest leczenie i ochrona zdrowia (Bizoń 1976: 112–113).

Kolejne rozważania Z. Bizonia poświęcone zostały dalszemu szczegółowemu omówieniu technik manipulacyjnych systemu medycznego, którego rozwój autor odczytuje jako „[...] nieustanną walkę o prestiż społeczny oraz odpowiednie wpływy czy władzę (autorytet)” (Bizoń 1976: 113). Stosowane w tym względzie strategie mają z jednej strony charakter społeczno-organizacyjny i polityczny, ale są to także intensywne działania ideologiczno-propagandowe. Historia rozwoju medycyny dostarcza wielu przykładów wywierania nacisków, zabiegania o względy wpływowych kręgów, eliminowania lub marginalizowania konkurencji poprzez np. prawne sankcjonowanie kompetencji zawodowych lub tworzenie kodeksów deontologicznych (Bizoń 1976: 113). Analizując taktyki poszerzania wpływów przez środowisko medyczne, Bizoń stwierdza: „Wydaje się, że uzyskanie i umocnienie swej autonomii zawdzięcza profesja bardziej stosowanej strategii społeczno-politycznej, aniżeli efektom praktyki leczniczej” (Bizoń 1976: 114).

Równie skuteczne były według autora rozmaite strategie bezpośredniego wpływania na opinię społeczną poprzez tworzenie pozytywnego obrazu medycyny (działalność ideologiczno-propagandowa). Jedną z metod „mitologizowania” medycyny, którą wymienia Z. Bizoń, jest idealizacja roli i cech osobowych lekarza jako wszechmocnego, kompetentnego, spełniającego najwyższe standardy etyczne, altruisty, czego konsekwencją jest m.in. nadmierne i nierealistyczne oczekiwania wobec lekarzy, a w dalszej kolejności frustracja pacjenta. Inną wymienioną przez autora strategią jest kreowanie i rozpowszechnianie obrazu interwencji medycznych jako niezbędnych, koniecznych i niezastąpionych oraz dramatyzowanie lekceważenia zaleceń lekarskich lub odmowy kontaktu z lekarzem (operowanie strachem) (Bizoń 1976: 115–116). Metodą wzmacniania prestiżu środowiska lekarskiego jest także wpływanie na emocje i wyobrażenia ludzi np. poprzez „[...] obecność przedstawicieli medycyny w najbardziej podniosłych bądź dramatycznych wydarzeniach w życiu człowieka (narodziny, śmierć, nieszczęśliwe wypadki, zbiorowe kataklizmy itp.) [...]” (Bizoń 1976: 116–117). W ten sposób dochodzi do rozprzestrzeniania się wpływów środowiska lekarskiego oraz wizji świata, w którym człowiek, będący przedmiotem „medycznej indoktrynacji” traktuje medycynę jako kryterium decyzji życiowych, a lek jako środek łagodzenia dylematów egzystencjalnych. Inną techniką, służącą uzasadnianiu szczególnej pozycji i roli systemu medycznego i jej przedstawicieli, jest według Bizonia strategia manipulowania wartościami, polegająca m.in. na odwoływaniu się do wartości nadrzędnych w celu ochrony partykularnych interesów. Częstym zabiegiem jest także utożsamianie dobra profesji lekarskiej z dobrem pacjentów (czego przejawem jest np. argumentacja, że podważanie prestiżu lekarza jest w istocie działaniem na szkodę chorego). Innym aspektem strategii manipulowania wartościami

jest ich zawłaszczanie i włączanie w zakres kompetencji medycznej – np. wyglądu fizycznego (chirurgia kosmetyczna), aktywności fizycznej (medycyna sportowa), życia seksualnego (seksuologia jako dziedzina medyczna). Inne „nadużycia” medycyny polegają według autora na manipulowaniu wiedzą naukową. Medycyna jest, jak twierdzi, przede wszystkim dyscypliną interwencyjną, opartą na działaniu, a wiedza jest jej teoretycznym zapleczem. Stwarza to sytuację, w której skuteczność stosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych, ale także programów profilaktycznych nie zawsze znajduje potwierdzenie w rzetelnych danych naukowych (B i z o ń 1976: 117–120). Ponadto, jak twierdzi Z. Bizoń, wiedza medyczna stanowi „[...] zlepek informacji i ocen wartościujących, swoistą mieszaninę pojęć i twierdzeń opisowych oraz normatywnych” (B i z o ń 1976: 120), co sprzyja stosowaniu przez system medyczny mechanizmów obronnych, racjonalizowaniu stosowanych procedur i usprawiedliwianiu niepowodzeń (przykładem tego rodzaju taktyk jest np. przypisywanie zasług w zakresie wydłużania średniej długości trwania życia wyłącznie medycynie) (B i z o ń 1976: 120–121).

Kontynuując rozważania nad kształtem i charakterem konfliktowych relacji między medycyną i profesją lekarską a otoczeniem systemowym, Z. Bizoń poddał analizie sposób adaptowania się systemu medycznego do przemian „makrosystemowych”, jakie zaszły w ciągu ostatniego stulecia (industrializacja, urbanizacja, globalizacja, postęp technologiczny, nowe trendy demograficzne, upowszechnienie oświaty *etc.*). Te nowe współzależne zjawiska i procesy sprawiły bowiem, że medycyna chcąc utrzymać swoją dotychczasową pozycję musiała wypracować nowe techniki przystosowawcze (B i z o ń 1976: 121–123). Na część tych „makrosystemowych impulsów” medycyna zareagowała adaptacyjnie i zdołała zachować swą funkcjonalność, jednak wobec innych wyzwań nie była w stanie wdrożyć odpowiednich metod, albo wręcz ich nie dostrzegała – m.in. takich, jak:

[...] demokratyzacja stosunków, wzrost siły nabywcy masowego konsumenta, zmniejszenie się dystansu intelektualnego między lekarzem i większością jego pacjentów, wzrost żądań i krytycyzmu pacjenta [...] oraz rosnącego znaczenia niektórych wartości (egalitaryzmu, wydajności, w końcu także zdrowia jako powszechnego dobra) (B i z o ń 1976: 123).

Z. Bizoń wysuwa z powyższego wniosek, że system medyczny okazał się dysfunkcyjny przede wszystkim w zakresie adaptowania się do wyzwań o charakterze społecznym i środowiskowym, lepiej radząc sobie w zakresie technologii i rozwoju naukowego. Przyczyn tego stanu rzeczy upatruje autor w utrwalonym, ustabilizowanym i sztywnym podsystemie „instytucjonalno-profesjonalnym”: „Profesja uzyskała tak znaczny stopień autonomii, że wszelka kontrola jej działań sprowadzała się wyłącznie do samokontroli” (B i z o ń 1976: 124), przez co zainteresowanie potrzebami nadsystemu i skłonność do ustępstw na jego rzecz uległy znacznemu osłabieniu. Pierwsze w historii medycyny poważne sukcesy w zakresie zwalczania zakaźnych dodatkowo wzmocniły prestiż i autorytet profesji lekarskiej oraz „zakonserwowały” i obniżyły zdolność adaptacyjną systemu

medycznego. Samowystarczalna, zamknięta i „niewrażliwa” na sygnały płynące z otoczenia medycyna pogłębiła w ten sposób swą dysfunkcjonalność, jednak brak elastyczności nie zagrażał jej samej, bowiem braki, niedociągnięcia, błędy były dostrzegane i odczuwane przede wszystkim przez zewnętrznych obserwatorów. Adaptacja i dbałość o zachowanie funkcjonalności polegało w istocie na działaniach pozorowanych, które mają znaczenie peryferyjne i nie dotyczą istoty systemu medycznego. Jednak stały wzrost potrzeb i świadomości zdrowotnej, a także znaczący przyrost chorób przewlekłych i niepełnosprawności w nowoczesnych społeczeństwach sprawiły, że medycyna w takim kształcie okazała się nie tylko niewydolna, ale ów brak adaptacyjności spowodował powstanie nowego rodzaju dysfunkcji – braku możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dużej części społeczeństwa (B i z o Ń 1976: 124–125). A zatem, o ile w przeszłości dysfunkcjonalność medycyny oznaczała przede wszystkim nieefektywność leczenia, obecnie jest nią „[...] szereg barier między systemem a wymogami społecznego otoczenia [...]” (B i z o Ń 1976: 125), z czego jedną z poważniejszych jest bariera finansowa. Okazuje się więc, jak argumentuje Bizoń, że funkcjonalność systemu medycznego nie wzrosła pomimo dużo większej skuteczności leczenia, wręcz przeciwnie – dysfunkcje pogłębiły się, a nawet, jak już wspomniano, pojawiły się nowe (B i z o Ń 1976: 125–126).

Według Z. Bizonia, rozbieżność między wzrastającymi możliwościami leczenia pacjentów, rozwojem naukowym i technologicznym a zdolnościami do realnego zaspakajania potrzeb zdrowotnych całego społeczeństwa doprowadziła w wielu krajach, przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, do antagonizacji relacji między systemem medycznym zagrożonym utratą przywilejów a systemem politycznym, chcącym zapobiegać ewentualnym niepokojom społecznym. W wyniku ścierania się interesów sił politycznych z jednej strony i środowiska lekarskiego z drugiej, pojawił się w ostatnich latach, jak ocenia Bizoń, nowy, kompromisowy „wzorzec adaptacji” – idea medycyny środowiskowej znoszącej retorykę przeciwnieństw, którą posługiwały obie strony, a która pozwoliła, przynajmniej częściowo, na ograniczenie odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa zarówno medycyny, jak i władz państwowych. Wyrazem tych tendencji jest m.in. szerokie poparcie władz federalnych Stanów Zjednoczonych dla programów medycyny środowiskowej, która miała na celu m.in. zainicjowanie i rozwijanie współpracy między służbami medycznymi a służbami publicznymi. Akceptację środowiska medycznego dla tego rodzaju zmian w systemie można według autora interpretować jako kolejny w historii medycyny rodzaj adaptacji do nowych wymogów makrosystemu w celu ochrony własnych interesów poprzez uniknięcie upaństwowienia systemu opieki zdrowotnej. Można zatem postawić pytanie, czy idea medycyny środowiskowej jest dowodem na ewoluowanie medycyny w kierunku modelu społecznego, czy może jednak jest ona nową formą rozprzestrzeniania się wpływów medycyny. Pytanie to Bizoń pozostawia otwarte (B i z o Ń 1976: 126–131).

7. Zakończenie

Przedstawione wątki krytyczne rozwijane w polskiej socjologii medycyny zostały w tym tekście zaledwie zarysowane. Warto na koniec zasygnalizować, że w dorobku M. Sokołowskiej moglibyśmy odnaleźć inne niż te, o których wspomniano. W artykule zamieszczonym w „Studiach Socjologicznych” (Sokołowska 1972) zatytułowanym *Dysfunkcjonalność instytucji służby zdrowia* autorka podejmuje próbę określenia sposobu analizowania systemu medycznego pod kątem jego szeroko rozumianej niewydolności. Dysfunkcjonalność definiuje Sokołowska jako „[...] zakłócenia w realizacji celów zakładanych instytucji spowodowane realizacją innych celów niż zakładane” (Sokołowska 1972: 135). Pisze w tym kontekście o deformacji głównego celu medycyny (leczenie chorych) jako podstawowego wymiaru owej dysfunkcjonalności, czego przejawem i dramatyczną dla pacjentów konsekwencją jest wspomniany już niedostateczny rozwój podstawowej opieki medycznej, a co za tym idzie profesji lekarza ogólnego. Sokołowska identyfikuje przyczyny dysproporcji między medycyną kliniczną a opieką nad „całym człowiekiem” m.in. w postępującej specjalizacji profesji lekarskiej, specyficznej edukacji podczas studiów (marginalizowanie wiedzy o społeczno-kulturowych czynnikach warunkujących zdrowie), fragmentaryzacji odpowiedzialności lekarskiej za proces leczenia, depersonalizacji relacji lekarz – pacjent. Szczególną wartością poczynionych przez Sokołowską uwag jest próba wskazania dróg pokonania dysfunkcjonalności funkcji efektywnego leczenia chorych. Autorka wymienia m.in.: konieczność doprecyzowania roli i zadań lekarza rejonowego, wprowadzenie do programu studiów „alternatywnych wzorów lekarza” (łączenie podejścia techniczno-klinicznego z kompetencjami społecznymi) oraz poprawę warunków pracy lekarza ogólnego (Sokołowska 1972: 137–146, 156–159).

Rozważania nad przyczynami dysfunkcjonalności opieki zdrowotnej kończy Sokołowska ciekawym spostrzeżeniem dotyczącym perspektyw zmian w polskim systemie medycznym, upatrując szans na jego reformę w fakcie, że sektor zdrowia w Polsce jest w znacznym stopniu sfeminizowany. Według niej to kobiety–lekarze mogłyby wykorzystać własny potencjał i poszerzać perspektywę humanistyczną w dziedzinie tak bardzo zmaskulinizowanej, jaką jest wysokospecjalistyczna medycyna naprawcza. Poczyniona uwaga jeszcze raz potwierdza innowacyjność i oryginalność poglądów twórczyni polskiej i współtwórczyni europejskiej socjologii medycyny (Sokołowska 1972: 160–161).

Bibliografia

- Bizoń Z. (1976), *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa, s. 107–131.

- Dubos R. (1962), *Miraże zdrowia – utopie postępy i zmiany biologiczne*, PZWL, Warszawa.
- Edwards G., Habermas J. (2012), *Politics and morality in health and medicine*, [w:] G. Scambler (ed.), *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, Routledge, New York–London, s. 33–48.
- Illich I. (1975), *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Calder and Boyars, London.
- Mills Wright Ch. (1961), *Elita władzy*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Mucha J. (1986), *Socjologia jako krytyka społeczna. Orientacja radykalna i krytyczna we współczesnej socjologii zachodniej*, PWN, Warszawa.
- Mucha J. (2002), *Socjologia krytyczna*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. IV, K. W. Frieske, H. Kubiak, G. Lissowski, J. Mucha, J. Szacki, M. Ziolkowski (red.), Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 69–72.
- Navarro V. (1978), *Class Struggle. The State and Medicine*, Martin Robertson, Oxford.
- Olechnicki K., Zalecki P. (1997), *Słownik Socjologiczny*, Wydawnictwo Graffiti BC, Toruń.
- Ostrowska A. (2004), *Polska socjologia medycyny na tle zachodniej*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 31–42.
- Piątkowski W. (2012), *Beyond Medicine. Non Medical Treatment in Poland*, Peter Lang, Frankfurt am Main–Berlin–Bern.
- Piątkowski W., Nowakowska L. (2012), *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI wieku. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, „Przegląd Socjologiczny”, vol. LXI, nr 2, s. 11–29.
- Piątkowski W., Skrzypek M. (2012), *The Social Nature of Health and Illness-evolution of Research Approaches in Polish Classical Medical Sociology*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, Vol. 19, No. 4, s. 821–835.
- Podgórecki A. (1962), *Charakterystyka nauk praktycznych*, PWN, Warszawa.
- Podgórecki A. (1968), *Miejsce socjotechniki w ustroju socjalistycznym*, [w:] A. Podgórecki (red.), *Socjotechnika – praktyczne zastosowania socjologii*, Wydawnictwo KiW, Warszawa, s. 37–54.
- Shepard J. M. (1987), *Sociology*, 3rd Ed., West Publication, St. Paul–New York–Los Angeles.
- Słowska Z. (2010), *Społeczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, IFiS PAN, Warszawa, s. 64–83.
- Słowska Z., Piątkowski W. (2012), *The Sociology of Health and Medicine in Poland*, „Salutate Societa”, vol. XI, no 2, s. 73–88.
- Sokołowska M. (1968), *Zastosowania socjologii w medycynie*, [w:] A. Podgórecki (red.), *Socjotechnika – praktyczne zastosowania socjologii*, Wydawnictwo KiW, Warszawa, s. 243–262.
- Sokołowska M. (1972), *Dysfunkcjonalność instytucji służby zdrowia*, „Studia Socjologiczne”, nr 4, s. 131–161.
- Sokołowska M. (1976), *Przedmowa*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, PWN, Warszawa, s. 9–15.
- Sokołowska M. (1980), *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Sokołowska M. (1986a), *Medycyna a kontrola społeczna*, [w:] eadem, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa, s. 219–228.
- Sokołowska M. (1986b), *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa.
- Szacki J. (1981a), *Historia myśli socjologicznej*, cz. I, PWN, Warszawa.
- Szacki J. (1981b), *Kryzys i środki jego rozwiązania*, [w:] *Historia myśli socjologicznej*, cz. I, PWN, Warszawa, s. 174–175.

Waitzkin H. (2000), *Changing Patient-physician Relationship in the Changing Health-Policy Environment*, [w:] C. Bird, P. Conrad, A. Fremont (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Prentice Hall, Upper Saddle River, s. 271–283.

Włodzimierz Piątkowski, Luiza Nowakowska

CRITICAL ORIENTATION IN CLASSICAL POLISH MEDICAL SOCIOLOGY. OUTLINE OF ISSUES

Summary. The purpose of this text, written from the perspective of “sociology of sociology” and “sociology of medicine”, is an attempt of introduction to the Polish sociological debate “critical perspective” – issues that are since the beginning for example in the classical sociology of American and Western European versions of medical sociology and ask the question: why this approach theoretical and methodological directive and practical imperative of action is permanently present in the Polish sociomedical discourse.

We are going to sketch the historical roots and evolution of the critical orientation using selected examples drawn from general sociology and then try to show the application of this approach in the classic Polish medical sociology. It seems that the presentation of “critical thinking”, its origins, character, values and limitations is particularly important and desirable in terms of progressive economic crisis and its micro-, mezo- and macrosocial consequences.

Keywords: sociology of health, illness and medicine, critical orientation.