



Wybrane konteksty socjalizacji zdrowotnej



JERZY MODRZEWSKI

Socjalizacja wartości zdrowia

Socialisation of health value

Abstract: The author analyses the issues concerning socialization of health value taking into account the nature and phenomenon of health socialization, health culture and social reactions to disorders of the process of health socialization.

Key words: socialization, health, health socialization, health culture, social participation.

Kilka uwag wprowadzających w zagadnienie istoty i przedmiotu socjalizacji zdrowotnej

Wyodrębniane w tak czy inaczej konstruowanej koncepcji uprawiania problematyki socjalizacyjnej zagadnień określanych wspólnym mianem „socjalizacja zdrowotna” ma zarówno sens teoriopoznawczy, jak i znaczne walory praktyczne, a przynajmniej skłania do namysłu nad istotą i obrazem praktyk socjalizacyjnych orientujących jednostki i pokolenia w tym składniku kultury danego układu społecznego, który określić można jego kulturą zdrowotną, jej materialnymi i symbolicznymi wymiarami, aspektem działaniowym – czynnościowym – i świadomościowymi, podmiotowymi reprezentacjami¹.

Oznacza to, iż sens poznawczy takiego zabiegu polega na wzbogacaniu systematyki procesów socjalizacyjnych wskutek wyodrębnienia w nich, na podstawie kryterium przedmiotowego, określonego rodzaju socjalizacji, swoistej, specyficznej w treściach, nastawionej na reprodukcję tego komponentu kultury, który w odnośnych układach społecznych identyfikowany jest z jakoś pojmowanym w nich *zdrowiem*, z jego kulturową istotą, społeczną kwalifikacją i ewaluacją, a więc przede wszystkim z przydawanymi mu znaczeniami i ich sytuowaniem w kontekstach semantycznych, w świecie idei i wartości, wreszcie w sferze ludzkich działań – czynności, w tak czy inaczej kulturowo wyznaczonej i wzorowanej praktyce pielęgnowania owej wartości, jej chronienia, a także odtwarzania².

¹ Zagadnienie kultury zdrowotnej społeczeństw(a) stanowi przedmiot żywego zainteresowania zarówno antropologów kultury (pierwotne praktyki prozdrowotne), historyków kultury, instytucji, praktyki społecznej, jak i socjologów kultury, aczkolwiek w tej dyscyplinie uformowała się względnie autonomiczna subdyscyplina, określana wcześniej mianem „socjologia medycyny”. W drugiej połowie XX wieku subdyscyplina ta, zachowując owo zainteresowanie instytucjami i praktykami medycznymi, zorientowała przedmiot swego oglądu ku zagadnieniom zdrowia i choroby postrzeganym i interpretowanym w kontekstach kilku orientacji teoretyczno-metodologicznych, w jakich uprawia się naukę socjologiczną. Zob. m.in.: Uramowska-Żyto, 1992; Tobiasz-Adamczyk, 1998.

² Chciałbym tu wyraźnie zaakcentować pojmowanie zdrowia w kategoriach wartości kulturowych, lecz nie ujmować jakoś pojętego zdrowia w aspekcie jego wartościowania. Stanowi to zasadniczy problem w dyskusji nad rozmaicie pojmowanym zdrowiem, które najczęściej ujmowane jest w kategoriach biomedycznych i jeśli stanowi przedmiot zainteresowania nauk niemedycznych czy nieprzyrodniczych, to bez względu na stosowaną terminologię czy kontekst znaczeń aspekt ten wyraźnie dominuje w próbach teoretyzowania na temat zdrowia i choroby. Zob. np.: Libiszowska-Żółtkowska, Ogryzko-Wiewiórska, Piątkowski, red., 1998; Twadlle, Hessler, 1977.

Poznawcze zainteresowania praktyką chronienia oraz odtwarzania *zdrowia jako wartości kulturowej* były i są obecne w kilku dyscyplinach podstawowych, a zwłaszcza prakseologicznych. Wśród nich – poza, rzecz jasna, naukami biologicznymi, które orientują swe wysiłki na odkrywanie praw rządzących wyłanianiem się, organizacją i funkcjonowaniem organizmów żywych, ich systematyką, a także rozmaitymi zaburzeniami formy ich istnienia zwanej życiem – kulturowym uwzorowaniem zdrowia i towarzyszącymi mu znaczeniami oraz ich podmiotową i społeczną obecnością interesują się takie nauki, jak: historia, antropologia kultury czy wcześniej etnografia, psychologia i nauka socjologiczna³.

Zainteresowania owe zyskują na atrakcyjności wówczas, gdy w odczuciu społecznym wartość ta ulega deprecjacji, a w procesie poznawczym odsłania swą złożoność czy wielowymiarowość, w społecznej świadomości zaś utrwała się jej związek i znaczenie z innymi szczególnie cenionymi wartościami, z wartością życia ludzkiego, z jego temporalnością, dynamiką, jakością. Jeśli zdrowie w społecznej percepcji zyskuje na wartości, jeśli oczywisty staje się jego związek z innymi cenionymi w danym układzie społecznym wartościami, to w sposób niejako naturalny rodzi się potrzeba jego gruntownego poznania, zarówno co do istoty zdrowia, jak i warunków jego skutecznej ochrony, odzyskiwania, odtwarzania i pomnażania.

W takiej sytuacji zagadnienie socjalizacji zdrowotnej zyskuje na atrakcyjności w aspekcie teoretycznym i praktycznym, gdyż skuteczna ochrona jakichkolwiek wartości stawia przed społeczeństwami trudne wyzwanie:

- 1) uzyskania konsensusu co do ich ontologii (jest to kwestia zgody na ich podzielaną interpretację, konkretyzację, indywidualne i społeczne przedstawienie, wyobrażenie – jak chciał tego E. Durkheim),

- 2) uzyskania stanu ich znacznej jeśli nie powszechnej akceptacji, a nawet fascynacji ich istotą, indywidualnym i społecznym znaczeniem oraz podzielania satysfakcji z ich obecności czy niepokoju w sytuacji ich tracenia bądź deprecjacji,

- 3) podejmowania kompetentnych co do ich istoty działań (czynności) chroniących owe wartości przed deprecjacją, zagrożeniami i wzmagających kondycję wartości w stosownych dla ich obecności warunkach, formach mobilizowania się i zastosowaniu adekwatnych po temu środków.

Żyjemy w czasach, a być może nie są one w tym względzie wyjątkowe, w których w zasadzie żaden z tych warunków, i to zarówno w skali in-

³ Porównaj m.in.: Piątkowski, Titkow, red., 2002; Poździuch, 1996; Piątkowski, red., 2004; a także odnośne znaczne fragmenty podręcznika akademickiego A. Giddensa, 2004.

dywidualnej, jak i społecznej, dowolnie wyróżnionej, nie jest spełniony, rodząc i zachowując w swej permanencji *kwestię zdrowia* jako konsekwencję pielęgnowania, również w wymiarze indywidualnym i społecznym, swoistej hipokryzji. Oto z jednej strony, prawie zgodnie deklarujemy akceptację owej wartości, bez względu na to, jak ją postrzegamy i rozumiemy potrzebę jej chronienia, z drugiej zaś, nasze indywidualne i wspólne wysiłki zmierzają ku jej ewidentnej deprecjacji czy lekceważenia, eksponując w naszych i cudzych dążeniach bardziej cenione i czasami osiągalne wartości⁴. Nie ulega wątpliwości, że wśród rozmaitych przyczyn takiego stanu rzeczy wskazać można także przyczynę socjalizacyjną. Pytanie, jakie nasuwa się w związku z tą konstatacją, dotyczy jednak innego problemu, a mianowicie: Co należy zrobić i dlaczego, aby zdrowie stało się wartością nie tylko deklarowaną, lecz także szczególnie cenioną i faktycznie osiąganą?

Zagadnienie kultury zdrowotnej i kłopotów z jej identyfikacją

Mimo „końskiej” oczywistości istoty zdrowia w jego semantycznym, potocznym oraz regulowanym normą prawną znaczeniu od prawie dwóch i pół tysiąca lat podejmuje się, niestety z mizernym skutkiem, próby operacjonalizacji jego naukowego znaczenia jako przedmiotu oglądu nie tylko nauk przyrodniczych, szczególnie biologii, chemii i fizyki czy ostatnio również geografii (antropogeografii), lecz zwłaszcza nauk humanistycznych, a wśród nich psychologii, historii, antropologii kultury i socjologii. Definicja zdrowia jest szczególnie ważna w niektórych naukach stosowanych i w prakseologii, które chronienie tej wartości (a zdrowie jest także

⁴ M. Ziółkowski kwestię tę interpretuje w kategoriach: wartości i interesów, stwierdzając, że: „Wartości mogą być »przyczynami« czy racjami podejmowania działań. Często jednak są one jedynie słownymi wyjaśnieniami takich faktów – formułami językowymi, uznawanymi przez daną osobę i jej partnerów w danej kulturze i w danej sytuacji za szczerze i nieukrywające niczego wyjaśnienia tłumaczące podjęcie działania. Wartości są wtedy elementami »słownika motywów« (por. Mills, 1940), pewnym sposobem mówienia o rzeczywistości, typem dyskursu i jednocześnie sposobem definiowania swojej tożsamości indywidualnej i zbiorowej, obroną bądź podwyższeniem samoceny. Czasami jednak dawne wartości przestają grać nawet rolę społecznie akceptowanego »szczerego« słownika motywów, a stają się rytualnymi formułami, co do których wszyscy bądź prawie wszyscy członkowie danej zbiorowości są przekonani, że maskują one jedynie rzeczywiste przyczyny podejmowanych działań” (2006, s. 146).

kategorią aksjologiczną) czynią zasadniczym przedmiotem i obszarem swego działania, a tym samym i racją swego istnienia, sytuując się pomiędzy naukami podstawowymi a rozmaicie wzorowaną kulturowo praktyką radzenia sobie (nieradzenia) z jego chronieniem, powielaniem, odzyskiwaniem i zwłaszcza pomnażaniem (por. np. Puchalski, 1997; Korrzeniowska, 1997; Syrek, 2000; Głowacka, red., 2000).

Niemal paralelnie kształtuje się nieporównywalnie wcześniejsza historia praktyk chronienia tej wartości, niekoniecznie tak określanej, lecz zawsze ujmowanej w kontekście ludzkiej pomyślności w radzeniu sobie z rozwiązywaniem problemu własnej i zbiorowej egzystencji, w akceptowaniu siebie i innych jako „aktorów” wspólnotowej sceny wzorowanej dynamicznie kształtującą się bądź zastygającą na setki i tysiące lat kultury, oznaczającą i określającą na niej porządek rzeczy, osławając także i czyniąc ludzkim (na miarę człowieka i jego zdolności interpretatywnych) świat natury.

Co wyłania się z charakterystyki owej praktyki, jakie są jej właściwości, czego ona dotyczy, co czyni swym przedmiotem, co stara się zachować bądź odzyskać? Dokumentujący ją materiał antropologiczny jednoznacznie wskazuje na wysiłki zmierzające do zachowania odwiecznie doświadczanego przez ludzi, a uwzorowanego przez ich kulturę porządku rzeczy powielanego przez tysiąclecia w kolejnych pokoleniach i chronionego mechanizmem przekazu kulturowego, który współcześnie tworzone teorie określają mianem socjalizacji. W przekroju tysiącleci, rzecz jasna, porządek ów ulegał znacznemu zróżnicowaniu, tworząc typowe dla danego czasu i miejsca obrazy. Zawsze jednak, jakkolwiek będziemy go określali czy kategoryzowali, decydował on o formie doświadczania przez ludzi własnej egzystencji, był swoistym lustrem czy miarą wyznaczającą granice oraz standardy pomyślności i niepomyślności życiowej, źródłem kryteriów szacowania szans na zachowanie własnej i wspólnotowej egzystencji bez względu na to, w jakich warunkach się ona wykształciła lub jaką przybrała formę.

Każdej z nich towarzyszył jakiś podział ról, obowiązków, powinności; wymagało to jakiegoś poziomu zaangażowania w indywidualne i zbiorowe przedsięwzięcia. Jest oczywiste, że wymagania te mogły być spełnione w sytuacji zgody, konsensusu na jakąś podzielaną w nich interpretację świata, na zgodne postrzeganie w nim sił sprzyjających bądź niweczących owe wysiłki w wymiarze indywidualnym czy wspólnotowym, na dostrzeganie ich przyczynowego związku z nimi i oznak ich sprawczej ingerencji w sprawy ludzkie. Teoretycy systemów społecznych podkreślają ową występującą w nich zgodność – konsensus jego podmiotów w interpretacji świata, synchronię zachowań i działań, komplementarność peł-

nionych ról, identyczność reakcji w podobnych sytuacjach i towarzyszących im stanów emocjonalnych.

Przez tysiące lat było się zatem zdrowym, jeśli uczestniczyło się w zbiorowych formach bytowania według funkcjonujących w społeczeństwach czy społecznościach kulturowo uformowanych wzorach uczestnictwa kultywującego ów podzielany i podtrzymywany porządek rzeczy: w świecie społecznym i „naznaczonym” kulturowo świecie natury⁵.

W tym sensie kulturę zdrowia stanowiły wyobrażenia, wiedza i odpowiadające jej praktyki służące odkrywaniu owego porządku w życiu społecznym lub w świecie natury i jego zachowaniu. Znamiona tego porządku manifestowały się więc nie tylko w wymiarze świadomościowym – symbolicznym, lecz zwłaszcza w wymiarze czynnościowym – działaniowym, współokreślając obraz codzienności życia społecznego i jego cykliczności. Ta postępująca segmentacja praktyki społecznej, proces towarzyszący ludzkim cywilizacjom od zarania ich tworzenia i istnienia sukcesywnie, ewolucyjnie wyłaniał role oraz czynności, których podejmowanie i pełnienie miało służyć przywracaniu czy odtwarzaniu podmiotowych możliwości uczestnictwa w owym „uporządkowanym” kulturowo świecie ludzkim, wówczas gdy również z podmiotowych względów stało się ono zagrożone bądź niemożliwe. W tym kontekście było się zawsze chorym wtedy, kiedy z podmiotowych względów, lecz zawsze kwalifikowanych przedmiotowo – społecznie, ustawały możliwości uczestnictwa w podtrzymywaniu i odtwarzaniu danego jednostce w procesie jej uspołeczniania porządku społecznego. To grupy społecznego uczestnictwa jednostki, gdy ujawniała ona stan jego zagrożenia, podejmowały czynności odtwarzania owych podmiotowych możliwości, a gdy stawało się to niemożliwe, uznawały jednostkę za straconą. I jedna, i druga sytuacja miała swe kulturowe uwzorowanie, swą kulturową, obyczajową symbolizację i odpowiadającą im praktykę.

Wśród uczestników życia społecznego czynnie reagujących na podmiotowo ujawnioną niemożność jego kontynuacji – również z podmiotowych względów – sukcesywnie wyłoniła się społeczna rola osoby najlepiej zorientowanej w stanie zagrożenia „odwiecznego porządku” ową podmiotową niedyspozycją. Osoby takie zyskały w społecznym przyzwoleniu uprawnienie do przywracania stanu społecznej równowagi, stanu harmonii świata ludzkiego i pozaludzkiego zagrożonej ową niedyspozycją, która mogła mieć rozmaitą postać, zawsze jednak była rozumiana

⁵ Różne aspekty ujmowania owego „porządku społecznego” podnoszą autorzy opracowania pod redakcją A. Saksona (2005). Do klasyki tego zagadnienia niewątpliwie trzeba zaliczyć monografię E. Fromma (1996). Porównaj także m.in.: Rychard, 1991; Syrek, 1995.

czy identyfikowana przez innych jako sygnał aktualnego bądź potencjalnego zagrożenia istniejącego i podzielanego porządku.

Specjalizowanie się społecznej roli osoby pomagającej jednostce w odzyskiwaniu traconej podmiotowej możliwości uczestnictwa społecznego (dzisiaj powiedzielibyśmy podmiotowej kompetencji) tworzy oddzielną, aczkolwiek splatającą się z tamtą, historię kwalifikowania i odtwarzania podmiotowo sytuowanej cechy – zdrowia, pomyślności, szczęścia – jak chciał tego E. Durkheim.

Jest zajęciem fascynującym śledzenie procesu wyłaniania się owej roli, jej krzepnięcia – instytucjonalizacji, a także różnicowania się poprzez czas historyczny, jej znaczenia w sukcesywnym procesie fragmentaryzacji podmiotowej cechy jednostki określanej mianem zdrowia, pomyślności, szczęścia i wreszcie „dobrostanu”. Proces ten angażował przez lata i ukierunkowywał zainteresowania poznawcze zarówno antropologów kultury, historyków (zwłaszcza medycyny), jak i przedstawicieli innych dyscyplin, a wśród nich socjologów. Napisano na ten temat sporo, a właściwie wszystko, co można było sensownego powiedzieć, wskazując też na szczególne znaczenie procesu instytucjonalizacji owej roli osoby pomagającej jednostce w odzyskiwaniu zdrowia i jej ewolucji w kształtowaniu współczesnej jego wizji czy kulturowego wzoru, który to proces najczęściej określa się mianem medykalizacji kultury zdrowia⁶.

Od kilkudziesięciu lat, pod wpływem rozmaitych czynników, wśród których idee postmodernizmu odgrywają – jak się wydaje – istotne znaczenie, następuje sukcesywne weryfikowanie owego historycznego procesu medykalizacji i scjentyfikacji praktyki i kultury zdrowotnej, obecnych we współczesnych industrialnych i postindustrialnych społeczeństwach w kierunku przydania im znamion holistycznego, zintegrowanego ze światem natury charakteru, przy równoczesnym formowaniu i rekonstrukcji – prozdrowotnej świadomości społecznej i odpowiadającego jej stylu życia.

Kłopoty z socjalizacją zdrowotną

Pojęcie „socjalizacja” wzbudza do chwili obecnej rozmaite wątpliwości i towarzyszące im fascynacje poznawcze i emocjonalne. Dotyczy to

⁶ Mam tu na uwadze zwłaszcza pracę F. Capry (1987, rozdz. IV). Ten punkt widzenia (holistyczny) prezentuje w swych pracach antropolog kultury E. Hall (1984, 1987, 1999).

także socjalizacji zdrowotnej bądź związanej ze zdrowiem czy kulturą zdrowotną. Jeśli jednak zgodzić się z najczęściej ujawnianą w tym względzie orientacją, że socjalizacja jest specyficznym psychospołecznym procesem aktualizującym się na styku zjawisk społecznych (społeczno-kulturowych) i zjawisk psychicznych (psychospołecznych) o podmiotowo-przedmiotowym charakterze, warto mieć na uwadze również to, że proces ten można rozpatrywać zarówno w formalnym, jak i treściowym jego wymiarze⁷.

W zasadzie formalny aspekt procesu socjalizacji nas tutaj nie interesuje, gdyż bez względu na to, jakiej dziedziny kultury czy życia społecznego on dotyczy i jakie kształtuje podmiotowe – jednostkowe cechy, przebiega on zawsze według tych samych czy podobnie interpretowanych (zwłaszcza w rozmaitych dyscyplinarnych kontekstach teoretycznych) mechanizmach. Kwestia ich charakterystyki, a zwłaszcza nazewnictwa ma tutaj wtórny charakter i nie wnosi do jego rozumienia czy interpretacji nowych aspektów. Sądzymy bowiem, że zawsze i wszędzie, jeśli już zgodzimy się na jakąś jego interpretację, przebiega on według tych samych mechanizmów *identyfikacyjno-internalizacyjnych*, a tworzone w rozmaitych interesujących się nim dyscyplinach szczegółowe ich kwalifikacje w zasadzie nie wykraczają poza takie ich rozumienie i interpretację. Specyfika socjalizacji zdrowotnej tkwi zatem nie w jej formie, lecz w przekazywanych w tym procesie treściach, na które najogólniej rzecz ujmując składają się jakoś pojmowane w danym układzie społecznym kategorie kultury zdrowotnej, a tym samym jakoś pojmowanego w tym układzie zdrowia.

Dotykamy tu pierwszego z poruszonych we wstępie zagadnień użycia zgodnego stanowiska w sprawie rozumienia istoty pielęgnowanej społecznie, a wzorowanej kulturowo wartości określanej w danym układzie społecznym mianem zdrowia. Wiemy już, że nie jest to kwestia jed-

⁷ Wymiar formalny procesów socjalizacyjnych wyznaczają odkryte dotychczas i scharakteryzowane mechanizmy socjalizacji, rozmaicie określane w dyscyplinach, które proces stawania się jednostki ludzkiej czynią przedmiotem swego zainteresowania. Stosunkowo pełny, z psychologicznego punktu widzenia, obraz tych mechanizmów daje H.R. Schaffer (2006), z socjologicznego punktu widzenia ich analizy dokonuje S. Kowalski (1986, rozdz. VI). Porównaj także Marody, Giza-Poleszczuk, 2004, rozdz. III. Wymiar treściowy jakkolwiek pojmowanych procesów socjalizacyjnych obejmuje wszystko to, co w pierwotnej postaci należy do kultury układu społecznego, w którym uruchamiany jest i aktualizuje się proces ich uspołeczniania, począwszy od rozumienia symboliki przekazów komunikacyjnych, poprzez zawarte w nich informacje o istocie doświadczanego przez nie świata, jego ewaluację (wartościowanie), aż po wzory wszelkich praktyk współokreślających całokształt ludzkiej egzystencji, ludzkiej biografii, doświadczanej czy przeżywanej wśród innych i wraz z innymi. Zob. m.in. Sztołpka, 2002, s. 390 i n.

noznacznie rozstrzygana ani w wymiarze praktyki społecznej, ani zwłaszcza w jej naukowym oglądzie. Wiemy natomiast, że jakakolwiek z cenionych społecznie wartości, aby była praktykowana czy faktycznie realizowana, musi być w danym układzie społecznym identyfikowana czy rozpoznawana bez względu na to, jak jest ona w nim rozumiana czy interpretowana, a wyrazem owej identyfikacji są ujawniane w nim zachowania działaniowe – czynnościowe jako jej odpowiedniki lub wskaźniki.

W procesie socjalizacji wartości przekazywane są wzajemnie właśnie w postaci sekwencji zachowań identyfikowanych czy rozpoznawanych wobec innych ze względu na ich rodzajową specyfikę i odmienność. Pielęgnowanie wartości sakralnych polega na uprawianiu praktyk religijnych bez względu na to, jak kto owe wartości interpretuje, aczkolwiek możliwy jest także ich przekaz w drodze dyskursu, namysłu, wyobrażenia. Właściwości kojarzone z pojęciem zdrowia najczęściej ujawniane są w zachowaniach manifestujących podjęcie lub kontynuację społecznego uczestnictwa w powszechnie akceptowanej (standardowej) postaci, w trosce o zachowanie aktualnego i antycypowanego uczestnictwa społecznego, pielęgnującego znamiona istniejącego ładu społecznego w jego wymiarze naturalnym (jak określał to Sumner), wyznaczonym literą prawa (kodyfikacja) czy standaryzowanym aktualną modą.

Wyrazem socjalizowania elementów kultury zdrowotnej są więc takie uosabiane z jednostką jej cechy, które w społecznym dyskursie, w społecznej kwalifikacji przesadzają o tym, że jednostka jest w danym układzie postrzegana jako zdalna do ujawniania i kontynuowania akceptowanych form społecznego uczestnictwa. W tym sensie zdrowymi (czyli uosabiającymi cenioną społecznie wartość zdrowia) są te i takie jednostki, których społeczne uczestnictwo z podmiotowych względów nie jest zagrożone, chorymi zaś pozostają te i takie jednostki, które z ujawnienia podmiotowych cech (dyspozycji) w sytuacji społecznej zostały zakwalifikowane jako aktualnie lub trwale niezdadne do dalszego społecznego uczestnictwa względnie zagrożone społeczną ekskluzją czy marginalizacją. Z tego wynika, że na cechy kultury zdrowotnej składają się wszystkie te właściwości podmiotowe jednostki, które w interakcjach społecznych brane są pod uwagę we wzajemnych akceptowanych (interakcyjnych) kwalifikacjach jako podmiotów i przedmiotów czynnych odniesień społecznych (zob. m.in. Marzec-Holka, red., 2005; Białobrzaska, Kawula, red., 2006; Kowalak, 1998).

Jak wynika z przyjętego tu założenia, zdrowie ujmowane w kategoriach wartości kulturowej nie ma charakteru wyłącznie cechy biologicznej czy naturalnej. Jest to wartość od początku do końca uwzorowana kulturowo i może być odnoszona zarówno do jednostek, ich kategorii, jak i dowolnie wyodrębnianych struktur społecznych. Jej istnienie i kuali-

fikacja jest zatem zawsze i wszędzie zrelatywizowana do danego układu społecznego, z pozycji którego (z pozycji współtworzącego go ładu aksjono-normatywnego) dokonuje się właśnie owej podmiotowo-przedmiotowej kwalifikacji *zdolności partycypacyjnej jednostki*. To, co w jednym układzie społecznym określa ontologię owej wartości, w innym może być – i tak jest – postrzegane jako jej istotne zagrożenie, aczkolwiek można, podobnie jak to czynimy wobec innych wartości, poszukiwać wśród rozmaitych kultur i pielęgnujących je struktur społecznych pewnych cech wspólnych czy identyfikowanych lub tak kwalifikowanych w sytuacjach wzajemnego oszacowywania owej podmiotowej zdolności – kompetencji partycypacyjnej.

Podjęcie czy realizacja takiego zadania wymaga, jak sądzę, dokonania wnikliwego przeglądu materiału antropologicznego w jego ujęciu historycznym i stacjonarnym. Dopiero wówczas można by było dokonywać jakiegoś uogólnienia względnie ukazywać historyczny proces formowania się owych właściwości ponad czasem i miejscem wyznaczonym historycznie formującymi się realiami życia społecznego. To właśnie miał na uwadze T. Parsons, gdy konstruował swoją teorię społecznej roli człowieka chorego jako takiego, który może podjąć czy kontynuować swoje społeczne uczestnictwo pod warunkiem odzyskania owej podmiotowej kompetencji, którą można określić mianem zdrowia. W tym sensie zdrowie jest podstawową wartością, jaką powinna pielęgnować jednostka, by odzyskać bądź posiadać kwalifikację osoby społecznej, a więc jeszcze uczestniczącej w życiu grupy czy grup, z którymi się ona identyfikuje i które tę identyfikację podzielają (zob. P a r s o n s, 1969).

Problem polega na tym, że w rozmaitych kulturach w rozlicznych strukturach społecznych identyfikacja owych podmiotowych kompetencji tylko po części była i jest identyczna, po części zaś pozostaje znacznie zróżnicowana. Niewątpliwie do najistotniejszych wyróżników tej kompetencji należy identyfikacja ciała jednostki, jego standardowej prezencji sygnalizującej innym uosabianie oczekiwanych społecznie cech anatomicznych, spodziewanej i rozumianej fizjologii, a przede wszystkim dynamiki. Postrzeganie posiadania owej kompetencji zdrowotnej w zasadzie zawsze miało i ma charakter objawowy, a wzorcem jej uosobienia byli inni uczestnicy grupy, w której następowała jej kwalifikacja, tworzący tym samym standardowy, czyli normalny, kulturowy wzór akceptowanego społecznie wyglądu ciała jednostki (por. M e l o s i k, red., 1999).

Z tego względu pojawienie się wśród członków jakiejś społeczności osobników odmiennych anatomicznie, o odmienionym od typowego wyglądzie, zmienionej charakterystyce anatomicznej zawsze wzbudzało społeczny niepokój. Dotyczyło to zarówno nowo narodzonych dzieci, uznanych za chore i stracone bezpowrotnie, jeśli posiadały nieoczekiwane

społecznie cechy (o praktyce usuwania takich jednostek świadczą m.in. milionowe mordy poczętych i narodzonych dziewczynek w Indii), jak i osób już jakiś czas uczestniczących w życiu społecznym, które wskutek tragicznego zdarzenia lub zrozumiałych ogólnie przyczyn (bez względu na to, jak interpretowanych) utraciły standardowy wygląd okresowo lub trwale i z tego powodu traciły możliwość dalszego typowego uczestnictwa społecznego, ulegając marginalizacji względnie likwidacji. W miarę powszechnym jednoznacznie identyfikowanym sygnałem nieodwracalnej utraty owej cechy (standardowego wyglądu i fizjologii) jest naturalny proces starzenia się, którego zaawansowane objawy czyniły jednostki nieodwracalnie traconymi, chorymi (Bois, 1996).

Praktykowaną współcześnie kwalifikacją owej podmiotowej cechy sygnalizującej posiadanie lub utratę zdrowia (zdolności partycypacyjnej) jest lansowany w środkach masowego przekazu wzór modnego wyglądu zewnętrznego (postaci ciała). Grupy społecznego uczestnictwa jednostek przyczyniają się do pozyskiwania społecznie kwalifikowanego zdrowia w ten sposób, że preferują określone sylwetki osobowe, wskazując na nie jako na wzory uosabiające najbardziej pożądane społecznie (grupowo, środowiskowo) cechy uformowania ciała, a następnie wskutek uruchamiania mechanizmów socjalizacyjnych skłaniają one jednostki do ich naśladowania, identyfikowania się z nim i wreszcie, np. przez ćwiczenia fizyczne, dietę, zdobienie ciała, maskowanie właściwości nietypowych, do poddawania się zabiegom formującym ciało według przyjętych w danej kulturze wzorów (Pałucki, 1996; Żukowska, Żukowski, red., 2002; Melosik, red., 2001).

Inną równie ważną cechą owej podmiotowej kompetencji zdrowotnej jest fizjologia ciała i jego dynamika. W społecznym doświadczeniu jest ona – podobnie jak cechy anatomiczne – kwalifikowana według standardowych, a więc najczęściej społecznie doświadczanych wzorów. Jednostki uznaje się za zdrowe, gdy ujawniają ową standardowo uformowaną fizjologię (niekoniecznie wyznaczoną naturalnymi mechanizmami fizjologicznymi ciała ludzkiego). Zasadniczym społecznie rejestrowanym wskaźnikiem owej kompetencji jest przyjmowanie i wydalanie czegokolwiek przez organizm według kulturowo uformowanego wzoru uznanego w danym układzie społecznym, układzie identyfikującym uczestniczące w nim jednostki za normę – wskaźnik posiadania przez jednostkę zdolności partycypacyjnej.

Podobnie standardowe wzory fizjologii ciała członków danej grupy społecznej dotyczą przyjmowania pokarmów, używek, płynów, a nawet powietrza. Każde naruszenie stanowionej przez grupy normy uznawane jest za sygnał tracenia zdrowia. Świetnie ten wymiar kompetencji zdrowotnej ilustrują stanowione kulturowo normy dotyczące np. tracenia krwi

przez organizm (nie każde tracenie krwi przez jednostkę jest społecznie postrzegane i kwalifikowane jako zagrożenie jej zdrowia).

Nie mniej ważnym wymiarem zdrowia kwalifikowanego jako wartości kulturowej jest dynamika ciała ludzkiego. W każdej dostatecznie dużej grupie społecznej obowiązują kulturowo uwzorowane standardy dynamiki ludzkiego ciała i według nich następuje społeczna kwalifikacja posiadania lub tracenia przez jednostki owej wartości. Interesujące z poznawczego punktu widzenia byłoby prześledzenie owych wzorów kulturowych i ich społeczno-historycznego ulokowania, np. tylko w obrębie kultury europejskiej. Uświadomiłoby nam ono nie tylko istotę owego składnika kulturowo wzorowanego zdrowia, lecz także jego stacjonarną i historyczną osobliwość i podatność na zmianę według normy kształtowanej modą. Dynamika ciała ludzkiego obejmuje zarówno tzw. duże ruchy, jak i wszelkie, jakkolwiek lokowane fizycznie „małe ruchy”. Są one zawsze dostosowane do pełnionych przez jednostki ról, a także sytuacji, np. osoby tańczącej na przyjęciu towarzyskim i odgrywającej rolę w scenicznym dramacie baletowym.

Każda rola społeczna, czyli każda forma społecznego uczestnictwa wymaga od jednostki opanowania i ujawniania stosownie do sytuacji właściwej dla niej dynamiki ciała, a jej ujawnienie, zgodnie ze społecznym kwalifikowaniem jednostki, a więc i społecznym wobec niej oczekiwaniem, sygnalizuje innym uczestnikom życia społecznego posiadanie cechy zdrowia, czyli kompetencji jej podjęcia i pełnienia. Każde zaburzenie owej dynamiki lub jej nieadekwatne do sytuacji ujawnienie sygnalizuje innym, iż cecha ta jest tracona okresowo lub trwale, a w tym drugim wypadku zagraża ona jednostce w kontynuowaniu jej społecznego uczestnictwa według dotychczasowego wzoru, względnie wyklucza ją z życia społecznego, a nawet (i tak się często dzieje) kwalifikuje jako nieodwracalnie utraconą społecznie.

Wszystkie wskazane lub zaledwie sygnalizowane składniki podmiotowej kompetencji jednostki, ukształtowane przez nią w procesie socjalizacji (w procesie ich kulturowego uwzorowania), współokreślają tę jej cechę czy właściwość, którą w społecznym wyobrażeniu (wyobrażeniu zbiorowym) postrzega się jako warunek powodzenia życiowego, jako warunek życiowej pomyślności, jako wskaźnik posiadania i pielęgnowania wartości zwanej zdrowiem. Dopełniają je inne podmiotowe składniki owej zdolności partycypacyjnej, które w społecznym osądzie są równie jak tamte istotne w kwalifikowaniu jej kondycji zdrowotnej. Rozmaicie się je systematyzuje w oglądzie dyscyplinarnym, jednak z analizowanego tu punktu widzenia (punktu widzenia uczestników życia społecznego) istotna jest nie tyle ich dyscyplinarna ontologia, ile raczej ich społeczna kwa-

lifikacja. Z tego punktu widzenia istotnym kryterium jakości owej kompetencji są takie ujawniane przez jednostki właściwości, jak:

- rodzaj i funkcjonalność posiadanej wiedzy i umiejętności, dotyczących wszystkiego, co jest przedmiotem społecznego zainteresowania, począwszy od interpretacji stanów rzeczy doświadczanych niejako bezpośrednio, a skończywszy na rozważaniach o charakterze filozoficznym, dotyczącym np. kwestii bytu nadprzyrodzonego: składnik orientacyjny zdolności partycypacyjnej;
- sposób postrzegania i zapamiętywania wszystkiego tego, co jest udziałem doświadczenia życiowego jednostki, a następnie odtwarzania zapamiętanych i utrwalonych doświadczeń w stosownych sytuacjach społecznych: składnik percepcyjny zdolności partycypacyjnej;
- sposób wyrażania przez jednostki stanów emocjonalnych stosownych do danej sytuacji i zsynchronizowanych ze stanami innych uczestników życia społecznego: składnik ekspresywny zdolności partycypacyjnej;
- sposób wyrażania przez jednostkę jej podmiotowych stanów identyfikacyjnych (tożsamościowych), ujawniających innym uczestnikom życia społecznego zgodność owej podmiotowej identyfikacji z identyfikacjami jednostki dokonywanymi przez innych uczestników życia społecznego: składnik identyfikacyjny zdolności partycypacyjnej.

Pierwszy z tej kategorii składników kompetencji partycypacyjnej sygnalizuje innym uczestnikom życia społecznego, że jednostka zachowuje właściwości cechy zdrowia, gdy jej wiedza, interpretacja rzeczywistości w zasadzie nie odbiega w istotnym zakresie od wiedzy podzielanej przez nich w danym przedmiocie. Każde istotne jej podmiotowe zróżnicowanie może być i jest uznawane społecznie jako zagrożenie dla pielęgnowanej przez innych uczestników życia społecznego wartości panującego porządku i stanowi przedmiot żywego społecznego zainteresowania i permanentnego osądu. Każdy bowiem obiekt społecznego zainteresowania albo już posiada w danym układzie społecznym swą kwalifikację ontologiczną i epistemologiczną, albo dopuszcza się w nim wystąpienia pewnego wachlarza owych kwalifikacji, określającego granice tolerowanego w nim poznania jako zdrowego, czyli bezpiecznego, względnie jako chorego, czyli zagrażającego panującemu i podzielanemu porządkowi rzeczy.

Nieodłącznym składnikiem zdolności partycypacyjnej jednostki komponującym się ze składnikiem poprzednim jest ujawniany przez nią sposób postrzegania i reagowania na innych oraz na wszystkie elementy zjawiska i stany rzeczy będące udziałem doświadczenia społecznego, pozostające w przedmiocie społecznego zainteresowania. Postrzeganie każdego z tych obiektów, łącznie z samą jednostką, jest społecznie określone, scharakteryzowane i zakwalifikowane w społecznym odbiorze. Jed-

nostka ujawnia cechę zdrowia, gdy jej podmiotowe kwalifikacje są zgodne z tymi, które funkcjonują w świadomości innych uczestników życia społecznego, postrzega się ją jako chorą, gdy jej podmiotowe kwalifikacje w sposób istotny odbiegają od tamtych bądź im przeczą.

Owa społeczna synchronia percepcyjna wydaje się jedną z istotniejszych oznak zdrowia lub choroby kwalifikowanej przedmiotowo, w społecznych interakcjach (także instytucjonalnie). Społeczna kwalifikacja uosabiania wartości zdrowia dotyczy także sposobu wyrażania przez jednostki stanów emocjonalnych. W każdym bowiem względnie trwałym układzie społecznym występują i funkcjonują równie trwałe kulturowe wzory wyrażania podmiotowo odczuwanych stanów emocjonalnych. Bez względu na to, jak kto doznaje stanów emocjonalnych, ich wyrażanie w rozmaitych sytuacjach społecznych musi być zgodne z ich grupową kwalifikacją, musi być stosowne do przyjętej w tym układzie definicji sytuacji. Formy czy wzory ekspresji podmiotowo doznawanych stanów emocjonalnych wydają się jednym z zasadniczych wskaźników stanu uosobienia wartości zdrowia. Przy tym istotny jest nie sposób wyrażania owych stanów, lecz ich adekwatność do wzorów ich wyrażania przyjętych w układzie, z którym jednostka jest identyfikowana, a więc i do definicji doświadczanych wspólnie sytuacji (zob. M a n t e r y s, 2000). Wyrażnie podmiotowo ujawniane zróżnicowanie zachowania emocjonalnego wobec zachowań innych jest dla nich sygnałem, że jednostka traci lub utraciła zdolność partycypacyjną – przynajmniej w tym układzie, z którym jest ona identyfikowana. Socjalizacja kulturowych wzorów wyrażania stanów emocjonalnych jest zatem istotnym mechanizmem nabywania przez jednostki także cechy zdrowia (kwalifikowanego społecznie). Wreszcie jeszcze jeden składnik owej kompetencji czy zdolności partycypacyjnej brany jest pod uwagę przez innych uczestników życia społecznego w procedurze kwalifikowania jednostek jako zdrowych bądź chorych społecznie. Są nimi te i takie zachowania jednostki, które sygnalizują innym jej identyfikację podmiotową, kategorialną i grupową. Przejawy owej identyfikacji i jej teoretyczne interpretacje stanowią temat setek, jeśli nie tysięcy opracowań, których autorzy posługują się rozmaitymi terminami i pojęciami określającymi ową podmiotowo-przedmiotowo kwalifikowaną właściwość jednostki⁸. Naszym celem nie jest podejmowanie z nimi jakiegokolwiek polemiki czy krytyki, lecz pragnienie zwrócenia uwagi na znaczenie rozmaicie określanej identyfikacji jednostki w jej społecznym kwalifikowaniu jako uosobienie cechy zdrowia czy choroby. W każdym układzie społecznym, którego jednostki są członkami, obowiązują również spetry-

⁸ Zob. teksty zamieszczone w: J a s i ń s k a - K a n i a i in., red., 2006, s. 1115–1179; J a w ł o w s k a, red., 2001; B o k s z a ń s k i, 2006; S z l a c h c i c o w a, red., 2003.

fikowane i przekazywane w procesie socjalizacyjnym kulturowe wzory identyfikujące je ze współtworzącymi przez nie układami (grupy, społeczności, narody, społeczeństwa itp.). Jednostka uznana w tych układach za swoją zyskuje w nim identyfikację imienną, grupową i rodzajową (kategorialną). Ulega ona w biografii społecznej jednostki znacznej dynamice, jednak jej podstawowe składniki, takie jak identyczność podmiotowa, kategorialna i grupowa, wynikająca np. z przynależności rodowej, w zasadzie zachowują całościową ciągłość, chyba że w tym układzie możliwe są praktyki zmiany identyfikacji (np. zmiana identyfikacji rodowej poprzez instytucję małżeństwa). Jakkolwiek kształtują się owe wzory identyfikujące jednostki, zachowują one pełną trwałość i ciągłość umożliwiającą innym współtworzącym dany układ społeczny reagowanie na obecność w nim jednostki jako zdrowej (ujawniającej spodziewane społecznie znamiona identyfikacyjne) i jako chorej (gdy traci ona owe znamiona wskutek społecznie nieuprawniony, wskazujący na ich chwilową, okresową względnie trwałą destrukcję). Problem dynamiki znamion identyfikujących jednostki w strukturach społecznych jest niezwykle fascynujący poznawczo i stanowi przedmiot żywego zainteresowania głównie nauki psychologicznej, choć zainteresowania tym aspektem społecznej obecności jednostki są równie trwałe i wielowątkowe w nauce socjologicznej, podejmującej i rozwiązującej zagadnienia społecznie wyznaczonych granic przedmiotowości i podmiotowości jednostek ze względu na dominującą w ich biografii formę społecznego uczestnictwa (m.in. Cichocki, 2003). Ich przekraczanie zagraża istnieniu tak czy inaczej stanowionej struktury społecznej, tak czy inaczej stanowionemu porządkowi, tak czy inaczej toczącemu się życiu społecznemu, a więc spełnianiu podstawowego warunku członkostwa jednostki w grupach społecznych. Jednostki uznawane są za zdrowe, uosabiające wartość zdrowia, gdy ich identyfikacja nie budzi społecznych wątpliwości, i za chore, gdy grupa traci orientację w ich identyfikacji lub gdy bezsporne stają się ujawniane przez jednostkę znamiona jej tracenia lub nieuprawnionej jej zmiany.

Jak zatem wskazaliśmy, podmiotowo sytuowane składniki kultury zdrowotnej obejmują wszystkie te właściwości czy cechy jednostki, które umożliwiają jej społeczną kwalifikację jako kandydata lub członka danego układu społecznego, jeśli tworzy się on i funkcjonuje w sposób względnie trwały, stabilizowany według akceptowanych w nim zasad czy norm. Rzecz jasna, kwestia społecznej kwalifikacji zdrowia i choroby ulega znacznemu zaburzeniu, gdy układy społecznego uczestnictwa jednostek współtworzone są bez udziału ich woli albo gdy mają charakter doraźny (tymczasowy), ale i wówczas, jak to obserwujemy w tzw. instytucjach totalnych (określenie Goffmanna), powstają układy społeczne (subkultury), w których wykształcają się podzielane w nich wzory – matryce jednostek

uosabiających podmiotowe cechy zdrowia i choroby. Świetnie ilustrują ten proces zjawiska i praktyki ujawniane i pielęgnowane przez osoby osadzone w zakładach karnej izolacji bądź w innych instytucjach przymusowego członkostwa, np. w szkołach czy instytucjach militarnych (por. Machel, 2006; Dębska, 1997; Moczydłowski, 1991). Uformowane w nich wzory społecznie kwalifikowanego zdrowia stają się nieodłącznym składnikiem treści kulturowych uruchamianych w nich procesów socjalizacyjnych.

Společne reakcje na zaburzenia procesu socjalizacji zdrowotnej

Nie ulega wątpliwości, że biomedycznie pojmowane zdrowie i choroba, a także związane z tym instytucjonalne praktyki kreowania, zachowania, odtwarzania czy kompensowania tak pojętego zdrowia wywierają istotny wpływ na funkcjonujące w życiu codziennym standardy zdrowia i choroby, a w zasadzie na społeczną kwalifikację, społeczne rozumienie owego składnika kultury zdrowotnej, zwłaszcza w tych społeczeństwach, w których sfera zdrowia i choroby poddana została totalnej medykalizacji⁹.

Postępujący proces medykalizacji, a właściwie scjentyfikacja zdrowia, zwłaszcza jego wzorowanie, wywiera istotny wpływ nie tylko na jego rozumienie czy społeczne postrzeganie, ale także na znaczną rekonstrukcję całej sfery kultury zdrowotnej, hierarchizując znaczenie uosabianych społecznie oznak zdrowia i choroby, które ogólnie nazwaliśmy zdolnością partycypacyjną jednostki. Widać to wyraźnie na przykładzie kształtowania, w ujęciu historycznym czy cywilizacyjnym, wzorów reakcji społecznej na obecność w społeczeństwie osób kalekich, nietypowej budowy ciała, odmiennych rasowo, o zróżnicowanym statusie materialnym, o różnej orientacji poznawczej czy ujawniających nietypowe reakcje ekspresywne względnie percepcyjne. Medykalizacja kultury zdrowotnej to również instytucjonalizacja kwalifikacji zdrowia i choroby, a raczej ich formalna kwalifikacja, która w zdecydowanym stopniu i zakresie wypiera oraz wzoruje także społeczne niejako naturalne czy zwyczajowe ich wzorowanie. Owa formalna kwalifikacja sfery zdrowotnej obejmuje nieomal wszystkie dziedziny życia społecznego (np. zaświadczenie stanu zdrowia

⁹ Omawia je E. Syrek (1997).

jako warunek podjęcia roli ucznia, żołnierza, więźnia, pracownika, małżonka, opiekuna itd.), konkurując bezkompromisowo z jego potocznymi czy zwyczajowymi kwalifikacjami, przyczyniając się do masowej dezorientacji jednostek w kwestii zarówno istoty, jak i form chronienia owej wartości, zaburzając tym samym procesy socjalizacji zdrowotnej, aktualizującej się w całej przestrzeni życia społecznego.

Zarówno pierwsza, pierwotna, jak i druga, wtórna, kwalifikacja uosobień interesującej nas tu cechy podmiotowej określonej mianem zdrowia przybiera kilka typowych sposobów reakcji społecznej na jej podmiotową obecność, jeśli będziemy ją ujmowali w kategorii swoistego kontinuum kompetencji określonej przez nas jako podmiotowa zdolność partycypacyjna. Kontinuum owo zawiera się pomiędzy takimi skrajnymi, w zasadzie teoretycznymi „kotwicami” owej skali, które z jednej strony przybierają postać jej optymalnego obrazu, z punktu widzenia standardów grup, w których życiu jednostka ma uczestniczyć, kandyduje do uczestnictwa, względnie już uczestniczy. Mimo sformułowanego wcześniej zastrzeżenia, że mamy tu do czynienia z jej teoretycznym obrazem, nic w zasadzie nie stoi na przeszkodzie, by tę kategorię zdolności partycypacyjnej odkrywać empirycznie. Z drugiej strony „kotwice” te ujawniają aktualny bądź trwały perspektywicznie brak owej kompetencji, co może być potraktowane przez grupy jako uosobienie totalnej choroby, czyli braku jakiegokolwiek podmiotowej możliwości społecznego uczestnictwa w układzie, ze względu na który cecha ta jest rozpatrywana. Z przyjęcia takiej teoretycznej skali owej podmiotowej cechy wynika, że:

- jest ona konsekwencją akceptacji założenia, iż zdrowie to nic innego jak podmiotowa (lecz szacowana społecznie) zdolność (możliwość) podjęcia i kontynuacji właściwych dla znamion społecznej identyfikacji jednostki (wiek społeczny, płeć społeczna, status społeczny) form uczestnictwa społecznego;
- zdolność owa jest lokowana podmiotowo, lecz „działa” czy ma znaczenie w obrazie społecznej sytuacji jednostki, jest brana pod uwagę przedmiotowo, czyli jest w każdym przypadku kwalifikowana przez innych uczestników życia społecznego, a we współczesnych, zmedykalizowanych społeczeństwach owa kwalifikacja ma charakter formalny i dokonywana jest według przyjętych w tych społeczeństwach procedur diagnozy zdrowotnej;
- owa społeczna kwalifikacja podmiotowej cechy zdrowia, bez względu na to, kto i jak jej dokonuje, skutkuje okresowo (tymczasowo) lub trwale w uwalnianiu bądź blokowaniu form uczestnictwa społecznego jednostkom identyfikowanym z układami społecznymi, które owych kwalifikacji dokonują; przykładem może tu być kwalifikacja tej cechy w obrębie państwa i społeczeństwa pochodzenia i jej kwalifikacja przez pań-

stwo i społeczeństwo ulokowania imigracyjnego; problem polega na tym, że kwalifikacje takie dokonywane są (mogą być) równocześnie wobec jednostki z różnych układów jej aktualnego i perspektywicznego uczestnictwa społecznego (np. grupy rówieśniczej i szkoły),

- każdy z rodzajów kwalifikacji owej podmiotowo lokowanej cechy – zdolności – ujawnia się w postaci określonej reakcji społecznej wobec jednostki: w całej swej złożoności reakcje te współtworzą określony wachlarz – kontinuum ich rodzajów od pełnej akceptacji ku totalnej negacji poprzez akceptację warunkową, akceptację selektywną, poddanie terapii (rozmaicie wzorowanej kulturowo i instytucjonalnie), dopuszczenie do uczestnictwa względnie izolowanego, izolację społeczną, izolację totalną, likwidację jednostki.

Problem jednak polega na tym, że rozmaite układy społecznego uczestnictwa jednostki ze względu na tę samą jej podmiotową właściwość mogą ujawniać rozmaite reakcje: od skrajnie akceptujących po skrajnie eliminujące jednostkę z ich życia. Wywołuje to wiele rozmaitych problemów natury poznawczej i praktycznej. Z poznawczego punktu widzenia problem zasadniczy zawiera się w pytaniu: Ze względu na jaki układ społeczny jednostka w danym okresie swego życia i swej sytuacji społecznej orientuje swoje zachowania zdrowotne, czyli jaki aktualny układ społeczny najintensywniej identyfikuje ją ze sobą, ze swoimi standardami zdrowia, a więc przejmując także efektywną wobec niej inicjatywę socjalizacyjną?

Z praktycznego punktu widzenia problem polega na tym, czy oddziaływania socjalizacyjne w zakresie przekazywania kultury zdrowotnej, np. przez instytucje upowszechniające jej zmedykalizowaną postać, uznać za szczególnie wartościowe, dla kogo, z jakich względów i w jakich warunkach, czyje więc standardy zdrowia i jak stanowione, według jakich procedur określać mają np. formalną kwalifikację uosobienia tej wartości i jej znaczenia w formowaniu indywidualnej zdolności partycypacyjnej, tak jak postrzegają ją i kwalifikują rzeczywiste, realne układy społecznego uczestnictwa jednostek i ich kategorii.

Jest to także problem maskowania przez jednostki stanu rzeczywistego kompetencji partycypacyjnej, maskowania jej w społecznych, codziennych ekspozycjach, ale przede wszystkim maskowania formalnych kwalifikacji zdrowia, ich lekceważenia bądź fałszowania. W przestrzeni społecznego uczestnictwa praktyki takie nie tylko dezorientują innych uczestników życia społecznego, lecz także prowadzą (prowadzić mogą) do totalnego bądź lokalnego załamывania się całych struktur społecznych, ich kategorii i konkretnych egzemplifikacji (np. rodzin).

Problem nie tylko ma wymiar – jak widzimy – socjalizacyjny czy psychospołeczny, lecz dotyka także funkcjonowania całych złożonych ukła-

dów społecznych bez względu na ich cywilizacyjne zaawansowanie i dominującą w nich postać ładu społecznego. Może właśnie z tych względów coraz częściej i natarczywiej domagamy się rewizji owej, wspomnianej na wstępie, definicji zdrowia, rozumienia kultury zdrowotnej, jej społecznego i indywidualnego znaczenia i kwalifikowania oraz konsekwencji socjalizacyjnych i tych, które manifestują się w obrazie osoby społecznej, i tych zwłaszcza, które skutkują w każdej dowolnie wskazanej formie życia społecznego.

Bibliografia

- Białobrzeska K., Kawula S., red., 2006: *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Toruń.
- Bois J.P., 1996: *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa.
- Bokszański Z., 2006: *Tożsamość zbiorowa*. Warszawa.
- Capra F., 1987: *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, kultura*. Warszawa.
- Cichocki R., 2003: *Podmiotowość w społeczeństwie*. Poznań.
- Dębska A., 1997: *Fala w wojsku*. Warszawa.
- Fromm E., 1996: *Zdrowe społeczeństwo*. Warszawa.
- Giddens A., 2004: *Socjologia*. Warszawa.
- Głowacka D., red., 2000: *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe*. Poznań.
- Hall E., 1984: *Poza kulturą*. Warszawa.
- Hall E., 1987: *Bezgłośny język*. Warszawa.
- Hall E., 1999: *Taniec życia*. Warszawa.
- Hałas E., 1987: *Spółeczny kontekst znaczeń w teorii symbolicznego interakcjonizmu*. Lublin.
- Jasińska-Kania A. i in., red., 2006: *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa.
- Jawłowska A., red., 2001: *Wokół problemów tożsamości*. Warszawa.
- Korzeniowska E., 1997: *Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy*. Łódź.
- Kowalak T., 1998: *Marginalność i marginalizacja społeczna*. Warszawa.
- Kowalski S., 1986: *Socjologia wychowania w zarysie*. Warszawa.
- Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórkowska M., Piątkowski W., red., 1998: *Szkice z socjologii medycyny*. Lublin.
- Machel H., 2006: *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej – casus polski*. Kraków.
- Manterys A., 2000: *Klasyczna idea definicji sytuacji*. Warszawa.
- Marody M., Giza-Poleszczuk A., 2004: *Przemiany więzi społecznych*. Warszawa.
- Marzec-Holka K., red., 2005: *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*. Bydgoszcz.
- Melosik Z., red., 1999: *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Toruń–Poznań.
- Melosik Z., red., 2001: *Młodzież. Styl i zdrowie*. Poznań.
- Moczydłowski P., 1991: *Drugie życie więzienia*. Warszawa.
- Parsons T., 1969: *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa.
- Pałucki A., 1996: *Pedagogika wartości ciała*. Gdańsk.

- Piątkowski W., red., 2004: *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin.
- Piątkowski W., Titkow A., red., 2002: *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin.
- Poździej S., 1996: *Socjologiczne wymiary zdrowia ludzkiego*. W: *Z zagadnień socjologii stosowanej*. Red. K. Frysztacki. Kraków.
- Puchalski K., 1997: *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź.
- Rychard A., 1991: *Spółeczeństwo a polityka*. W: *Socjologia. Problemy podstawowe*. Red. Z. Krawczyk, W. Morawski. Warszawa.
- Sakson A., red., 2005: *Początek społeczny a wyzwania współczesności*. Poznań.
- Schaffer H.R., 2006: *Rozwój społeczny, dzieciństwo, młodość*. Kraków.
- Syrek E., 1997: *Teoretyczne standardy zdrowia dzieci i młodzieży a ich środowiskowe uwarunkowania w regionie górnośląskim*. Katowice.
- Syrek E., 2000: *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*. Katowice.
- Syrek E., 1995: *Ład społeczny jako paradygmat procesu socjalizacji*. W: *Problemy i tendencje we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*. Red. A. Radziejewicz-Winiński. Katowice.
- Szlachcicowa I., red., 2003: *Biografia i tożsamość*. Wrocław.
- Sztompka P., 2002: *Socjologia, analiza społeczeństw*. Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B., 1998: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków.
- Twaddle A.C., Hessler R.M., 1977: *Sociology of Health*. S. Louis.
- Uramowska-Żyto B., 1992: *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa.
- Ziółkowski M., 2006: *Zmiany systemu wartości*. W: *Współczesne społeczeństwo polskie. Dynamika zmian*. Red. J. Wasilewski. Warszawa.
- Żukowska Z., Żukowski R., red., 2002: *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Warszawa.