

Aleksandra Szlagowska-Papuzińska

MITYZACJA CHOROBY

Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy



MITYZACJA CHOROBY

Aleksandra Szlagowska-Papuzińska

MITYZACJA CHOROBY

Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Wrocław 2021

Aleksandra Szlagowska-Papuzińska
ORCID 0000-0002-0370-7226
Zakład Humanistycznych Nauk Farmaceutycznych
Studium Nauk Humanistycznych i Społecznych
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Recenzent: dr hab. Anna Marek

Prezentowane wyniki badań, zrealizowane w ramach tematu,
według ewidencji w systemie SIMPLE o numerze SUB.D210.21.104,
sfinansowanego z subwencji Ministra Zdrowia

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich 2021

e-ISBN 978-83-7055-666-2

Na okładce: *Wizerunek Cichej*, rys. Juliusz Kossak. Źródło: K.W. Wójcicki,
Podania o morowej zarazie, „Tygodnik Ilustrowany” 1868, t. 1, nr 9.

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
I. Mit, myślenie mityczne i proces mityzacji	23
1. Definicje mitu	23
2. Myślenie mityczne i proces mityzacji	29
3. Ewolucja poglądów na przyczyny chorób od czasów starożytnych do współczesności	32
3.1. Starożytne poglądy na przyczyny chorób	33
3.2. Średniowieczne doktryny ciała ludzkiego i związane z tym patologie chorób	35
3.3. Epoka nowożytna	44
II. Medycyna ludowa w kręgu zainteresowań nauki	53
1. Zainteresowania etnografii medycyną ludową	55
2. Antropologia medyczna i etnomedycyna	57
III. Mityzacja choroby w kulturze typu ludowego w XIX i na początku XX w.	61
1. Kategorie poglądów na przyczyny chorób w medycynie ludowej ...	61
2. Szczegółowe etiologie chorób w kulturze ludowej	68
3. Personifikacje chorób	80
4. Obraz lekarza i znachora oraz jego wpływ na pojmowanie choroby	92
IV. Mityzacja choroby w kulturze współczesnej	105
1. Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy	109
2. Praktyki samolecznicze i stosunek do lekarzy oraz uzdrowicieli	123
3. Współczesne choroby cywilizacyjne i społeczne	138
3.1. Gruźlica i SARS	139
3.2. Anoreksja i bulimia	142
3.3. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	146
3.4. Choroba Alzheimera	150
3.5. Choroby nowotworowe	153

3.6. Wyobrażenia o AIDS w świadomości ludności wiejskiej ...	156
3.6.1. Mityzacja AIDS	159
3.6.2. AIDS w świadomości społeczności wiejskiej	163
3.7. COVID-19, wirus SARS-CoV-2	172
V. Charakterystyka procesu mityzacji	177
1. Charakterystyka procesu mityzacji w kulturze typu ludowego pod kątem frekwencji idei do poł. XX w.	177
2. Charakterystyka procesu mityzacji pod kątem frekwencji idei współcześnie	180
Zakończenie	185
Bibliografia	191
Aneks	203
1. Wykaz miejscowości, z których pochodzili respondenci	203
2. Kwestionariusz do badań przeprowadzonych w latach 2001–2003 na terenie Śląska Cieszyńskiego i Dolnego Śląska	204

WSTĘP

Choroba rozpatrywana w aspekcie społecznym i kulturowym stanowi interesujący materiał do badań zwłaszcza, jeśli bierze się pod uwagę materiały dotyczące medycyny ludowej i współcześnie rozumianej medycyny komplementarnej¹. Dawniej choroba traktowana była w kulturze ludowej jako byt indywidualny, posiadający własną postać i cechy charakterystyczne dla ludzi. Współcześnie choroba przestała być, oprócz nielicznych wyjątków, jak rak czy AIDS, o których niechętnie się wspomina, tematem tabu, może więc stanowić interesujący temat rozmowy czy zwierzeń osób chorujących.

Bruno Schulz napisał: „Umitycznianie świata nie jest zakończone. Proces ten został tylko zahamowany przez rozwój wiedzy, zepchnięty w boczne koryto, gdzie żyje, nie rozumiejąc swego istotnego sensu. Ale i wiedza nie jest niczym innym jak budowaniem mitu o świecie, gdyż mit leży już w samych elementach i poza mit nie możemy w ogóle wyjść”². Nie jesteśmy więc w stanie wyjść poza mit, nasze myślenie racjonalne przeplata się z mitycznym, stwarzając system wyobrażeń i przekonań, które tkwią w nas głęboko.

Czesław Robotycki i Stanisław Węglarz³ piszą o zjawisku mityzacji kultury ludowej w nauce, a równocześnie humaniści wskazują, że mit, mityzacja i myślenie mityczne, nigdy nie były źródłem tak licznych inspiracji i interpretacji, jak dzisiaj. Obecność w kulturze świadomości mitycznej na równi z naukową jest tak oczywista, że nikt nie zaprzecza jej istnieniu. Współczesnych humanistów bardziej interesują jednak funkcje, jakie mit pełni w kulturze, aniżeli mit jako opowieść o czasach przeszłych. Mit spełnia wiele funkcji społecznych. Jednocześnie przypisuje mu się różne cechy, takie jak iluzja, kłamstwo, wiara oraz umowność, co powoduje, iż staje się on pojęciem polemicznym i niejednoznacznym. Świadczy to o jego atrakcyjności dla współczesnego

¹ Medycyna komplementarna jest tutaj rozumiana jako wszystkie formy leczenia, które pozostają poza obrębem medycyny oficjalnej.

² B. Schulz, *Mityzacja rzeczywistości*, [w:] *idem, Proza*, Kraków 1964, s. 444–445.

³ C. Robotycki, S. Węglarz, *Chłop potęgą jest i basta. O mityzacji kultury ludowej w nauce*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty” 1983, R. 37, nr 1–2, s. 3–8.

odbiorcy, który może odnaleźć mit we wszystkich aspektach sztuki i kultury. Mc Iver posunął się wręcz do stwierdzenia, że mity to „przeniknięte wartościami przekonania, które człowiek posiada, dzięki którym i dla których żyje (...), każde społeczeństwo jest powiązane przez system mitów, kompleks dominujących form myślowych, które określają i utrzymują jego wszystkie czynności”⁴. Wynikałoby więc z przytoczonego cytatu, iż podobnie jak Schulz uważa on, że żaden element życia społecznego nie jest wolny od wpływów mitów⁵.

Przyczyną myślenia mitycznego i tworzenia mitów jest chęć zaspokojenia wewnętrznych potrzeb człowieka. Jak kiedyś w kulturze typu ludowego, tak i obecnie, mity są odpowiedzią na próby odnalezienia się we współczesnym świecie. Nawet, kiedy wydaje się, że przełamaliśmy myślenie mityczne przy użyciu logiki i racjonalizmu objawia się ono w „głębszych warstwach postrzegania”⁶. Sięganie do tych warstw jest zazwyczaj procesem nieuświadomionym, polegającym na korzystaniu z pewnych mitycznych idei.

Praca dotyczy badania mentalności społeczności wiejskiej i odnosi się do jednego z nurtów współczesnej historiografii, jakim jest historia mentalności. Wielu przedstawicieli historii podejmujących tematy z zakresu kultury ludowej, kultury typu ludowego, jak widzi ją Ludwik Stomma, czy też kultury klas podporządkowanych według Carla Ginzburga⁷, wskazuje na płynność definicji mentalności. Jaques Le Goff twierdzi wręcz, że właśnie pewnego rodzaju niestabilność, nieokreślenie tego pojęcia jest tym, co najbardziej interesuje historyków w mentalności⁸.

Jak mówi Georges Duby: „*Mentalité* to system obrazów, wyobrażeń, które w różnych grupach i warstwach społecznych stanowiących społeczeństwo współbrzmiały różnie, ale zawsze leżą u podstaw ludzkich wyobrażeń o świecie i ich miejscu w nim i w konsekwencji określają postęпки i zachowania ludzi”⁹. Zaś dla Arona Guriewicza pojęcie „mentalność” oznacza „obecność u ludzi danego społeczeństwa, należących do jednej kultury określonego wspólnego umysłowego *instrumentarium*, *psychologicznego oprzyrządowania*, pozwalają-

⁴ Cyt. za: L. Mróz, *Mit i myślenie mityczne*, „Etnografia Polska” 1976, t. 20, z. 1, s. 35.

⁵ Należy przy tym pamiętać, że termin mit jest pojęciem wieloznacznym, używanym na określenie wielu różnych rzeczy zależnie od przyjętego podejścia i metody. Różne dyscypliny naukowe posługują się tym terminem w odmienny sposób.

⁶ E. Cassirer, *Esej o człowieku*, tłum. A. Staniewska, Warszawa 1971, s. 143.

⁷ Ludwik Stomma uważa, że nie istniała nigdy „kultura ludowa”, podobnie jak nie ma „kultury elitarnej”, co jest efektem wzajemnego przenikania się kultur (*Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku*, Warszawa 2002, s. 180). Natomiast Ginzburg proponuje termin „kultura klas podporządkowanych” zamiennie dla „kultury ludowej” (C. Ginzburg, *Ser i robaki. Wizja świata pewnego młynarza z XVI wieku*, Warszawa 1989, s. 8).

⁸ W. Wrzosek, *Historia – kultura – metafora. Powstanie nieklasycznej historiografii*, Wrocław 1995, s. 134.

⁹ *Ibidem*, s. 131.

jącego im po swojemu odbierać i uświadamiać sobie swoje naturalne oraz społeczne otoczenie”¹⁰.

Pojęcie mentalności jest bardzo bliskie znaczeniowo pojęciu świadomość. Jednak jak wskazują powyżej cytowane definicje mentalności, a także propozycja wysunięta przez Bożenę Płonkę-Syrokę, można je rozgraniczyć. Uważa ona, iż jako kryterium podziału można zaproponować dyskursywność podmiotu poznającego lub grupy takich podmiotów poznających. Świadomość obejmowałaby takie obszary intelektualne, co do których nie mamy wątpliwości o ich charakterze dyskursywnym, intersubiektywnym, możliwym do sformalizowania w określony system twierdzeń o nie kwestionowanym statusie ontologicznym dla danego podmiotu lub społeczności. Natomiast mentalność tworzyłaby obszar intelektualny składający się z licznych (również nie w pełni uświadomionych) założeń, tworzących podłoże dla wytwarzania lub recepcji pewnych twierdzeń i idei, co do których podmiot (lub podmioty) nie może w pełni zastosować kryteriów intersubiektywnych, sformalizowanych i dyskursywnych. Jeśli zastosujemy takie rozgraniczenie, mentalność będzie stanowiła podłoże świadomości, która rozwija się wewnątrz szerszego nie w pełni do końca uświadamianego zespołu przekonań, odczuć i idei regulatywnych¹¹.

Książka *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy* opiera się na materiałach dotyczących potocznej wiedzy o zdrowiu i chorobie. Obejmuje ona wiedzę zdroworozsądkową, postrzeganie życia codziennego oraz obraz subiektywnie odbieranej rzeczywistości. Na wspólne całej społeczności wyobrażenia, nie w pełni uświadomione, składają się między innymi mity charakterystyczne dla danej kultury, w tym wypadku mity związane z chorobami, zarówno dotyczące epidemii, jak i innych chorób. Mityzacja, według Robotyckiego polega na zastępowaniu niepełnej wiedzy o świecie mitem, który jest próbą wyjaśnienia zjawisk natury oraz miejsca i przeznaczenia człowieka we wszechświecie¹². Mityzacja choroby przebiega m.in. przez dodanie jej pewnych cech, których w rzeczywistości nie posiada.

Praca koncentruje się na zmianie frekwencji mitu choroby, jaka dokonała się na ziemiach polskich od roku 1845, kiedy ukazała się jedna z pierwszych prac poświęconych medycynie ludowej ludu polskiego. Była to część rozprawy doktorskiej Michała Zieleniewskiego pt. *O przesądach lekarskich ludu naszego*¹³. Praca była jednak pisana z zamiarem przedstawienia i usunięcia

¹⁰ A. Guriewicz, *Historia i antropologia historyczna*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty” 1997, nr 1–2, s. 13.

¹¹ B. Płonka-Syroka, *Świadomość i mentalność środowiska lekarskiego jako podłoże recepcji teorii i doktryn medycznych. Zarys koncepcji*, [w:] *Międzykulturowy wymiar komunikacji idei w dziejach nauki*, red. J. Jeszke.

¹² C. Robotycki, *Tradycja i obyczaj w środowisku wiejskim – studium etnologiczne wsi Jurków na Spiszu*, Wrocław 1980, s. 77.

¹³ M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich ludu naszego*, Kraków 1845.

zabobonów, które panowały wśród ludności wiejskiej. Samo określenie medycyna ludowa zostało użyte po raz pierwszy w książce *Medycyna i przesady lecznicze ludu naszego* Mariana Udziela z 1891 r.¹⁴

Istotną z punktu widzenia tej pracy datą był 1864 r., czyli moment uwłaszczenia chłopów w zaborze rosyjskim, który obejmował największą część ziem I Rzeczypospolitej w jej granicach przedrozbiorowych, aż do czasów obecnych. Rok 1864 zainicjował istotne zmiany w warunkach życia społeczności wiejskiej na tym obszarze, które w dłuższej perspektywie przyczyniły się do przemiany mentalności społecznej, także w zakresie pojmowania choroby. Książka jest więc próbą opisanie historii idei choroby, przynajmniej w tym właśnie okresie, a zarazem wskazania na przemiany w mentalności społeczności wiejskiej.

Historia idei choroby jest fragmentem historii idei, w przypadku zaś tej pracy, nie chodzi o idee w rozumieniu myśli elitarnej, lecz popularnej, czyli faktycznych wyobrażeniach ludzi o chorobie i jej przyczynach. Georges Canguilhem uważa, że historia idei nie musi się pokrywać z historią nauki, ale historia nauki nie może lekceważyć historii idei¹⁵. Jak wskazuje doświadczenie antropologów historycznych, wyniesione z badań nad chrześcijaństwem średniowiecza i czasów nowożytnych, idea w procesie przenikania do niższych warstw społeczeństwa transformuje się, często nabiera zupełnie nowych treści. W przypadku średniowiecznego chrześcijaństwa, konkretna treść duchowego życia ludu, okazała się zupełnie innym tworem niż pierwotna nauka ewangelijna czy oficjalna teologia¹⁶. Podobnie rzecz ma się z ideą choroby, która czerpiąc swe korzenie m.in. z medycyny akademickiej, religijności oraz obserwacji otaczającego ludzi świata, pod wpływem licznych wierzeń ludowych, uległa transformacji. W ten sposób analiza idzie niejako tropem *histoire des mentalités*, wspomianej powyżej. Historia mentalności obejmuje szeroki obszar od socjologii kultury do antropologii historycznej, a Wojciech Wrzosek twierdzi, że: „dzisiaj, jak i wczoraj, może silniej dzisiaj niż wczoraj, badania nad *mentalité* przedkładają zbiorowe nad indywidualne; procesy kulturowe nad twórczość elit; psychologiczne, emocjonalne nad intelektualne; automatyzm, nawyki, stereotypy nad racjonalne, przemyślane konstrukcje intelektualne”¹⁷.

Trzeba w tym miejscu zwrócić również uwagę na samą antropologię historyczną, której głównym zadaniem jest odtworzenie obrazów świata, właściwych dla różnych epok i tradycji kulturowych. Bada ona społeczno-kulturowe wyobrażenia, ukształtowane w społeczeństwie lub też w określonych jego warstwach¹⁸. Ewa Domańska pisząc o „nowej historii” mówi, że zyskała ona etnograficzne, bardziej ludzkie oblicze. Dlatego też, możemy mówić o ba-

¹⁴ M. Udziela, *Medycyna i przesady lecznicze ludu naszego*, Warszawa 1891.

¹⁵ G. Canguilhem, *Normalne i patologiczne*, tłum. P. Pieniążek, Gdańsk 2000, s. 24.

¹⁶ Guriewicz, *op.cit.*, s. 20.

¹⁷ Wrzosek, *op.cit.*, s. 135.

¹⁸ Guriewicz, *op.cit.*, s. 13, 15.

daniu swoistych mikrohistorii, przypadków konkretnego człowieka, określanych przez autorkę miniaturami antropologicznych opowieści¹⁹. Do najbardziej znanych autorów tego nurtu należą Robert Darnton, Natalie Zemon Davis, Emanuel Le Roy Ladurie czy Carlo Ginzburg²⁰.

Choroba traktowana jako patologiczne zmiany w organizmie ludzkim stanowi obszar zainteresowań medycyny i biologii, natomiast antropologia i historia mentalności badają ją jako konstrukt społeczny i kulturowy. Choroba jest konstruktem społecznym²¹ i kulturowym, który w dużej mierze powstaje jedynie w umyśle osoby chorującej, zwłaszcza współcześnie, kiedy pojawiło się tak wiele chorób i schorzeń nieznanymi wcześniej. Bardzo często jest traktowana jako zjawisko kulturowo zrelatywizowane, jest konstruktem społecznym, który może zostać zrozumiany jedynie poprzez odwołanie się do kultury, w której został wytworzony²². Szczególnie jeśli mówimy o medycynie ludowej czy – jak inni woleliby – lecznictwie ludowym²³, gdzie stanowi ona nierozdzielalną część wiedzy ludowej i bez własnego kontekstu kulturowego zatracą swój pierwotny sens.

W obrębie teorii powstałych na gruncie antropologii medycznej wyróżniono trzy aspekty choroby: *disease*, *illness* i *sickness*, gdzie *disease* jest traktowana jako patologiczne zmiany w organizmie, *illness* jest chorobą w sensie kulturowym, natomiast *sickness* jest społecznym wymiarem choroby, procesem uspołeczniania *disease* i *illness*.

Choroba rozumiana w swym aspekcie *illness*, w sensie odczuć subiektywnych, jako indywidualne odczucie choroby lub jako zjawisko kulturowe, jest bardzo podatna na mityzację. Mowa tutaj zarówno o chorobach takich jak dżuma, cholera, które od wieków prześladowały ludzi i, jak się zdawało wyginęły, jak również o chorobach zupełnie nowych, których pochodzenie nie zawsze jest znane. Poza tym, trzeba brać pod uwagę pojawianie się nowych chorób cywilizacyjnych, za które odpowiedzialność w dużej mierze ponosi rozwijająca się technologia i wciąż zmieniający się styl życia. Do nich należą

¹⁹ E. Domańska, *Mikrohistorie. Spotkania w międzyświatach*, Poznań 1999, s. 58.

²⁰ O ich pracach pisze E. Domańska w swej książce *Mikrohistorie*. Każda z nich bowiem jest studium jednego przypadku, czy to osoby, jak Menocchio u Ginzburga, czy sytuacji, jak wielka masakra kotów u Darntona. Darnton zresztą krytykuje francuską szkołę za jej podejście do historii mentalności twierdząc, że mentalność jest w ich ujęciu zbyt płynnym pojęciem oraz za to, iż próbują badać historię mentalności w sposób ilościowy i seryjny – Domańska, *op.cit.*, s. 161.

²¹ Sformułowanie takie zaproponowała Magdalena Sokołowska, która twierdzi, iż użycie terminu „konstrukt” umożliwia globalną koncepcję choroby. Koncepcja ta proponuje podział sfery choroby na rzeczywistość obiektywną i subiektywne odczucie choroby, które staje się wtedy konstruktem społecznym – M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Warszawa 1980, s. 194.

²² D. Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1994, t. 1, z. 2, s. 6.

²³ W pracy wymiennie będzie używane sformułowanie „medycyna ludowa” i „lecznictwo ludowe”, ponieważ są one potraktowane w sposób jednoznaczny.

na przykład anoreksja i bulimia, lekceważone przez wiele osób, jako wymysł młodych dziewcząt. W przypadku tych chorób ich przyczyn upatruje się najczęściej we współcześnie wykreowanym (w dużej mierze przez media) wizerunku kobiety. Jednak niektórzy badacze uważają, że moda stała się jedynie powodem ponownego pojawienia się anoreksji, ponieważ jest ona starsza od popkultury²⁴.

Problem mityzacji choroby w latach 1845–2021 ma bardzo szeroki kontekst kulturowy. W przypadku kultury typu ludowego należy pamiętać o ogromnych przemianach, jakie zaszły w społeczności wiejskiej w trakcie zmian ustrojowych, społecznych i gospodarczych. Duży wpływ miał tutaj także rozwój medycyny akademickiej, m.in. odkrycie bakterii, mechanizmów odpornościowych, upowszechnienie skutecznych leków na podstawowe choroby zakaźne, postęp chirurgii, odkrycie wirusów, a także uświadomienie sobie granic terapeutycznych i diagnostycznych współczesnej medycyny. Zinstytucjonalizowano opiekę medyczną, upowszechniano zasady higieny na wsi, z różnym skutkiem oczywiście, ale postępujących zmian nie można było zatrzymać. Nastąpił wzrost poziomu alfabetyzacji społeczeństwa, co w dalszej konsekwencji spowodowało możliwość szerszego dostępu do źródeł kultury masowej, która jest nośnikiem licznych informacji z zakresu mityzowania choroby. Rozwój techniki upowszechnił radio, prasę popularną, telewizję i internet jako środki przekazu dotyczące m.in. choroby.

Zainteresowania etnografią medycyną ludową sięgają początków tej nauki, czyli połowy XIX w., gdyż leczenie ludowe ze swoimi tajemniczymi receptami, metodami leczenia oraz praktykami magicznymi znachorów stanowiło bardzo interesujący temat badań. W pierwszych latach tworzenia się nowego kierunku, jakim była etnografia, nie było jeszcze pełnych opracowań dotyczących medycyny ludowej, jedynie drobne informacje na określony temat. Był to materiał wyrywkowy, autorstwa najczęściej lekarzy, w którym wszystkie ludowe praktyki lecznicze traktowane były jak przesady. Można w nich znaleźć wiele uogólnień, wynikających z braku zainteresowania wierzeniami ludowymi, z którymi medycyna ludowa była ściśle związana. Pojawiły się liczne publikacje w formie artykułów zamieszczanych w czasopismach etnograficznych, takich jak „Wisła”, „Lud”, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej”, „Materiały Archeologiczno-Antropologiczne i Etnograficzne” lub jako część większego opracowania dotyczącego ogólnie etnografii. Mowa tutaj przede wszystkim o *Dzielałach wszystkich* Oskara Kolberga²⁵, które zawierają bardzo obfity materiał dotyczący medycyny ludowej.

²⁴ J. Podgórska, *Znikające ciała*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 24, s. 82.

²⁵ *Dzielał Wszystkie Oskara Kolberga. Lud, jego zwyczaje, sposób życia, mowy, podania, przysłowia, obrzędy, gusła, zabawy, pieśni, muzyka i tańce*, t. 7, 15, 19, 34, 35, 40, 45, 48, 60, red. J. Burszta, Warszawa 1961–1975. W dalszej części pracy wszelkie informacje pochodzące z tego opracowania oznaczone będą skrótem DWOK z numerem tomu oraz stroną.

Pierwsze większe dzieło z tego zakresu to wspomniana już praca Zieleskiego, natomiast w późniejszym okresie powstawało więcej opracowań dotyczących lecznictwa ludowego, zarówno prac zwartych, jak i krótkich artykułów umieszczanych przeważnie w czasopismach etnograficznych. W okresie międzywojennym i po drugiej wojnie światowej powstały liczne monografie dotyczące konkretnych regionów Polski, w których medycyna ludowa stanowiła odrębną część. Zaliczyć do nich można publikacje będące etnograficznymi opisami konkretnej miejscowości, regionu lub ogólnie Polski, m.in. Stanisława Poniatowskiego *Etnografia Polski*²⁶, Kazimierza Moszyńskiego *Kulturę ludową Słowian*²⁷, *Kulturę ludową Wielkopolski* pod redakcją Józefa Burszty²⁸. Wiele jest również opracowań opisujących tylko i wyłącznie medycynę ludową, na przykład Danuty Tylkowej *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat polskich*²⁹, Adama Palucha *Choroby, zioła, znachorzy*³⁰ i *Świat roślin w tradycyjnych praktykach leczniczych wsi polskiej*³¹, Barbary Szychowskiej-Boebel *Lecznictwo ludowe na Kujawach*³² (oparte na badaniach terenowych przeprowadzonych w latach 1966–1969 na Kujawach) czy Zbigniewa Libery *Medycyna ludowa*³³ i *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX–XX wieku*³⁴. Warto jeszcze wspomnieć o pracach powstałych w latach dziewięćdziesiątych XX w., których podstawę stanowią jednak materiały zbierane na przełomie XIX i XX w.³⁵

Oprócz pracy Moniki Sznajderman *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*³⁶, w której autorka podjęła temat mityzowania choroby, ze szczególnym uwzględnieniem chorób epidemicznych, nie ma szerszych opracowań tego problemu. Z prac zagranicznych uwagę zwracają książki Susan Sontag³⁷ opisujące choroby jako metafory, w których autorka skoncentrowała się

²⁶ S. Poniatowski, *Etnografia Polski*, [w:] *Wiedza o Polsce*, t. 3, oprac. J. Bystron et al., Warszawa 1932, s. 191–334.

²⁷ K. Moszyński, *Kultura ludowa Słowian*, t. 2, cz. 2, Warszawa 1967.

²⁸ J. Burszta, *Lecznictwo ludowe*, [w:] *Kultura ludowa Wielkopolski*, t. 3, red. J. Burszta, Poznań 1967, s. 393–436.

²⁹ D. Tylkowa, *Medycyna ludowa w kulturze wsi Karpat Polskich. Tradycja i współczesność*, „Biblioteka Etnografii Polskiej”, nr 42, red. M. Frankowska, Wrocław 1989.

³⁰ A. Paluch, *Choroby, zioła, znachorzy*, Namysłów 1991.

³¹ A. Paluch, *Świat roślin w tradycyjnych praktykach leczniczych wsi polskiej*, Wrocław 1984.

³² B. Szychowska-Boebel, *Lecznictwo ludowe na Kujawach*, Toruń 1972.

³³ Z. Libera, *Medycyna ludowa*, Wrocław 1990.

³⁴ Z. Libera, *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX i XX wieku*, Wrocław 2004.

³⁵ *Ziemia Biecka. Lud polski w powiatach gorlickim i grzybowskim*, red. S. Udziela, Nowy Sącz 1994; J. Świętek, *Brzozowa i okolice Zakliczyna nad Dunajcem*, „Archiwum Etnograficzne”, t. 36-II, Wrocław 1998.

³⁶ M. Sznajderman, *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*, Warszawa 1994.

³⁷ Chodzi głównie o *Illness as Metaphor*, New York 1978; polskie tłumaczenie *Choroba jako metafora*, [w:] *eadem, Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Warszawa 1999, s. 7–90; *AIDS i jego metafory*, [w:] *eadem, Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory...*, s. 91–181.

przede wszystkim na przypadkach gruźlicy, raka i AIDS. Jeśli chodzi o AIDS, jak widać będzie również na podstawie wyników badań terenowych, mitologizacja tej choroby nadal postępuje.

Dotychczas nie zostały przebadane w sposób kompleksowy przemiany świadomości społeczeństwa polskiego ogólnie dotyczące choroby, we wszystkich warstwach społecznych. Na przykład praca Eweliny Szpak *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.*³⁸ dotyczy obszarów wiejskich po 1945 r., natomiast przeprowadzenie wspomnianych wyżej badań wymagałoby utworzenia interdyscyplinarnego zespołu oraz dużych nakładów finansowych, co przekracza ramy przyjęte w tej pracy. Postulat badań interdyscyplinarnych, m.in. z lingwistyką, etnologią, biologią, socjologią i historią nauki, wysuwali historycy z kręgu *histoire des mentalités*³⁹.

Ze względu na fakt, iż praca koncentruje się na przemianach mentalności społeczności wiejskiej w zakresie chorób i ich przyczyn, a także na historii idei choroby, podstawowym pytaniem badawczym, na jakie postaram się odpowiedzieć jest sposób, w jaki przebiegał i trwa nadal, proces mityzacji choroby oraz jakie czynniki nań wpływają. Zmieniająca się mentalność społeczeństwa, także zewnętrzne i wewnętrzne czynniki, spowodowały liczne przeobrażenia idei choroby. Wybór społeczności wiejskiej jako obiektu badań daje się łatwo uzasadnić, jeśli bierze się pod uwagę istnienie wystarczającego materiału źródłowego z zakresu medycyny ludowej, oraz materiałów pochodzących z przeprowadzonych dla celów tej pracy badań terenowych, które pozwolą na sformułowanie konkretnych wniosków.

Głównym problemem, w przypadku źródeł historycznych dotyczących zachowań i postaw przedstawicieli kultury typu ludowego, jest ich niewielka ilość. Poza tym kultura „warstw podporządkowanych” jest nadal kulturą przekazów oralnych, więc na nich należy się koncentrować⁴⁰. Praca jest wynikiem historycznych badań nad kulturą oralną, stąd również technika ankietowania i wywiadu, której efekty można znaleźć w drugiej części pracy. Wśród źródeł wykorzystanych w pracy można wyróżnić dwie kategorie: etnograficzne i historyczne, w tym publikacje i źródła wywołane, czyli wywiady terenowe, oraz źródła z zakresu kultury masowej. Etnograficzne i historyczne, cytowane przede wszystkim w pierwszej części pracy stanowią wymienione wcześniej publikacje dotyczące medycyny ludowej, zarówno dzieła zwarte, jak i artykuły umieszczane w czasopismach etnograficznych, takich jak „Wisła”, „Łódzkie Studia Etnograficzne” czy „Lud”. Większość zawartych tam informacji pochodzi z terenów polskich okresu rozbiorowego i późniejszego, z tym że, jak podkreślał Jaromir Jeszke, w przypadku źródeł dotyczących medycyny

³⁸ E. Szpak, *Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.*, Warszawa 2016.

³⁹ Guriewicz, *op.cit.*, s. 20.

⁴⁰ Domańska, *op.cit.*, s. 57.

ludowej, słabiej reprezentowane są pochodzące z północno-zachodnich ziem polskich⁴¹. Źródła pisane są dwojako pośrednie; dlatego, że spisane, ale też spisane zazwyczaj przez osoby w mniejszym lub większym stopniu związane z kulturą dominującą⁴².

Druga część pracy w znacznej mierze opiera się na wynikach badań terenowych przeprowadzonych przez studentów Katedry Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego w latach 2001–2003. W roku 2001 praktyki odbywały się na terenie Śląska Cieszyńskiego po stronie Republiki Czeskiej. Badania przeprowadzone zostały wśród obywateli czeskich polskiego pochodzenia, według stworzonego dla potrzeb pracy kwestionariusza, który umieszczony jest w aneksie (nr 2). W latach 2002–2003 badania odbywały się na Dolnym Śląsku, w rejonie Świdnicy. Zaolzie to były teren zaboru austriackiego i jego wybór podyktowany był znacznym odsetkiem procentowym ludności polskiej. Z kolei Dolny Śląsk to obszar gdzie po II wojnie światowej zamieszkali autochtoni oraz ludność przyjezdna z różnych stron II Rzeczypospolitej. Pomimo upływu lat pewne idee mają trwałe charakter, co jak się wydaje, doskonale widać na przykładzie tej pracy.

Zasadniczo wybór respondentów był przypadkowy, nie opierał się na wydzieleniu konkretnych kategorii wiekowych czy zawodowych, nie był także zależny od wykształcenia. W większości przypadków respondenci byli mieszkańcami wsi, sporadycznie tylko, ze względu na okres wakacyjno-urlopowy, przeprowadzono wywiady z mieszkańcami miast, którzy przebywali w tym czasie u swych rodzin na wsi. Łącznie zebrano 404 wywiady, które zostały przekazane do archiwum Katedry Etnologii i Antropologii Kulturowej UW i skatalogowane. W dalszej części tekstu będę cytować wypowiedzi respondentów w sposób zanonimizowany z podaniem płci, miejscowości oraz roku pozyskania danych. Szczegółowe wywiady dostępne są w archiwum Katedry Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego. Źródłami z zakresu kultury masowej są artykuły umieszczane we współczesnej prasie popularnej, filmy, audycje radiowe, literatura piękna oraz lektury szkolne, na które wskazali respondenci objęci badaniami jako na źródło swoich inspiracji w zakresie poglądów dotyczących choroby.

Praca składa się z pięciu rozdziałów, bibliografii oraz aneksu, w którym umieszczony jest wykaz miejscowości, gdzie przeprowadzono badania, a także kwestionariusz, według którego je przeprowadzono.

W pierwszym rozdziale opisane zostały definicje mitu, próby ich klasyfikowania, cechy mitu oraz funkcje, jakie mity pełnią w społeczeństwie. Istnieje wiele kierunków i szkół zajmujących się badaniem mitu i jego struktury;

⁴¹ J. Jeszke, *Stan badań lecznictwa ludowego Wielkopolski na tle wiedzy etnomedycznej w Polsce*, „Poznańskie Roczniki Medyczne” 1986, t. 10, s. 105.

⁴² C. Ginzburg, *Ser i robaki. Wizja świata pewnego młynarza z XVI wieku*, tłum. R. Kłos, Warszawa 1989, s. 9.

z punktu widzenia tej pracy najbardziej interesujące są jednak takie, które wpisują się w orientację, nazwaną przez Józefa Niżnika filozoficzno-antropologiczną oraz podejście podmiotowe, reprezentowane m.in. przez Ernsta Cassirera. Przyjmujemy więc że mit nie jest jednorazowym tworem wyobraźni, ale sposobem myślenia, dlatego praca skupia się na przyczynach i rezultatach myślenia mitycznego. Myślenie mityczne „jest myśleniem ideą, dążeniem i możliwością odnalezienia siebie wobec innych jednostek i społeczności”⁴³, czyli uszeregowaniem siebie w porządku otaczającej nas rzeczywistości. W przypadku kultury typu ludowego, w XIX w., proces mityzacji polegał m.in. na personifikowaniu chorób i ich przyczyn, a także na charakterystycznym zachowaniu w stosunku do znachorów, których działalność w dużej mierze opierała się na sugestii. Współcześnie nurt medycyny nieoficjalnej czy raczej komplementarnej rozwija się na równi, by nie powiedzieć, że szybciej, niż medycyna oficjalna. Dostarcza wciąż nowych, innych niż akademicka, teorii o pochodzeniu i rozprzestrzenianiu się chorób. Dlatego też zjawisko mityzacji choroby nie zanika, ale obecnie objawia się dwójako: albo przez zaproponowanie odmiennych, niż medycyna oficjalna, etiologii chorób, albo przesunięcie pojęciowe jakie następuje pomiędzy różnymi jednostkami chorobowymi, ponieważ większość nazw chorób, jak wynika z badań terenowych, jest znana respondentom. Pojawia się także problem marketingowego „tworzenia” choroby, czyli niekoniecznie uprawnionej medykalizacji życia społecznego, a także kwestia „cudownych leków na wszystko”. Dlatego istotnym jest odnalezienie przyczyn zmiany mentalności społeczności wiejskiej, aby można było pokazać proces przekształcania się idei choroby od 1845 do 2021 r.

Na treść pierwszego rozdziału składa się również ewolucja poglądów na chorobę od czasów starożytnych do współczesności. Uważam, że bez przedstawienia najważniejszych koncepcji, nawet jeśli w formie skróconej, dotyczących etiologii chorób, od czasów starożytnych do współczesności, nie można mówić o pełnym obrazie choroby w mentalności społeczności wiejskiej. Powstanie teorii mikro- i makrokosmosu, czy teorii humorów (według Hipokratesa) odpowiedzialnych za powstawanie chorób, w znaczny sposób zaciążyło na wyobrażeniach dotyczących chorób. Obie te teorie, modyfikowane zależnie od zapotrzebowania epoki, przetrwały bardzo długi czas w medycynie akademickiej i ludowej.

Do czasów współczesnych choroba w świadomości społecznej była pojmowana przeważnie w kategoriach religijnych i moralnych⁴⁴, ze względu na ścisłe powiązanie religii ze wszystkimi sferami życia społecznego i naukowego oraz niską skuteczność medycyny. Ponieważ zaś każda kultura wykształciła

⁴³ Mróz, *op.cit.*, s. 37.

⁴⁴ B. Płonka-Syroka, *Wstęp*, [w:] *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 2, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 1999, s. 4.

swój własny zasób pojęć dotyczących człowieka (również człowieka, który ulega chorobie), pojęcia te warunkują jego miejsce w porządku uznawanym w tej kulturze⁴⁵. Kiedy zmieniał się sposób postrzegania człowieka we wszechświecie, zmieniały się również koncepcje medyczne.

Rozdział drugi dotyczy zainteresowań medycyną komplementarną i ludową w obrębie antropologii medycznej i etnologii. Przedstawia główne teorie dotyczące przede wszystkim koncepcji zdrowia i choroby oraz działalności instytucji medycznych. Mieści się tutaj również historyczny rozwój antropologii medycznej i rozwój badań nad medycyną ludową w obrębie etnografii.

Medycyna ludowa znalazła się w obszarze zainteresowań etnografii od samego początku powstawania tej dyscypliny naukowej. Tak jak i inne zjawiska kulturowe, traktowana była różnorodnie ze względu na fakt istnienia dwóch postaw badawczych w badaniach kultury: pozytywistycznej, nazywanej także obiektywistyczną oraz post-pozytywistycznej, określanej również mianem konstruktywistycznej⁴⁶. Według pierwszej opcji należy traktować badane zjawiska wprost, opierając się na kryteriach empirycznych; natomiast opcja konstruktywistyczna stara się wyjaśnić rzeczywistość poprzez odczytanie ukrytych znaczeń. Nurt pozytywistyczny poszukujący w praktykach leczniczych ludności wiejskiej „racjonalnego jądra” doprowadził do podziału elementów medycyny ludowej na racjonalne i irracjonalne⁴⁷. Ten model poznania zakłada, że fakty i prawidłowości w kulturze są odkrywane, zaś w mniemaniu konstruktywistów to, co pozytywiści określają faktami, jest społecznie wytwarzane⁴⁸. Konstruktywiści uważają, że „całokształt naszej wiedzy, czy też przekonań, od najbardziej przypadkowych prawd geografii i historii aż po najgłębsze prawa fizyki atomistycznej, a nawet czystej matematyki i logiki formalnej, jest tworem człowieka i styka się z doświadczeniem tylko wzdłuż swoich krawędzi”⁴⁹. Wychodząc z tego założenia Jerzy Topolski mówi o tendencji do mitologizacji przedmiotu badania, która polega m.in. na skłonności do posługiwania się dotychczasową wiedzą jako czymś skończonym i statycznym⁵⁰. Konstruktywizm odrzuca tezę, że wiedza stanowi rodzaj odbicia, czy też odwzorowania świata, a także tezę, iż jesteśmy w stanie prawomocnie mówić o otaczającym nas świecie poza samą wiedzą. Nie ma więc dwóch światów: poznawanego o określonych, istniejących wcześniej i niezależnie od poznania właściwościach, czyli świata będącego przedmiotem wiedzy oraz samej

⁴⁵ B. Płonka-Syroka, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka w teoriach i doktrynach medycznych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996, t. 3, z. 1/2, s. 24.

⁴⁶ A. Zybortowicz, *Przyrodznawstwo a humanistyka w ujęciu teorii kultury*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996, t. 2, z. 2, s. 6.

⁴⁷ A. Pałuch, *Etnologia wobec zagadnień medycyny jako obszaru penetracji badawczych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 1, s. 19–28.

⁴⁸ Zybortowicz, *op.cit.*, s. 7.

⁴⁹ A. Zybortowicz, *Przemoc i poznanie*, Toruń 1995, s. 90.

⁵⁰ *Ibidem*, s. 93.

wiedzy, która przybliży się do świata poznawanego⁵¹. W opinii konstruktywistów poznanie medycyny ludowej może nastąpić jedynie przez poznanie całego systemu wierzeń, postaw i światopoglądu ludzi, którzy, na co dzień operują tą „zmityzowaną przestrzenią” konkretnej medycyny. Powyższa praca, której celem jest przedstawienie zmityzowanej choroby jako konstruktu społecznego i kulturowego, opiera się na założeniach konstruktywistycznych.

W tym rozdziale przedstawione są również teorie antropologii medycznej, która wykształciła się w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych na przełomie lat 60. i 70. XX w. Badania prowadzone przez antropologię medyczną dotyczą przede wszystkim kulturowych problemów związanych ze zdrowiem i chorobą w społecznościach postindustrialnych i pozaeuropejskich. Zainteresowanie antropologią medyczną w Polsce przejawia głównie Danuta Penkala-Gawęcka, której liczne artykuły przedstawiają dorobek tej dyscypliny.

Rozdział trzeci dotyczy mityzowania choroby w kulturze typu ludowego, dlatego też przedstawia elementy procesu mityzacji, czyli etiologie wybranych chorób w medycynie ludowej, personifikacje chorób oraz obraz lekarza i znachora, który wywarł ogromny wpływ na pojmowanie choroby. W rozdziale tym mieści się również ogólny schemat etiologii chorób w kulturze ludowej. Józef Burszta, opierając się na założeniu istnienia związków pomiędzy wszystkimi elementami przyrody, a także na fakcie uznania choroby za coś obcego w stosunku do ciała ludzkiego, wyróżnił dwie podstawowe kategorie przyczyn chorób: naturalistyczne i magiczno-demonologiczne. Na drugą kategorię składają się przyczyny: kosmiczne, w których losy człowieka związane były ściśle ze zjawiskami kosmicznymi; przyrodnicze, w których decydujący wpływ na chorobę miały żywioły, świat roślin i zwierząt oraz demonologiczno-magiczne, w których przyczyną chorób była działalność sił nieczystych⁵².

W następnej części tego rozdziału przedstawione zostały wybrane etiologie chorób w kulturze ludowej. W bardzo wielu przypadkach zachorowań wskazywano na szkodliwą działalność czarownic, które były sprawczyniami wielu przypadłości, poprzez czary, rzucanie uroków czy podłożenie, a także złowrogą moc demonów chorób, przez część autorów utożsamianych z personifikacjami chorób. Demony niektórych chorób, w następnym podrozdziale zostały ujęte jako ich personifikacje, co wynika z faktu, że część autorów opisywała konkretną chorobę albo tylko jej przyczynę, które w takich wypadkach określano jako demony. Przyczyną choroby mogło być także złamanie jakiegoś zakazu, na przykład zachorowanie dziecka na suchoty, oznaczało że matka będąc brzemienną, przekroczyła cień krzyża przydrożnego⁵³.

⁵¹ *Ibidem*, s. 99–101.

⁵² J. Burszta, *op.cit.*, s. 402–403.

⁵³ Z. Wasilewski, *Jagodne. Zarys etnograficzny*, Warszawa 1889, s. 223.

Kolejny podrozdział zawiera opisy personifikowania chorób, przede wszystkim chorób zakaźnych, czyli dżumy i cholery, a także przyczyn chorób, do których można zaliczyć „krasnodudki”, „macicę” czy „zmoreę”. Trzeba podkreślić, że tworzenie takich wizerunków powodowało osvajanie choroby, co w konsekwencji prowadziło do minimalizowania strachu przed chorobą.

W ostatniej części tego rozdziału mieści się także obraz lekarza i znachora w świadomości ludności wiejskiej, jak również jego wpływ na traktowanie choroby. Wydaje się, iż chorobę traktowano w zależności od sposobu postrzegania lekarza i znachora, a raczej ich praktyk; w przypadku uzdrowicieli wiejskich, duże znaczenie odgrywała siła sugestii. Fakt, iż w trakcie praktyk leczniczych, znachor wielokrotnie zwracał się do choroby, jak do osoby, prowadził do przekonania, że choroba jest obcą istotą, nasłaną z zewnątrz, która posiada określone cechy.

Czwarty rozdział składa się z trzech podrozdziałów, jest również objętościowo największy, w stosunku do wcześniejszych rozdziałów. Jego podstawę stanowią wyniki badań terenowych dotyczące współczesnych chorób cywilizacyjnych, takich jak choroba Creutzfeldta-Jakoba, zwana potocznie chorobą wściekłych krów; anoreksja i bulimia, choroba Alzheimera, AIDS czy wreszcie COVID-19. Wykorzystano tutaj również liczne artykuły prasowe pochodzące z okresu pojawiania się tych chorób w Polsce, fragmenty literatury pięknej, opisujące chorobę lub osoby chore, a także przedstawiono niektóre filmy o chorobach.

Pierwsza część tego rozdziału opisuje stosunek społeczeństwa do choroby oraz wpływ, jaki ma choroba, zwłaszcza przewlekła lub zakaźna, na rodzinę. Istnieje naturalny związek pomiędzy zdrowiem i chorobą, a kulturą, w jakiej człowiek żyje, ponieważ kształtuje ona ogólny poziom życia członków zbiorowości, wyobrażenia dotyczące zdrowia i choroby, stan wiedzy o przyczynowości chorób, sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, postawy i zachowania wobec choroby i osób chorych, postawy i zachowania w stosunku do zabiegów leczniczych i lekarzy, co za tym idzie lekarzy wobec pacjentów oraz styl życia, który w bezpośredni sposób może wpłynąć na powstawanie chorób⁵⁴.

Chorobę traktuje się często jako dewiację od pełnionych ról społecznych, ponieważ przynosi ona w efekcie zakłócenia w porządku społecznym. Równocześnie każdą formę dewiacji społecznej można dzisiaj nazwać chorobą, a jak sugerują Talcott Parsons i Eliot Friedson, dewiantem można stać się ze względu na określone zachowanie – narkoman, alkoholik lub przez wzgląd na konkretne cechy – osoby upośledzone fizycznie. Parsons potraktował chorobę jako jedną ze specyficznych ról, jaką człowiek pełni w społeczeństwie⁵⁵.

⁵⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 1995, s. 55.

⁵⁵ *Ibidem*, s. 13.

Koncepcja choroby jako dewiacji wiąże się z teorią etykietyzowania, czyli labellingu, co zresztą widać na przykładzie wyników badań, gdzie podano nazwy chorób, używane jako etykiety w stosunku do innych osób, najczęściej w formie obraźliwej. W tej części przedstawione jest także ujęcie traktujące chorobę jako metaforę, przede wszystkim chodzi o metaforę gruźlicy oraz raka, która jest najczęściej stosowana w retoryce politycznej.

Drugi podrozdział przedstawia ocenę pracy lekarzy i uzdrowicieli, jak również występujące coraz częściej, z różnych względów, zjawisko samolecznictwa. Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła trzy formy nieprofesjonalnej opieki zdrowotnej: laicy, instytucje działające w społeczności lokalnej oraz przedstawiciele medycyny nieprofesjonalnej⁵⁶. Pojawiający się w Polsce od lat 70. XX w. uzdrowiciele i współcześni znachorzy, znaleźli dla siebie niszę w systemie służby zdrowia, ponieważ duża część społeczeństwa nie jest zadowolona z działalności instytucji medycznych. Fenomenem jest tak ogromne zainteresowanie praktykami uzdrowicieli oraz wiara w ich skuteczność.

W trzecim podrozdziale znajduje się obraz współczesnych chorób cywilizacyjnych. Wyobrażenia na ich temat powstały m.in. na skutek informacji prezentowanych w różnego typu mediach, żeby przypomnieć tylko istotną rolę mediów w wykreowaniu nowego wizerunku kobiety, czy wręcz wzoru zachowania, który może prowadzić do anoreksji. W przypadku niektórych chorób, wcześniejszy lęk przed nimi został zniwelowany, m.in. poprzez powstanie licznych opowieści na ich temat.

W tej części przedstawiono także wyobrażenia, jakie powstały na skutek pojawienia się groźnej i nieuleczalnej choroby, jaką jest AIDS. Strach, jaki wywołuje ta choroba, spowodował utworzenie licznych teorii, dotyczących powstania oraz dróg zakażenia AIDS. O wywołanie takiej epidemii oskarżano m.in. rząd amerykański, który miał prowadzić tajne badania nad wirusami pochodzącymi z Afryki, co w konsekwencji miało się przyczynić do stworzenia wirusa HIV, powodującego AIDS. Lęk przed zarażeniem oraz seksualny sposób transmisji choroby przyczynił się do powstania wielu, niezwykle żywotnych mitów na temat tej choroby.

Zamieszczone w tej części wyniki przeprowadzonych badań przedstawiają wiedzę na temat sposobów zarażenia się AIDS, postawy wobec osób chorych i zarażonych, zwłaszcza w okolicznościach ewentualnego utworzenia w okolicy ośrodka dla nosicieli.

Ostatnią część tego rozdziału poświęciłam wyobrażeniom dotyczącym wciąż egzystującej z nami choroby, czyli COVID-19 wywołanym przez koronawirusa SARS-CoV-2. Od wielu lat sytuacja związana z jakąkolwiek chorobą zakaźną nie obejmowała całej populacji świata i nie była tak dramatyczna jak

⁵⁶ A. Firkowska-Mankiewicz, *Teorie przyczyn chorób*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A Ostrowska, Warszawa 1990, s. 21.

przez ostatnie dwa lata, dlatego też choroba ta oraz jej przyczyny uległy bardzo szybko procesowi mityzacji. W Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu powstało w związku z tym w roku akademickim 2020/2021 kilka prac magisterskich, których wyniki również przytoczę w tej pracy. Ostatni rozdział prezentuje charakterystykę procesu mityzacji pod kątem frekwencji idei w obu badanych okresach.

Tytułem wstępu należy jednak przedstawić wybrane koncepcje mitu oraz formy myślenia mitycznego, które w dalszej części pracy będą konieczne do analizowania frekwencji idei mitu choroby.

I. MIT, MYŚLENIE MITYCZNE I PROCES MITYZACJI

1. DEFINICJE MITU⁵⁷

Mity od czasów starożytnych stanowiły obiekt zainteresowania badaczy, ale dopiero XIX i XX w. przyniósł wiele nowych i interesujących teorii na ich temat. Ścierały się ze sobą liczne stanowiska, początkowo jednak uważano, iż mityzacja rzeczywistości jest domeną społeczeństw dawnych, takich jak antyczna Grecja, oraz tak zwanych pierwotnych. Jak podkreślają badacze tego problemu, mit jest zjawiskiem bardzo trudno uchwytnym, a przez to kontrowersyjnym, ponieważ nie ma możliwości określenia w jasny sposób jego granic. Powstało wiele szkół i kierunków, a każda z nich próbuje wyjaśnić mit poprzez swój pryzmat, dostosowując często teorie do własnych potrzeb. Mit i myślenie mityczne, nie są zjawiskiem przynależnym jedynie historii, ze względu na ich wyginięcie, a ich ślady można odnaleźć we współczesnym świecie. Jak podkreśla Lech Mróz, zmieniła się tylko forma mitów, rodzaj ich oddziaływania oraz mechanizm powstawania, co jednak nie wskazuje na fakt, iż w przyszłości zjawisko mityzacji zaginie⁵⁸. Badaczami kultury, którzy próbują odnaleźć ślady mitów we współczesnym świecie, są m.in. Roland Barthes i Umberto Eco.

Powstało wiele teorii i szkół zajmujących się badaniami mitu, a wśród nich można wyróżnić kilka najważniejszych: teorie psychoanalityczne, funkcjonalne i pochodne od nich, szkołę mitu i rytuału, teorie socjo-psychologiczne, egzystencjalistyczne, fenomenologiczne, ewolucjonistyczne, kognitywistyczne oraz strukturalistyczne, zarówno dawne (szkoła czeska i rosyjska), jak i współczesne. Wszelkie powstałe na tym gruncie interpretacje mitu pozostawały

⁵⁷ Kategoria mitu jest pojęciem wieloznacznym, zależnym od przyjętego podejścia i metody. Rozumienie mitu może być sprzeczne i wykluczające się, ponieważ różne dyscypliny naukowe posługują się tym terminem w odmienny sposób.

⁵⁸ Mróz, *op.cit.*, s. 26.

pod wpływem prądów panujących w innych naukach, czy to filozofii, psychologii, czy też socjologii.

Podejmowano próby usystematyzowania i uporządkowania wszystkich definicji mitu, z czego dwie, Józefa Niźnika i Barbary Szackiej, z perspektywy tej pracy wydają się najbardziej przydatne. Przedstawiają nieco odmienny punkt widzenia; pierwsza wersja opisuje nurty zajmujące się mitem; natomiast druga sposób, w jaki mit jest badany; w obu przypadkach autorzy podziału twierdzą, że ma on charakter umowny i przybliżony.

Niźnik wyróżnił trzy podstawowe orientacje w badaniach nad mitem: filologiczną, filozoficzno-antropologiczną oraz publicystyczną. Orientacja filologiczna, do której zalicza Barthesa i Paula Valéry, skupia się na związku mitu z mową, natomiast sensu mitu szuka poprzez badanie fabuły. Przedstawiciele tego nurtu koncentrują się na roli mitu w literaturze, mitycznych aspektach sztuki czy poszukiwaniu w mitologii źródeł tragedii greckiej⁵⁹. Orientacja publicystyczna koncentruje uwagę na analizie potocznego zastosowania pojęcia mitu, gdzie oznacza ono przekonanie będące fikcją zakorzenioną w opinii społecznej. Fikcja owa odpowiada osobom, które ją podtrzymują dając jej wiarę lub tym, którzy ją rozpowszechniają. Najbardziej interesujące dla celów tej pracy jest ujęcie filozoficzno-antropologiczne, którego przedstawiciele (Ernst Cassirer, Mircea Eliade, Erich Fromm czy Claud Lévi-Strauss) interesują się mitem żywym oraz jego funkcjonowaniem, obecnym lub przeszłym. Mit jest tutaj traktowany jako zjawisko społeczne, a także jako ekspresja określonego stosunku do świata, będąca odzwierciedleniem specyficznej struktury świadomości. W przypadku tej orientacji największym problemem jest zakres pojęcia mitu oraz zasadność wykorzystania badań i wyników antropologii kulturowej do analiz dotyczących kultury współczesnej⁶⁰.

Szacka wyróżnia trzy typy ujęć mitu: przedmiotowe, podmiotowe i funkcjonalne. W pierwszej wersji mit określany jest ze względu na swoją treść lub formę, są to więc opowieści o początku świata i człowieka oraz o genezie pewnych technik lub zjawisk. Mieści się tutaj strukturalna analiza Lévi-Straussa i semiotyczna Barthesa. W ujęciu funkcjonalnym mit wyróżnia się na podstawie funkcji, jaką pełni w społeczeństwie, zaś głównym przedstawicielem tego nurtu jest Bronisław Malinowski. Podejście podmiotowe, do którego zaliczyć można psychoanalityczne koncepcje mitu razem z teorią archetypów Carla Gustawa Junga, skupia się na myślącym podmiocie. Najlepiej podejście to uwidacznia się w teorii Cassirera, który pojmuje mit jako „przejaw pewnego typu świadomości, którą nazywa świadomością mityczną. Pojęcie świadomości mitycznej wyprzedza w sensie logicznym pojęcie mitu. Mityczny obraz

⁵⁹ J. Niźnik, *Mit jako kategoria metodologiczna*, „Kultura i społeczeństwo” 1978, t. 22, nr 3, s. 164.

⁶⁰ *Ibidem*, s. 166.

świata, rzeczywistości mitu, to rezultat funkcjonowania mitycznej świadomości⁶¹. Podmiotowe podejście do badań mitu, gdzie za podstawę bierze się myślenie mityczne, pozwala na poszukiwanie istoty mitu poprzez badanie jego różnorodnych przejawów oraz analizę struktury i społecznej funkcji myślenia mitycznego⁶².

Zasadne wydaje się w tym miejscu scharakteryzowanie wybranych na potrzeby tej pracy teorii badań nad mitem.

Pierwsze teorie, jakie pojawiły się na gruncie etnologii (E.B. Tylora czy J. Frazera), opierały się jeszcze na założeniu, że mit jest charakterystyczny jedynie dla społeczeństw pierwotnych. Tylor uważał mit za próbę objaśnienia świata, zaś Frazer potraktował myślenie mityczne jako błędną formę nauki. Przedstawicielem kierunku funkcjonalnego, który w swych badaniach bardzo wiele miejsce poświęcił mitowi jest Bronisław Malinowski. Powiązał on mit z magią i obrzędem, udowadniając jednocześnie, że mit nie jest dla społeczeństw pierwotnych przeżytkiem. Spełnia praktyczne funkcje podtrzymywania tradycji, ustanawia określone zasady zachowania i prawa moralności obowiązujące w danym społeczeństwie⁶³. Badaczem, który podkreślał prelogiczny charakter mitu i myślenia mitycznego jest Lucien Levy-Bruhl, traktujący mit jako znak określonego poziomu ludzkiej umysłowości. Według niego prelogizm myślenia mitycznego przejawia się przede wszystkim w nieprzestrzeganiu logicznej zasady „wyłączonego środka”, ponieważ przedmioty mogą być jednocześnie same sobą i czymś innym⁶⁴.

Teorie psychoanalityczne, pomimo pewnych rozbieżności wywarły bardzo duży wpływ na inne orientacje. Główni przedstawiciele tego nurtu, Erich Fromm i Carl Gustav Jung, zwrócili szczególną uwagę na rolę psychiki i nieświadomych działań człowieka w procesie mitotwórczym, a także na relację pomiędzy mitem a jednostką i jej psychiką. Bardzo istotne, w przypadku teorii psychoanalitycznych, jest zwrócenie uwagi na symbolikę, jaka zawarta jest w przekazie mitycznym oraz na symboliczny sposób kodowania informacji przekazywanej poprzez mit⁶⁵. Jednocześnie Fromm wskazał na utrudnienia w takim podejściu do mitu, wynikające z faktu zapomnienia języka symbolicznego, poprzez który miały być odczytany język badanego mitu⁶⁶.

Kierunek strukturalny w badaniach nad mitem, który reprezentują m.in. Claud Lévi-Strauss i Roland Barthes, koncentruje się przede wszystkim nad formą, a nie treścią. Lévi-Strauss, twórca strukturalizmu, według Szackiej,

⁶¹ B. Szacka, *Mit a rzeczywistość mityczna społeczeństw nowoczesnych*, [w:] *O społeczeństwie i teorii społecznej*, red. E. Mokrzycki, M. Ofierska, J. Szacki, Warszawa 1985, s. 475–494.

⁶² Niżnik, *op.cit.*, s. 168.

⁶³ Cyt. za: E. Mioletinski, *Poetyka mitu*, tłum. J. Dancygier, Warszawa 1981, s. 52–53.

⁶⁴ *Ibidem*, s. 58.

⁶⁵ Mróz, *op.cit.*, s. 28–29.

⁶⁶ E. Fromm, *Zapomniany język*, tłum. K. Płaza, Warszawa 1972, s. 29.

poszukuje racjonalnego w tym, co jest nieracjonalne, ponieważ strukturalizm usiłuje wydobyć z mitu jego logikę⁶⁷. Uważał, że strukturalne analizy i poszukiwanie mitemów, czyli podstawowych jednostek z jakich zbudowany jest każdy mit, dostarczają wielu informacji na temat powszechności wątków mitycznych i samej kultury badanej⁶⁸. Wskazał również na dwa aspekty mitu: jest on diachroniczny, jako opowieść historyczna o przeszłości; oraz synchroniczny, ponieważ jest instrumentem objaśniania teraźniejszości, a nawet przyszłości. Mitemy są więc „wiązkami stosunków” łączącymi wymiar synchroniczny z diachronicznym, co jest konieczne ze względu, na fakt, iż oba te wymiary są niezbędne dla odczytania mitu⁶⁹.

Natomiast Barthes traktował mit jako swoisty system semiologiczny, wtórny w stosunku do języka, ale stanowiący przekaz, sposób porozumiewania się⁷⁰. Uważał, że mit „polega na przestawieniu szeregów kultury i natury – ukazywaniu jako naturalnych wytworów społecznych, ideologicznych, historycznych etc.; przedstawieniu bezpośrednich produktów stosunków kulturowo-społecznych i związanych z nimi powikłań moralnych, estetycznych, ideowych... jako powstałe same przez się, co w konsekwencji prowadzi do uznania ich za «dobre prawa», «głos opinii publicznej», «normy», «chwalebne zasady», «instynkty społeczne» – jednym słowem za rzeczy wrodzone”⁷¹. Główną funkcją mitu jest zniekształcenie, nie ukrywanie, dlatego też Barthes twierdzi, że stosunek scalający mit z sensem jest „stosunkiem deformacji”⁷².

Do przedstawicieli kierunku fenomenologicznego w badaniach nad mitem zalicza się Mircea Eliadego i Ernsta Cassirera. Eliade za punkt wyjścia wszelkich teorii stawia pojęcie sacrum, ponieważ według niego mit jest ściśle związany z sakralną częścią rzeczywistości i dlatego podporządkowany jest podziałowi na to, co święte i na to, co świeckie. Mit stanowi więc zawsze przejaw myśli religijnej albo wyraz ludzkiej postawy wobec sacrum. Eliade twierdzi, że nie można zbadać genezy mitu jedynie poprzez wskazanie jego funkcji społecznych czy kulturowych. Trzeba także zastanowić się nad tym, co mit objawia i dlaczego owo objawienie jest równie ważne dla człowieka pierwotnego, jak i współczesnego⁷³. Cassirer uważał, że pojęcie mitu jest wtórne w stosunku do pojęć „myślenie mityczne” i „świadomość mityczna”, które oznaczają reakcje na konkretne sytuacje kulturowe oraz dokładnie określony sposób patrzenia na świat⁷⁴. Natomiast swoistość myślenia mitycz-

⁶⁷ Szacka, *op.cit.*, s. 489.

⁶⁸ Mróz, *op.cit.*, s. 28.

⁶⁹ Mielietinski, *op.cit.*, s. 104.

⁷⁰ R. Barthes, *Mit i znak*, tłum. W. Błońska, Warszawa 1970, s. 31–32.

⁷¹ L. Stomma, *Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku*, Warszawa 2002, s. 16.

⁷² Barthes, *op.cit.*, s. 40.

⁷³ A. Rega, *Człowiek w świecie symboli. Antropologia filozoficzna Mircea Eliadego*, Kraków 2001, s. 101.

⁷⁴ Niżnik, *op.cit.*, s. 167.

nego przejawia się poprzez brak odróżnienia realnego od idealnego, rzeczy od obrazu, ciała od jego właściwości, „początku” od zasady, w efekcie czego podobieństwo lub zbieżność zostały przekształcone w następstwo przyczynowe, natomiast proces przyczynowo-skutkowy ma charakter materialnej metamorfozy⁷⁵. Cassirer przeciwstawiał świadomość mityczną światopoglądowi naukowemu, jak czyni zresztą wielu innych badaczy, ale nie wyklucza równoczesnej ich współegzystencji⁷⁶. Uważał on bowiem, że świadomość mityczna jest ukierunkowana na konkretne elementy rzeczywistości i w odniesieniu do nich właśnie człowiek nie jest w stanie respektować wymagań myślenia naukowego, pomimo że wymagania te są mu znane. Wynika to z faktu, iż mit narzuca swoją własną logikę. Jak pisał Stanisław Ossowski:

Przekonania mityczne, to nie tylko przekonania narzucone nam przez grupę społeczną, nieuzasadnione czy irracjonalne: to przekonania, które umiemy izolować od naszej wiedzy o rzeczywistości, przekonania, do których zazwyczaj nie przykładamy kryteriów zaczerpniętych z doświadczenia. Przekonanie takie może współistnieć ze znajomością faktów, które mu przeczą. Nawyki do pewnych sądów pozostają, chociaż w chwilach krytycznego myślenia jesteśmy zmuszeni z tych sądów zrezygnować⁷⁷.

Pomiędzy poszczególnymi nurtami istnieją liczne różnice, dlatego też nie można mówić o jednym konkretnym kierunku antropologicznym w mitoznawstwie, ale teorie powstałe na gruncie antropologii wykazują pewne zbieżności. Na potrzeby tej pracy można wybiórczo wskazać na kilka podstawowych cech, na których się skoncentrujemy, a należą do nich:

- specyfika czasu mitycznego, który jest odwracalny; mit opowiada o tym co było, ale brakuje ciągłości pomiędzy tamtym czasem a czasem bieżących wydarzeń;
- rzeczywistość mitu to rzeczywistość jakościowo inna od tej, w której zachodzą zdarzenia codzienne;
- mit związany jest ze strefą *sacrum*;
- wskazuje się często na funkcjonowanie mitu jako źródła precedensu; Cassirer np. uważa, iż dowodowe funkcjonowanie precedensu zapowiada mityczne struktury myślenia, i zawsze w momencie zetknięcia się z precedensem w roli uzasadnienia, na pewno mamy do czynienia z mitem;
- antyracjonalizm, ponieważ mit związany jest ze sferą uczuć, nie rozumu;

⁷⁵ Mioletinski, *op.cit.*, s. 64.

⁷⁶ Na przykład Lévi-Strauss uważa, iż mit podobnie jak nauka tworzy powiązany system; można je traktować jako dwa równorzędne sposoby poznawania, mimo, że dotyczą różnych zjawisk; C. Lévi-Strauss, *Myśl nieoswojona*, tłum. A. Zajączkowski, Warszawa 1969, s. 25–26.

⁷⁷ St. Ossowski, *Więź społeczna i dziedzictwo krwi*, [w:] *idem, Dzieła*, t. 2, Warszawa 1966, s. 139.

- silne obciążenie wartościowaniem; w świecie mitu nie ma rzeczy neutralnych, wszystkie istoty są dobre albo złe;
- związek mitu z rytuałem; wydaje się, że jest to cecha najbardziej sporna dla badaczy⁷⁸.

Jednocześnie należy pamiętać, że mity powstając w określonych celach, spełniają w społeczeństwie, zarówno pierwotnym, tradycyjnym i współczesnym, konkretne funkcje. Marian Golka wyróżnił kilka takich funkcji, do których zalicza: kreowanie i podtrzymywanie wzorca pojmowania świata i człowieka w owym świecie; wyjaśnianie zmienności świata i rzeczy, a także celowości tych procesów i ich efektów; podtrzymywanie porządku społecznego poprzez stworzenie swoistego „systemu kontroli” przekonań funkcjonujących w konkretnej społeczności; podtrzymywanie przekonania o nadzwyczajnym pochodzeniu wartości społecznych, co ma służyć umacnianiu tychże wartości; wspieranie emocjonalne i mentalne jednostki w momentach kryzysów, pewnego rodzaju próba racjonalizacji świata połączona z mistyfikacją; sankcjonowanie przywilejów określonych grup społecznych; pobudzenie do działania zarówno całych społeczności wyznawców mitu, jak i poszczególnych jednostek, oraz tworzenie programów działania, czy ukazywanie celów⁷⁹. Najmocniej chyba, przez badaczy reprezentujących określone podejścia, podkreślana jest funkcja porządkowania świata, nadania mu sensu w rzeczywistości, jak pisze o tym Eliade:

Mit jako taki nie jest gwarancją „dobroci” i moralności. Jego funkcja polega na dostarczaniu wzorców i nadawaniu sensu Świata i ludzkiej egzystencji. Trudno chyba przecenić jego rolę w kształtowaniu się człowieka (...) właśnie dzięki niemu powoli zaczynają się pojawiać idee rzeczywistości, wartości, transcendencji⁸⁰.

Warto podkreślić fakt coraz częstszego wskazywania przez badaczy cech charakterystycznych mitu, czy funkcji, jakie pełni w społeczeństwie z jednoczesnym unikaniem jego pełnego definiowania, pozwalając niejako czytelnikowi na wykorzystanie własnej intuicji. Najistotniejsze jest jednak uzmysłowienie sobie, iż mit „nie jest jednorazowym tworem wyobraźni, ale sposobem myślenia; tym samym najważniejszy jest nie określony produkt myślenia mitycznego, wyrażony w takiej lub innej formie dawnej czy nowej, ale sam proces myślenia, jego przyczyny i rezultaty – przejaw ukrytego dążenia tkwiącego w człowieku”⁸¹. Tak więc głównym zadaniem tej pracy jest wskazanie czynników, które doprowadziły do powstania konkretnych mitów choroby, bądź jej przyczyn.

⁷⁸ Szacka, *op.cit.*, s. 483.

⁷⁹ M. Golka, *Atrakcyjność mitu*, „Kultura współczesna” 1996, nr 1–2, s. 42–43.

⁸⁰ M. Eliade, *Aspekty mitu*, tłum. P. Mrówczyński, Warszawa 1998, s. 144.

⁸¹ Mróz, *op.cit.*, s. 34–35.

2. MYŚLENIE MITYCZNE I PROCES MITYZACJI

Przyczyną myślenia mitycznego i tworzenia mitów wydaje się być chęć zaspokojenia wewnętrznych potrzeb człowieka. Podobnie jak kiedyś w kulturze typu ludowego, tak i obecnie, mity są odpowiedzią na próby odnalezienia się we współczesnym świecie. Złudzenie pozwala nam myśleć, że przełamaliśmy myślenie mityczne przy użyciu logiki i racjonalizmu, ale objawia się ono w „głębszych warstwach postrzegania”⁸², do których sięgamy zazwyczaj nieświadomie, korzystając z pewnych mitycznych idei.

Punktem wyjścia wszelkich analiz podejmowanych w tej pracy jest uznanie istnienia mitów i myślenia mitycznego we współczesnym świecie. Jak wskazał Niżnik, mity funkcjonują nadal w naszej kulturze, ponieważ nie są dostrzegane przez ulegających im ludzi, co zresztą jest warunkiem ich żywotności. Dlatego tak chętnie korzystano z badań przeprowadzonych w społecznościach pierwotnych, gdzie można było zachować odpowiedni dystans⁸³. Podobnie jak w przypadku historyków mentalności, konieczne jest jednak uświadomienie sobie przez badacza przynależności do innej kultury, a w wypadku historyków, także epoki. Jak mówił Bachtin: „cudza kultura ujawnia się dopiero w oczach innej kultury... Sens odsłania swą głębię w spotkaniu z innym, cudzym sensem, w zetknięciu z nim; rozpoczyna się między nimi jak gdyby dialog, który rozrywa zamknięcie i jednostronność owych sensów i kultur...”⁸⁴.

Eliade uważa, że wciąż jesteśmy świadkami pewnych „zachowań mitycznych”, co w praktyce oznacza nie tyle przetrwanie mentalności archaicznej, ale raczej fakt, iż pewne aspekty i funkcje myślenia mitycznego konstytuują człowieka⁸⁵. Z kolei Waardenburg wskazuje na istnienie we współczesnej kulturze tzw. mitów ukrytych, które określa mianem nie w pełni rozwiniętych elementów potencjalnej opowieści mitycznej. Ujawniają się one wówczas, kiedy powstaje potrzeba dostarczenia „realnych” fundamentów stanowiących sens życia konkretnej wspólnoty; stają się wtedy mitami jawnymi⁸⁶.

Można zauważyć, że w przypadku pojawiania się nowych, nieznanych dotąd chorób, zwłaszcza jeśli mowa o chorobach o nierozpoznanym pochodzeniu i sposobie zarażenia, następuje wyzwalanie się mechanizmu strachu. Człowiek nieustannie znajduje się na granicy pomiędzy strachem a czujnością, zarówno jeśli chodzi o choroby, jak i codzienne życie. Nie przypadkowo jedną z groźniejszych chorób cywilizacyjnych jest lęk, objawiający się jako różnego rodzaju fobie: arachnofobia, klaustrofobia czy agorafobia. Każdy się czegoś boi, ale dotknięci prawdziwą fobią mają problemy z wyjściem z domu,

⁸² Cassirer, *op.cit.*, s. 143.

⁸³ Niżnik, *op.cit.*, s. 168.

⁸⁴ Guriewicz, *op.cit.*, s. 14.

⁸⁵ Eliade, *op.cit.*, s. 179.

⁸⁶ Za: W. Burszta, *Czytanie kultury. Pięć szkiców*, Łódź 1996, s. 86.

wejściem do windy, strachem przed zwierzętami, chorobami itd. Część lęków znali już nasi przodkowie, część jest wytworem naszej cywilizacji. Lęk przed chorobą, czyli nosofobia, zmienia swoją formę; kiedyś bano się gruźlicy, dzisiaj strach dotyczy AIDS, SARS, COVID-19 i nowych pojawiających się chorób zakaźnych⁸⁷. Kulturową formą neutralizacji granicy lęku jest jego mityzacja⁸⁸, zaś środki służące w tym celu to religia, mit, działalność uzdrowicieli czy tworzenie wyobrażeń choroby. Proces mityzacji choroby w kulturze typu ludowego czy współczesnej polega przede wszystkim na dodaniu chorobie pewnych cech, których w istocie nie posiada. Objawia się to zwłaszcza w momentach tworzenia personifikacji chorób oraz jej przyczyn, a także poprzez zastępowanie wiedzy, jaką się posiada, na temat przyczyn zarażenia się konkretną chorobą, wiedzą mityczną.

Opisany przez Broziego mechanizm integracji społecznej opartej na strachu zaznaczał się zazwyczaj w sytuacjach ekstremalnych, przede wszystkim w trakcie epidemii, ale był także elementem gry politycznej, jak w przypadku rewolucji kulturowej w Chinach. Mechanizm integracji dąży do skanalizowania nastrojów społecznych za pomocą metody „kozła ofiarnego”, co powoduje, że integracja może być traktowana w trzech kategoriach:

- jako zwykły i często stosowany mechanizm sprawowania władzy, jest to ujęcie M. Harrisa;
- jako przejściowe stadium prowadzące do ogólnej dezintegracji kultury – K. Mannheim, E. Fromm;
- jako trwały fundament wszystkich kultur ludzkich – koncepcja R. Girarda⁸⁹.

W przeszłości, przy okazji prawie każdej epidemii, kozłami ofiarnymi byli Żydzi, co dokładnie analizuje Girard⁹⁰ w swoim opracowaniu *Kozioł ofiarny*⁹¹, czy trędowaci, oskarżani w Średniowieczu o zatrucie studni. Odszukanie domniemanego winnego (przypadek z *Mszy za miasto Arras*)⁹² pozwalało na przywrócenie poczucia bezpieczeństwa u ludzi, a także na odbudowanie spójności społeczności. Oczywiście w przypadku chorób takich jak dżuma, która zabierała wiele ofiar, wynajdywano różne tłumaczenia jej pojawienia się. Można je podzielić na trzy typy: pochodzące od uczonych, od anonimowego tłumu albo od tegoż samego tłumu i Kościoła. Uczeni twierdzili, że epidemie

⁸⁷ A. Grigo, *Niewolnice lęku*, „Twój STYL” 2001, nr 9, s. 106.

⁸⁸ K.J. Brozi, *Ludzie i kryzys cywilizacji*, Lublin 1995, s. 15.

⁸⁹ *Ibidem*, s. 17.

⁹⁰ W swojej koncepcji prezentuje on także przykład Cyganów, czarownic i innych „obcych”.

⁹¹ Brozi zarzuca co prawda, za Lefortem, iż koncepcja Girarda jest jednostronna, ale podkreśla jednocześnie jej oryginalność. Girard uczynił z kozła ofiarnego źródło kultury ludzkiej, ale przede wszystkim wyjściowy element procesu hominizacji, ponieważ według niego gwałt i przemoc leżą u podstaw egzystencji ludzkiej; R. Girard, *Kozioł ofiarny*, tłum. M. Goszczyńska, Łódź 1987.

⁹² A. Szczypiorski, *Msza za Miasto Arras*, Poznań 2000.

spowodowane zostały zatruciem powietrza, które nastąpiło na skutek nieokreślonych zjawisk niebieskich lub wyziewów gnilnych. Anonimowy tłum wysuwał raczej oskarżenia, proponując niejako kolejnych siewców choroby, czyli potencjalnych kozłów ofiarnych. W trzecim przypadku wyjaśnieniem była kara Boża, którą złagodzić mogła jedynie pokuta⁹³.

Co prawda, powyższe rozróżnienie odnosi się do wieków panowania w Europie Czarnej Śmierci, ale jeśli się przyjrzeć, można odnaleźć cechy charakterystyczne również dla współczesnych epidemii, na przykład SARS, AIDS czy COVID-19. Naukowcy podają wersję pochodzenia choroby (oczywiście o ile uda im się ustalić wspólną), media – swoją, natomiast społeczeństwo wypracowuje własną teorię, złożoną z elementów obu poprzednich. Oczywiście wszelkie tłumaczenia nie biorą się znikąd, mają swoje źródła; obecnie są nimi zazwyczaj artykuły prasowe bądź liczne publikacje dotyczące chorób współczesnych, czy reklamujące uzdrowicieli, ale nowym narzędziem stały się media społecznościowe. Jak łatwo popaść w przesadę w opisywaniu chorób, pokazał Marcin Meller, który w połowie lat 90. XX w. pisał o epidemiach gazetowych lub ogórkowych, jak sam je nazywa. Pod koniec lata ukazały się komunikaty w dziennikach, m.in. w „Życiu Warszawy”, o pojawieniu się na granicy polskiej dyfterytu w 1993 r.⁹⁴, i cholery w 1994 r.⁹⁵ Po krótkim sprawdzeniu okazało się, że w obu przypadkach chodzi o kilka osób, które zachorowały najprawdopodobniej na skutek kontaktu z obywatelami Federacji Rosyjskiej. Epidemie zostały „wywołane”, aby stać się substytutem konkretnego tematu. Takie przypadki nie są odosobnione, a informacje raz podane rzadko bywają dementowane, zwłaszcza na łamach tej samej gazety.

Pochodząca z XVII w. suplikacja, w której zawarte jest błaganie „od powietrza, głodu, ognia i wojny zachowaj nas Panie”, ujawnia największe lęki ludzkości, których jak dotąd nie udało się wyeliminować. Nie jesteśmy w stanie panować nad ogniem, zmieniający się klimat powoduje liczne klęski żywiołowe i łatwiejsze rozprzestrzenianie chorób tropikalnych; wojny sami wywołujemy, bądź w obronie suwerenności danego państwa, bądź z pobudek materialnych. Lęk przed bronią biologiczną oraz możliwością jej użycia przez terrorystów, jak we wspomnianym przypadku SARS czy BSE, pogłębia się. Napływające z całego świata informacje o wybuchających wciąż epidemiach znanych chorób, budzą strach ze względu na fakt, iż powszechnie mówi się o mutacjach tych chorób, z którymi nauka nie miała jeszcze do czynienia. Nowoczesne środki transportu są sprzymierzeńcem rozprzestrzeniających się chorób tropikalnych; na przykład pierwsze przypadki SARS w Kanadzie zostały spowodowane zarażaniem się od mężczyzny, który przyleciał

⁹³ J. Delumeau, *Strach w kulturze Zachodu*, Warszawa 1986, s. 124.

⁹⁴ M. Meller, *Epidemie ogórkowe*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 36, s. 11.

⁹⁵ M. Meller, *Epidemia gazetowa*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 41, s. 20.

z Honkongu. Na początku tego tysiąclecia w Rosji pojawiły się odporne na antybiotyki prątki Kocha, francuscy mikrobiolodzy wykryli nowe pałeczki dżumy, a w stolicy Brazylii lokalna odmiana dengi, która podobnie jak wirus Ebola wywołuje gorączkę krwotoczną, zabiła w 2001 r. ponad 20 osób⁹⁶. Sądząc więc po rozwijających się wciąż nowych chorobach oraz ich mutacjach odpornych na leki, wspomniana suplikacja będzie modlitwą, którą wznosić będą także następne pokolenia, ponieważ nie zanosi się na to, aby powstał „nowy wspaniały Świat”, wolny od wojny, głodu, ognia i chorób. Wygląda na to, iż ludzkość będzie zawsze żyła w strachu, który jak twierdzi jeden z historyków angielskich, jest „ojcem okrucieństwa”⁹⁷.

Jednym z czynników wpływających na mityzację choroby w kulturze typu ludowego są dominujące w pewnym okresie teorii medycyny akademickiej dotyczące przyczyn powstawania chorób. Dlatego też następny rozdział poświęcony jest przemianom tychże na przestrzeni wieków.

3. EWOLUCJA POGLĄDÓW NA PRZYCZYNY CHOROÓB OD CZASÓW STAROŻYTNYCH DO WSPÓŁCZESNOŚCI

Na skutek długotrwałego procesu przemian, w połowie XIX w., doszło do wypracowania w medycynie akademickiej podstaw powszechnie obowiązującego standardu racjonalności. Stało się tak mimo wielu różnic, jakie można było dostrzec w interpretacjach podmiotowości człowieka chorego na tle całościowego kontekstu społeczno-kulturowego⁹⁸. Każda kultura bowiem wykształciła swój własny zasób pojęć dotyczących człowieka, również człowieka ulegającego chorobie, które warunkują jego miejsce w porządku uznawanym w tej kulturze⁹⁹. Oczywiście, na przestrzeni wieków, pojęcia te ewoluowały, by w ostatecznej formie przekształcić się w jeden, przyjęty w całej Europie, standard. Wszelkie zmiany w koncepcjach medycznych miały związek ze zmianami postrzegania człowieka i jego miejsca we wszechświecie, a także ogólnie pojętej przyrody. Niemal do czasów współczesnych w świadomości społecznej choroba pojmowana była przede wszystkim w kategoriach religijnych i moralnych¹⁰⁰, ze względu na niską skuteczność medycyny, jak również na powiązania religii ze wszystkimi sferami życia i nauki.

⁹⁶ J. Wojt, *Globalna zaraza*, „Wprost” 2001, nr 41, s. 102.

⁹⁷ J. Tazbir, *Strach ma stare oczy*, „Polityka” 2001, R. 45, nr 46, s. 83.

⁹⁸ B. Płonka-Syroka, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka i ich wpływ na ukształtowanie się założeń programowych nowożytnej medycyny*, [w:] *Podmiot w procesie*, red. J. Jusiak, J. Mizińska, Lublin 1999, s. 211–239.

⁹⁹ Płonka-Syroka, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 24.

¹⁰⁰ Płonka-Syroka, *Wstęp...*, s. 4.

Wszystkie koncepcje patologii Tadeusz Brzeziński podzielił na kilka kategorii:

- choroba jako wynik działania nieprzyjaznych sił zewnętrznych, np. demonów, bogów lub nieżyczliwych ludzi;
- skutek niewłaściwego postępowania człowieka – kara zesłana przez siły nadprzyrodzone;
- rezultat działania kosmosu, którego człowiek jest odbiciem;
- wynik wtargnięcia do organizmu czynników zewnętrznych, np. robaków;
- skutek zmian składu lub budowy organizmu oraz związane z tym zaburzenia jakości jego elementów;
- zaburzenia funkcji, które wynikają z oddziaływania wewnętrznych i zewnętrznych czynników naturalnych¹⁰¹.

Przyjrzyjmy się krótkiemu przeglądowi najważniejszych koncepcji dominujących na terenie Europy i Azji od czasów starożytnych do dnia dzisiejszego.

3.1. STAROŻYTNE POGLĄDY NA PRZYCZYNY CHORÓB

Generalnie można stwierdzić, że przez bardzo długi okres obiektywne przyczyny chorób, np. związane z nieprzestrzeganiem pewnych przepisów higienicznych, przeplatały się z poglądami subiektywnymi, zakorzenionymi w danej kulturze. Ma to związek z faktem, iż ogromna część poglądów dotyczących przyczyn chorób została włączona w obręb systemów o charakterze rytualnym. Były one więc zaleceniami sanitarno-higienicznymi służącymi zdrowiu, ale podawanymi pod postacią nakazów religijnych. Najstarsze teksty z Mezopotamii, z ponad dwóch tysięcy lat p.n.e., tłumaczyły chorobę jako efekt działania woli boskiej albo demonów, ale pojawiła się świadomość moralna, według której bogowie karzą wyłącznie tych, którzy naruszyli tabu¹⁰². W medycynie chaldejsko-babilońskiej i hinduskiej dużą rolę odgrywały momenty religijno-spekulatywne (w hinduizmie na przykład, choroba jest pokutą za życie przeszłe).

Na starożytnym Wschodzie wykształciła się idea makro- i mikrokosmosu, gdzie makro- oznacza świat, a mikro- to człowiek, będący jedynie odwzorowaniem świata¹⁰³. Koncepcja wzajemnego oddziaływania mikro- i makrokosmosu, opierała się zarówno na badaniach ciała człowieka, jak i na obserwacjach układów gwiazd¹⁰⁴. Charakterystyczne dla tej koncepcji było pojmowanie

¹⁰¹ T. Brzeziński, *Rozwój poglądów na istotę choroby*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 134.

¹⁰² J. Ruffie, J.Ch. Sournia, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, tłum. A. Matusiak, Warszawa 1996, s. 234.

¹⁰³ Płonka-Syroka, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 215.

¹⁰⁴ B. Płonka-Syroka, *Koncepcje podmiotowości człowieka wobec podstawowych pojęć medycyny teoretycznej i praktycznej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1998, R. 43, nr 2, s. 70.

świata jako żywego organizmu, co w znacznej mierze widoczne jest w pierwszych kosmologiach oraz tradycji religijno-mitologicznej¹⁰⁵. Rozpowszechniona była wiara w działanie sił kosmicznych, gdyż każdy narząd przyporządkowany był do jakiejś planety i wyłącznie od układu planet zależało zdrowie człowieka. Takie ujęcie etiologii chorób oddziaływało na medycynę europejską, stąd też rozwój astrologii i jej wpływu na diagnozę, a także poglądy dotyczące przebiegu poszczególnych chorób¹⁰⁶. W niemal wszystkich systemach medycznych starożytnego Wschodu można też odnaleźć wzmianki o robakach jako przyczynie chorób, i to zarówno o autentycznych pasożytach, jak i wymaginyowanych, np. robakach w zębach. Twórca taoizmu stwierdził, że o zdrowiu i chorobie człowieka decydują dwa czynniki kosmiczne: Yin, czyli czynnik żeński, negatywny, sprowadzający chorobę i śmierć oraz Yang, element męski, silny i aktywny, który sprowadza ciepło, zdrowie i życie. Zachwianie równowagi pomiędzy tymi czynnikami powoduje chorobę organizmu¹⁰⁷.

Pojawiają się także pierwsze wzmianki o możliwości istnienia w ciele ludzkim soków, których psucie może powodować chorobę. Teorię tę rozwinął Hipokrates. Stworzył koncepcję czterech humorów, wynikającą niejako z teorii makro- i mikrokosmosu, która przez bardzo długi czas, wraz z teorią Galena, była dominującą w medycynie europejskiej. W ludzkim ciele, według Hipokratesa, znajdują się cztery ciecze: krew, śluz, żółć i czarna żółć, które są podłożem konstytucji fizycznej człowieka, tak jak cztery żywioły występujące w przyrodzie. Krew znajduje się w sercu i żyłach, śluz powstaje w mózgu (katar np. to wynik wyciekania śluzu z mózgu), żółć w wątrobie, natomiast czarna żółć w śledzionie. Choroba była efektem zaburzenia równowagi pomiędzy poszczególnymi sokami, a przyczyny takiego stanu były dwojakie: zewnętrzne, jak klimat czy wiek, czyli to, co nie zależy od człowieka, oraz wewnętrzne – higiena trybu życia¹⁰⁸. Hipokrates traktował chorobę jako zaburzenie równowagi humoralnej indywidualnego organizmu, dlatego aby leczyć należało wprawdzie zapoznać się z jego konstytucją, tj. typem humoralnym danego pacjenta, charakterem i cechami osobowości. Do dnia dzisiejszego przetrwał stworzony przez Hipokratesa podział temperamentów ludzkich, zależny od przewagi konkretnego soku w organizmie¹⁰⁹.

Poglądy innego greckiego uczonego, Erasistratosa, stały się podwaliną solidarnej teorii patogenezy, gdyż pojmował on chorobę w kategoriach mechanistycznych. Według niego choroba powstawała na skutek przepełnienia żołądka i jelit pokarmem, żył krwią, a stawów złogami. Wprowadził pojęcie

¹⁰⁵ Z. Kalembe, *Wpływ koncepcji makro- i mikrokosmosu na pojmowanie choroby i człowieka chorego*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 1, s. 31.

¹⁰⁶ Brzeziński, *op.cit.*, s. 135–136.

¹⁰⁷ W. Szumowski, *Historia medycyny*, Warszawa 1961, s. 30.

¹⁰⁸ Brzeziński, *op.cit.*, s. 139.

¹⁰⁹ Szumowski, *op.cit.*, s. 51.

error loci, czyli „pomyłka miejsca”, czym tłumaczył wszelkie zapalenia w organizmie spowodowane przemieszczeniem się jakiejś części organizmu¹¹⁰.

Koncepcja Galena, żyjącego w II w. n.e., która w istocie rzeczy korzystająca z dotychczas istniejących teorii, przede wszystkim patologii humoralnej, ze względu na udaną próbę połączenia starożytnych ujęć choroby i zdrowia stała się na długi czas obowiązującą w medycynie europejskiej. W koncepcji Galena bardzo silnie podkreśla się indywidualność i niepowtarzalność człowieka; dominację czynnika duchowego nad materialnym, a przede wszystkim celowość jego istnienia w naturalnym porządku świata¹¹¹. Uznając argumenty Hipokratesa o istnieniu w organizmie czterech cieczy, skłaniał się również do racji metodyków opisujących choroby poszczególnych narządów oraz części stałych ciała. Galen zwracał uwagę na właściwe rozróżnianie przyczyn chorób, w związku z czym podzielił choroby na ostre i przewlekłe, zaś objawy chorób na istotne i wtórne¹¹².

Pośrednikami pomiędzy medycyną starożytną a średniowieczną stali się przedstawiciele medycyny arabskiej, tacy jak Razes czy Avicenna, który w swoim dziele *Kanon*, czyli *Księga praw medycznych*, przedstawił całą naukę Galena, tłumacząc ją przy pomocy filozofii Arystotelesa. Medycyna arabska rozwinęła astrologiczną interpretację zdrowia i choroby, która znalazła podatny grunt w średniowiecznej, nękanej licznymi epidemiami Europie.

3.2. ŚREDNIOWIECZNE DOKTRYNY CIAŁA LUDZKIEGO I ZWIĄZANE Z TYM PATOLOGIE CHORÓB

Obraz świata średniowiecznego stworzony został na podwalinach tradycji Grecji, Rzymu, judeo-chrześcijańskiej i europejskich barbarzyńców. Identyczne tło kosmologiczne pojawia się we wszystkich pracach tego okresu i pomimo różnic pomiędzy poszczególnymi nurtami, jego echa docierały także do najniższych warstw społeczeństwa. Teologowie i egzegeci uważali ciało ludzkie za równowartość całego wszechświata przyrównując człowieka do mikrokosmosu¹¹³ i najwierniejszej kopii świata. Źródeł tej teorii należy szukać na starożytnym Wschodzie, jak już wcześniej pisałam, gdzie człowiek był „małym światem”, a świat wielkim uduchowionym organizmem. Poprzez analogię widziano głowę – niebo, oczy – słońce i księżyc, umysł – eter, górne części ciała – powietrze, środkowe – morze, stopy – ziemia¹¹⁴.

¹¹⁰ *Ibidem*, s. 64.

¹¹¹ Płonka-Syroka, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 220.

¹¹² Szumowski, *op.cit.*, s. 85.

¹¹³ M. Kurdziołek, *Średniowieczne doktryny o człowieku jako obrazie świata*, „Roczniki Filozoficzne” 1971, t. 19, z. 1, s. 6.

¹¹⁴ Z. Libera, *Mikrokosmos, makrokosmos i antropologia ciała*, Tarnów 1997, s. 127.

Dla św. Augustyna, jednego z wybitniejszych filozofów wczesnośredniowiecznych, całą wiedzę ludzie otrzymywali od Boga na drodze oświecenia. W przyrodzie nic nie działo się bez Boskiej interwencji, a człowiek był jednością duszy i ciała. Dusza ożywia ciało i tworzy z nim funkcjonalną całość, zaś ciało nie jest więzieniem duszy ani też obrazem Boga. Dusza była związana z ciałem w sposób celowy, dlatego iż istniała konieczność jej pośredniczenia pomiędzy Bogiem a człowiekiem¹¹⁵. Nauka Augustyna miała ogromny wpływ na filozofię i medycynę Średniowiecza, gdzie wiara w nieustanną obecność i działanie Boga stała się dominującą doktryną.

W XII w. nastąpił szybki rozwój koncepcji makro- i mikrokosmosu, ale rozpatrywanych z punktu widzenia religii chrześcijańskiej. Człowiek więc był mikrokosmosem, ponieważ stworzony został na obraz i podobieństwo Boskie, a przede wszystkim posiadał duszę. Dusza ludzka, eteryczna i świetlista, jest jakby człowiekiem wewnętrznym, najdoskonalszym mikrokosmosem, zaś ciało to jedynie ziemską obudową¹¹⁶. Jednocześnie jednak teologowie widzieli w ludzkim ciele więzienie duszy, które krępuje i niepotrzebnie obciąża ducha ludzkiego, jest źródłem wszelkiego grzechu. Ujawnia się pewna dwuznaczność w stosunku do ciała ludzkiego; z jednej strony obraz i podobieństwo Boże, z drugiej zaś więzienie duszy, zgnilizna. Największym zaś problemem była dla filozofów seksualność ciała, zwłaszcza w przypadku kobiet, które często uważane były za narzędzie w rękach szatana. W konsekwencji takiego myślenia choroba lub ułomność była niczym innym, jak tylko ujawnieniem się grzechu człowieka. Charakterystyczna dla Średniowiecza choroba – trąd, tłumaczona była m.in. jako następstwo współżycia małżeństwa w trakcie menstruacji kobiety¹¹⁷. Trąd przybrał zresztą bardzo ideologiczną i symboliczną otoczkę, która do dzisiaj, podobnie jak w przypadku raka lub gruźlicy, powoduje używanie jego nazwy jako metafory na określenie konkretnych sytuacji.

Dość ważnym następstwem takiej filozofii jest wiara w istnienie diabłów i demonów, która wkrótce stała się powszechnie panującym poglądem dla kultury średniowiecznej, w tym także i ludowej. Wymieniano kilka rodzajów demonów: powietrzne i ziemskie, które pozostają w nieustannej łączności z ludźmi skłaniając ich pod postacią *succubi* lub *incubi* do nierządu, najgroźniejsze demony ciemności, które mogły doprowadzić człowieka do obłądki oraz demony złośliwe¹¹⁸. Skutkiem takiego rozwoju sytuacji, a także poprzez wpływy arabskiej medycyny, odżyły i zaczęły się rozwijać w Europie jatrodemonologia i jatromagia. Były one związane z wiarą, iż choroba może

¹¹⁵ J. Heinzmann, *Filozofia średniowiecza*, tłum. P. Domański, Kęty 1999, s. 74–75.

¹¹⁶ Kurdziołek, *op.cit.*, s. 11.

¹¹⁷ J. Le Goff, *Uwagi na temat ciała i ideologii w kulturze średniowiecznej Europy*, [w:] *Problemy wiedzy o kulturze*, red. A. Brodzka, M. Hopfinger, J. Lelewicz, Wrocław 1986, s. 221.

¹¹⁸ Szumowski, *op.cit.*, s. 132.

być efektem działania na ludzki organizm sił nieczystych albo celowo rzuconych czarów. Zaliczano do nich psychozy, zaniki pamięci, paraliż, zaburzenia potencji, epilepsję, a leczenie w takich wypadkach ograniczano do egzorcyzmów w celu wygonienia diabła lub złych demonów z ciała pacjenta. Stany społecznej psychozy i hysterii były w Średniowieczu bardzo powszechne, że przypomnę epidemie tanecznictwa (il. 4), opętania całych klasztorów przez diabła czy chociażby kruczaty dziecięce¹¹⁹. Jedną z nich w bardzo realistyczny sposób opisał Jerzy Andrzejewski w swojej książce, złożonej dokładnie z dwóch zdań¹²⁰. Szumowski zresztą uważał, że Średniowiecze charakteryzowało się specyficzną atmosferą, gdzie nieustanna obawa przed diabłem, przeżycia mistyczne i łącząca się z tym niemoc odróżnienia rzeczywistości od ułudy doprowadzała ludzi do stanu hysterii i psychozy¹²¹. W pewnym stopniu tak było, ale nie można traktować stanów hysterii czy psychozy, jako ogólnych i charakterystycznych dla całego społeczeństwa średniowiecznej Europy. Oficjalnie aprobowana, przede wszystkim przez Kościół, obyczajowość tej epoki nie przewidywała pochwały życia i świata, ponieważ mogło to prowadzić do zagrożenia moralności. Huizinga jednak twierdzi, iż pewne ślady w pieśniach ludowych, muzyce, perspektywach pejzaży i portretach, świadczą o istnieniu w świadomości ludzi Średniowiecza „odblasku późnośredniowiecznego szczęścia”¹²².

Ważną postacią filozofii i religii średniowiecznej był przedstawiciel nurtu mistycznego, św. Bernard z Clairvaux, który był przeciwnikiem nauki zarówno świeckiej, jak i teologicznej, ze względu na to, iż chciała ona być autonomiczna, racjonalna i być sama w sobie celem. Bernard określał tę chęć jako „haniebną ciekawość”, ponieważ nie może istnieć wiedza dla wiedzy¹²³. Twierdził również, że każdy chrześcijanin powinien być wierzyć w to, co Kościół proponował i ściśle się tej wiary trzymać¹²⁴.

Medycyna średniowieczna opierała się na dwóch różnych koncepcjach człowieka, nawiązujących z jednej strony do filozofii greckiej (platonizm, stoicyzm i arystotelizm), a z drugiej do tradycji Starego Testamentu. Jednocześnie uważano, że chorobę można wyjaśnić za pomocą teologii, pojmując proces chorobowy w sposób supranaturalistyczny, ale nastąpił również powrót do naturalizmu. Wiązało się to z współwystępowaniem astrologii, koncepcji sprawstwa oraz praktyk uzdrowicielskich, wśród których spotykamy czasem poczynania stosunkowo racjonalne, np. ziołolecznictwo¹²⁵. Pomimo

¹¹⁹ *Ibidem*, s. 193–194.

¹²⁰ J. Andrzejewski, *Bramy raju*, Warszawa 1995.

¹²¹ Szumowski, *op.cit.*, s. 171–172.

¹²² J. Huizinga, *Jesień średniowiecza*, tłum. R. Stiller, Warszawa 1974, s. 54.

¹²³ Szumowski, *op.cit.*, s. 140.

¹²⁴ *Ibidem*, s. 144.

¹²⁵ Płonka-Syroka, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 220–221.

różnych wieloznaczności średniowiecznych koncepcji próbowano tłumaczyć przyczyny chorób w taki sposób, aby nie stały one w sprzeczności z ideą Boga jako Najwyższego Dobra. Zgodnie z ideologią św. Bernarda skłaniano się ku godzeniu z wolą Boską, a nie odkrywaniu nowych metod leczenia.

Brzeziński podzielił etiologie chorób występujące w wiekach średnich, które, jak później będzie można zobaczyć, były aktualne także w czasach nowożytnych:

- choroba powstała dla ustrzeżenia cnoty przed pychą;
- dla głoszenia chwały Bożej w przypadku cudownego ozdrowienia;
- dla grzesznika, który żałuje, aby nawrócić go na właściwą drogę;
- dla zapoczątkowania kary wiecznej, która może być rozpoczęta już na ziemi;
- choroba jako cierpienie na ziemi zwiększa zasługi w niebie¹²⁶.

Choroby tłumaczono także jako wynik działalności sił nieczystych, diabła, demonów albo czarownic, a także, jak już wyżej napisano, niekorzystnego położenia planet i gwiazd. Przyczyną zachorowania mógł być wpływ fazy księżyca na człowieka, zaćmienia słońca i księżyca, wichry, deszcze, zwłaszcza jeśli zostały sprowadzone przez złego ducha lub czarownicę¹²⁷.

Późne Średniowiecze zaowocowało koncepcją św. Tomasza z Akwinu, który podporządkował prawdę nauk przyrodniczych prawdzie Objawienia. Według św. Tomasza, przyrodznawstwo i medycyna były elementami uniwersalistycznego systemu nauk, którego celem miało być stworzenie jednolitej wizji świata, łączącej elementy religii, będące podstawą oraz elementy wiedzy podporządkowane Objawieniu religijnemu. Dokonał on reinterpretacji teorii Arystotelesa dotyczącej świata w oparciu o pojęcia z Biblii, wprowadzając nową relację między człowiekiem a przyrodą¹²⁸. Św. Tomasz jest twórcą pierwszej samodzielnej filozofii zachodniego chrześcijaństwa. Przez wzgląd na to, iż był teologiem chrześcijańskim nie mógł do końca pójść drogą wyznaczoną przez filozofię Arystotelesa i Platona, dlatego też samodzielnie stworzył ideę transcendencji Boga, samodzielności świata i wewnętrznej spójności człowieka w duchu i materii¹²⁹.

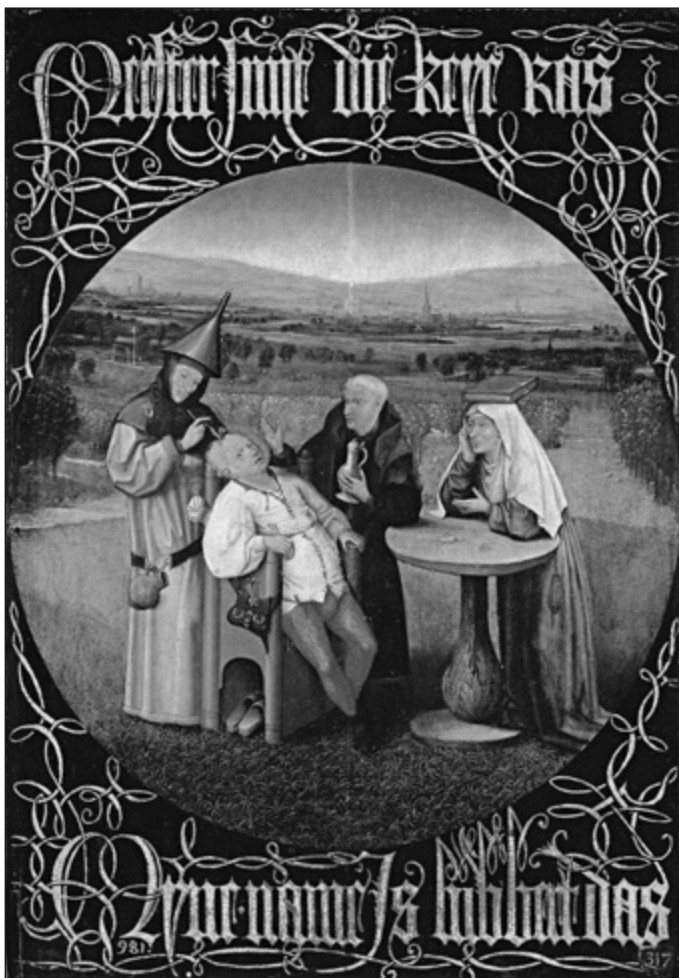
Rozwój medycyny dodatkowo utrudniał fakt, że nadal nieznaną była anatomia człowieka, a poza tym tak naprawdę leczono częściej duszę niż ciało, w przekonaniu, że objawy chorobowe są zewnętrzną oznaką choroby duszy. Kryzys medycyny scholastycznej o orientacji galenowej, w okresie późnego Średniowiecza, doprowadził do powstania w epoce nowożytnej wielu różniących się między sobą kierunków.

¹²⁶ Brzeziński, *op.cit.*, s. 144.

¹²⁷ St. Szpilczyński, *Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie*, Warszawa 1956, s. 33.

¹²⁸ B. Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999, s. 171–172.

¹²⁹ Heinzmann, *op.cit.*, s. 214.



1. Leczenie głupoty (wyrzynanie kamienia), Hieronim Bosch, po 1494 r.
Źródło: Wikimedia Commons, [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cutting_the_Stone_\(Bosch\)FXD.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cutting_the_Stone_(Bosch)FXD.jpg) (domena publiczna).



2. Zielarka, drzeworyt z XVI w.

Źródło: H. Spiczyński, *O ziołach tutecznych y zamorskich y o mocy ich, a kthemu kxiegi lekarskie wedle rejestru niżey nowo wypisanego, wssem wielmi użyteczne*, Kraków 1556, s. 66, <https://polona.pl/item/o-ziolach-tutecznych-y-zamorskich-y-o-mocy-ich-a-kthemu-kxiegi-lekarskie-wedle-rejestru,NTAwNjkYOA/252/#info:metadata> (domena publiczna).



3. *Rwacz zębów i błazen zachwalający zręczność mistrza*, sztych C.W.E. Dietricha, 1767 r.
Źródło: W. Peßler, *Handbuch der Deutschen Volkskunde*, t. 1, s. 282, <https://archive.org/details/Pessler-Wilhelm-Handbuch-der-Deutschen-Volkskunde-1/page/n295/mode/2up?view=theater>.



4. *Taneczna mania podczas pielgrzymki do kościoła w Saint-Jans-Molenbeek*, grawer Hendricka Hondiusa (1642 r.) na rysunku Pietera Bruegla Starszego (1564 r.).

Źródło: Wikimedia Commons, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Die_Wallfahrt_der_Fallsuechtigen_nach_Meulebeek.jpg (domena publiczna).



5. *Puszczanie krwi*, drzeworyt z XVI w.

Źródło: H. Spiczyński, *O ziołach tutecznych y zamorskich...*, s. 190.



6. Cyrulik, drzeworyt z XVI w.

Źródło: H. Spiczyński, *O ziołach tutecznych y zamorskich...*, s. 237.



7. Ogłędziny chorych, drzeworyt z XVI w.

Źródło: H. Spiczyński, *O ziołach tutecznych y zamorskich...*, s. 210.



8. *Lekarz przy chorym*, drzeworyt z XVI w.
Źródło: H. Spiczyński, *O ziołach tutecznych y zamorskich...*, s. 216.



9. *Lekarze i kobieta z ziołami*, drzeworyt z XVI w.
Źródło: H. Spiczyński, *O ziołach tutecznych y zamorskich...*, s. 203.

3.3. EPOKA NOWOŻYTNA

Z końcem XV w. przedstawiciele nurtu neoplatonńskiego we Włoszech sięgnęli do starożytnej idei makro- i mikrokosmosu, aby ponownie, po okresie Średniowiecza, zinterpretować ją, tym razem w ujęciu humanistycznym. Zatem wspólne idee tworzące humanizm były niejako kontynuacją myśli antycznej, ale zostały odpowiednio przetworzone i przystosowane dla potrzeb człowieka renesansu.

Według neoplatoników świat był pełen niesprecyzowanych sił, tajemnych związków i żeby poznać to wszystko, należy badać i wczuwać się w przyrodę. Niektórzy teologowie zastąpili średniowieczną teologię scholastyczną, której głównym zadaniem było interpretowanie ksiąg, teologią przyrodzoną, opartą na obserwacji przyrody¹³⁰. Wierzono w istnienie harmonii we wszechświecie, związków, odpowiedników na ziemi i w niebie, co prowadziło do pogłębienia się wiary w astrologię. Pojawiło się rozpowszechniane przez Kościół piśmiennictwo religijne, pisane m.in. w celu wyjaśniania metafizycznego charakteru choroby, ale zawierającego przede wszystkim informacje religijne. Twierdzono w nich, iż choroba śmiertelna, na jaką zapada człowiek, daje możliwość zbawienia przez cierpienie. Benedykt Chmielowski w poradniku z XVIII w. pisał: „choroba to posełek od Pana Boga abyśmy zawsze gotowi byli na śmierć”¹³¹. W dalszym ciągu chorobę traktowano jako karę za grzechy, mogła zostać zesłana dla chwały Pańskiej albo była skutkiem złego postępowania ludzi przez długi czas, swoistym ostrzeżeniem od Boga¹³². Choroba była nieodmienną towarzyszką ludzkiego życia, doprowadzając niekiedy do paradoksalnych sytuacji, gdy jej brak rozumiany był jako gniew Boży, o czym świadczyć mogą na przykład słowa Pascala wypowiedziane, kiedy był zdrowy: „Przez jakie grzechy zasłużyłem, że nie nawiedziłeś mnie ani razu tego roku?”¹³³.

Istotny wpływ na pojmowanie choroby wywarła również koncepcja duszy ludzkiej, którą wykorzystał jeden z bardziej znanych lekarzy Odrodzenia, Paracelsus. Świat, w jego ujęciu, był postrzegany jako jedność z człowiekiem, co pozwalało w astronomii widzieć odpowiednik anatomii. Idąc za myślą Hipokratesa, stwierdził istnienie podstawowych pierwiastków w makro- i mikrokosmosie, ale inaczej niż w tradycji greckiej uznał trzy, a nie cztery pierwiastki: siarkę, rtęć i sól¹³⁴. Uważał, że choroba była efektem zaburzenia tych trzech

¹³⁰ Szumowski, *op.cit.*, s. 224.

¹³¹ Cyt. za: B. Rok, *Metafizyczne widzenia choroby w polskim piśmiennictwie czasów nowożytnych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1994, t. 1, z. 2, s. 19.

¹³² E. Kulak, *Moralny wymiar choroby i śmierci w XVIII-wiecznym dziele „Los desahuciados del mundo y de la gloria” Diego de Torre Villarroela*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 2, s. 79.

¹³³ Cyt. za: F. Lebrun, *Jak dawniej leczono. Lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Warszawa 1997, s. 16.

¹³⁴ Kalemba, *op.cit.*, s. 35.

składników, jednakże w odróżnieniu od dzisiejszego pojmowania tychże pierwiastków, traktował je symbolicznie, nie realistycznie, co dało początek nowego nurtu medycyny – jatrochemii. Wykorzystał także pojęcia kwintesencji, spalania i archeusza, którego uznał za „wewnętrznego alchemika” kierującego wszystkimi procesami życiowymi¹³⁵. Uważał, że nie ma chorób nieuleczalnych, traktował świat jako aptekę dostarczającą leki na wszystkie choroby i dlatego bardzo cenił naukę o sygnaturach, które jak twierdzi Jung, były jedną z głównych zasad funkcjonowania medycyny ludowej¹³⁶. Szumowski pisze, że Paracelsus, publicznie paląc księgi Galena i Awicenny, twierdził iż woli uczyć się wiedzy medycznej od czarownicy i kata¹³⁷.

Paracelsus starał się połączyć nowożytne zasady przyrodoznawstwa z ogólnie panującymi w Odrodzeniu tendencjami, które traktowały filozofię jako naukę o naturze, astronomię – naukę o wpływie astralnym i klimatycznym, alchemię – naukę badającą magiczne właściwości i poszukującą kamienia filozoficznego, który miał być uniwersalnym lekiem na wszystko. Wskazał na szkodliwość nieprawidłowej diety i braku zachowania elementarnych podstaw higieny życia, ale jednocześnie całkowicie zlekceważył znaczenie anatomii, ponieważ w jego ujęciu choroba była zjawiskiem duchowym.

Trzeba w tym miejscu wspomnieć o jednej ważnej kwestii. Pod koniec XV w. w Europie pojawiła się nowa, siejąca strach choroba epidemiczna – kiła. W tamtych czasach miała ona bardzo ciężki przebieg, a przez wzgląd, iż zapadali na nią wszyscy bez względu na stan i pochodzenie, wydawała się chorobą nie do pokonania. Nie ma pewności, co do pochodzenia kiły, istnieje na przykład teoria o tym, iż choroba została przywieziona przez Kolumba z Nowego Świata, ale od początku XVII w. pojawiło się wiele innych hipotez¹³⁸. Dopatrywano się różnych przyczyn kiły, m.in. wpływu fatalnej konstelacji gwiazd z dnia 25.XI.1484 r., o rozsiewanie zarazy posądzano także Marranów (zbiorowe określenie Żydów hiszpańskich), Maurów i heretyków¹³⁹.

¹³⁵ K. Pietrzak, *Doktryny i teorie medyczne w publikacjach naukowych lekarzy dawnego Leszna*, Wrocław 2002, s. 23.

¹³⁶ Kalemba, *op.cit.*, s. 36.

¹³⁷ Szumowski, *op.cit.*, s. 181.

¹³⁸ Poza wymienionymi w tekście powyżej hipotezami powstały inne, równie kuriozalne jak miało to miejsce w przypadku pojawienia się wirusa HIV i jego konsekwencji – AIDS. Ambroise Paré standardowo dla tego okresu doszukiwał się w chorobie kary Bożej za „lubieżność i rozpasaną pobudliwość”. Ale sugerowano także, że syfilis mógł być efektem: wiązania się ludzi z małpami w stadła, współżycia trędowatego kawalera z kurtyzaną, czy zatrucia wody w studniach przez neapolitańczyków kiedy wkraczali Francuzi (podczas wyprawy Karola VIII do Italii powstały pierwsze opisy choroby) – C. Quétel, *Niemoc z Neapolu, czyli historia syfilisu*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Wrocław–Warszawa–Kraków 1991, s. 46–47. Przywoływano jednak opisy biblijne choroby Hioba i Łazarza sugerując, że były to pierwsze przypadki kiły – Ch. Wills, *Żółta febra, czarna bogini. Koewolucja ludzi i mikrobów*, tłum. M. Koraszewska, Poznań 2001, s. 218.

¹³⁹ K. Lejman, *Zarys historii kiły*, „Archiwum Historii Medycyny” 1969, t. 32, s. 127.



10. Drzeworyt Dürera przedstawiający rycerza chorującego na kiłę wtórną, ok. 1500 r.

Źródło: Wikimedia Commons, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Albrecht_D%C3%BCrer_-_The_Syphilitic.jpg (domena publiczna).

przede wszystkim przez wzgląd na stan, do jakiego doprowadzeni byli chorzy. Liczne blizny szpeciły całe ciało człowieka zarażonego przymiotem (il. 10).

W okresie reformacji doszło do rozłamu w nauce europejskiej. Na skutek odmiennego podejścia do medycyny jako nauki oraz różnych idei podmiotowości człowieka, powstały dwa kręgi interpretacyjne. Pierwszy, związany z katolicko-śródziemnomorskim i anglikańskim obszarem kulturowym i drugi związany z obszarem protestancko-luterańskim¹⁴¹. W związku z tym podziałem, wytworzone zostały odmiennie koncepcje medycyny. Medycyna anglikańska, reprezentowana m.in. przez Harveya i Sydenhama, o silnie empirycznym nastawieniu, zaowocowała powstaniem neohipokratyzmu i poglądów witalistycznych. W obrębie medycyny katolickiej, pozostającej w związku z anglikańską, silnie rozwijał się nurt mechanistyczny. Powstały trzy

Początkowo kiła funkcjonowała pod różnymi nazwami, aż w 1530 r. włoski poeta i lekarz Girolamo Fracastoro, opublikował poemat alegoryczny, w którym połączywszy pisma historiofilii Gonzalo Hernandeza de Oviedo z bajką Owidiusza stworzył opowieść pasterza z Hispanioli – Syphilusa, który został „obdarzony” kiłą przez rozgniewanego Apolla¹⁴⁰, czy jak twierdzi Quétel – boga Słońce. Fracastoro stworzył również koncepcje *contagium vivum*, niewidzialnych żyjątek znajdujących się w powietrzu i wodzie, które miały powodować zachorowania na różne choroby zakaźne. Mimo pojawiania się nowej nazwy „syphilis”, do końca XVIII w. kiła określana była jako przymiot. Zresztą chyba żaden kraj nie chciał być wskazany jako miejsce pochodzenia kiły sądząc po faktie, że zawsze otrzymywała ona nazwę od kraju sąsiedniego, na przykład Włosi opisywali go jako chorobę francuską, Rosjanie – jako polską. Epidemia, która pojawiła się w XV i XVI w. wywarła na ludziach szczególne wrażenie,

¹⁴⁰ Wills, *op.cit.*, s. 215.

¹⁴¹ Płonka-Syroka, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 33.

nowożytne kierunki w medycynie: jatrofizyczny, jatrochemiczny i kliniczny, który wyodrębnił się jako ostatni. Jatrofizyka, nastawiona na eksperymenty i otwarte myślenie, najlepiej rozwijała się we Włoszech, Anglii i Francji, jatrochemia, bardziej dogmatyczna, w Niemczech¹⁴².

Podstawą teoretyczną, zapewniającą rozwój jatrofizyki, były koncepcje Galileusza, Harveya, Bacona, Kartezjusza i Newtona. Przełom dokonał się za sprawą Harveya, który odkrył, jak krew w organizmie krąży, czego nie można było znaleźć w obowiązującej do tej pory teorii Galena¹⁴³. Teorie jatrofizyczne w całości opierały się na idei dualizmu ciała i duszy Kartezjusza, który potraktował ciało ludzkie jako maszynę żyjącą dzięki krążeniu krwi roznoszącej po całym organizmie ciepło¹⁴⁴. Dzięki odkryciu przez Newtona prawa grawitacji nastąpił całkowity przewrót w nauce, zwiastujący koniec epoki teorii mistyczno-teozoficznych, na których opierała się alchemia i dominację nurtu matematyczno-mechanistycznego.

Do grona ważniejszych jatrofizyków można zaliczyć Santorio Santorio, twórcę włoskiej szkoły, który twierdził, że życie to normalna waga ciała i J. Baglivięgo, przypisującego istotną rolę włóknom w organizmie¹⁴⁵, a także J.A. Borellego i T. Willisa. Za Glissonem propagowali pojęcie włókna, w związku z tym traktowali chorobę jako skutek zmian tychże włókien¹⁴⁶.

Drugi kierunek opierał się na starożytnej teorii Platona, według której ludzka podmiotowość miała charakter duchowy, co zaowocowało powstaniem nurtów na podbudowie antyempirycznej. Powstał program opierający się na dedukcji, czyli hermetyzm, na podstawie, którego utworzono jatrochemię i niemiecką medycynę romantyczną. Jatrochemicy upatrywali chorobę w zaburzeniach czynnika duchowego, twierdząc, iż nie można jej rozpatrywać w kategorii zaburzeń działania jednej części ciała, ale ogólnie, w odniesieniu do całego ciała. W ich ujęciu choroby powstawały także jako efekt procesów chemicznych, złej fermentacji czy nadmiernych ostrości. Odrzucali również znaczenie badań anatomicznych. Główni przedstawiciele tego nurtu, prócz Paracelsusa, to J.B. van Helmont, twierdzący, za Paracelsusem, że choroba była efektem zaburzeń archeusza oraz F. De la Boë, propagator teorii ostrości, wiążący chorobę z zaburzeniami fermentacji¹⁴⁷.

Pomimo powstawania licznych nurtów i teorii, medycyna rozwijała się bardzo powoli, w związku z czym nadal dominująca w Europie była humoralna patologia Hipokratesa. Wpływem nowych idei bardzo długo opierała

¹⁴² Pietrzak, *op.cit.*, s. 19.

¹⁴³ M. Friedman, G.W. Friedland, *Krótką historia medycyny*, tłum. M. Kowalczyk, Warszawa 2017, s. 49–56.

¹⁴⁴ Szumowski, *op.cit.*, s. 260.

¹⁴⁵ Brzeziński, *op.cit.*, s. 150.

¹⁴⁶ Pietrzak, *op.cit.*, s. 22.

¹⁴⁷ *Ibidem*, s. 22–25.

się astrologia, przy pomocy której jeszcze w XVII w. tłumaczono przyczynę chorób epidemicznych¹⁴⁸.

Na przełomie XVII i XVIII w. działał G.E. Stahl, którego koncepcja miała podłoże spirytualistyczne, ale nie zalicza się go do jatrochemików. Twierdził, że w organizmie ludzkim istniał czynnik regulujący, *anima*, który stanowił o jedności organizmu i zapobiegał gniciu ciała za życia¹⁴⁹.

W reakcji na teorie mechanistyczne powstał kierunek kliniczny, starający się łączyć poglądy starożytnych i średniowiecznych uczonych ze zdobyczami medycyny nowożytnej. Można do niego zaliczyć m.in. T. Sydenhama, dla którego podstawę stanowiły twierdzenia Hipokratesa dotyczące *physis*, a który uznał chorobę za leczniczy przejaw działalności natury¹⁵⁰. Wprowadził pojęcie *genius epidemicus*, który powodował, iż wszystkie choroby przybierały postać jednej, panującej na danym obszarze¹⁵¹. Właściwe nauczanie kliniczne rozpoczął jednak witalista H. Boerhaave, występujący jako umiarkowany zwolennik nurtu jatromechanicznego, który wprowadził w Lejdzie systematyczne leczenie oparte na obserwacji¹⁵². Innym reprezentantem kierunku klinicznego był F. Hoffman, który zaproponował koncepcję płynu witalnego w nerwach oraz przedstawiciela starszej szkoły wiedeńskiej: G. van Swieten, A. De Haën i L. Auenbrugger¹⁵³.

Przełomowym w dziedzinie anatomii było odkrycie G.B. Morgagniego, który jako pierwszy połączył objawy chorobowe człowieka za życia ze zmianami anatomicznymi, jakie znalazł w zwłokach ludzkich, dlatego też uważa się go za twórcę anatomopatologii¹⁵⁴ oraz dokonania A. Hallera, uważanego za twórcę nowej nauki, nazywanej przez niego fizjologią¹⁵⁵.

Koniec XVIII i początek XIX w. wiązał się z działalnością kilku lekarzy, których doktryny uznawane przez nich za realistyczne, zbyt pośpiesznie uogólniały pewne dokonane przez ich twórców odkrycia i obserwacje. Należeli do nich J. Brown, S.F. Hahnemann, F. Broussais oraz F.A. Mesmer. Brown wytłumaczył na swój własny sposób nauki swych profesorów z Edynburga, uprościł fizjologię człowieka i podział chorób, twierdząc iż wszystkie żywe organizmy mają zdolność oddziaływania na bodźce. Życie jest ciągłym pobudzaniem, wynikiem współdziałania bodźców i pobudliwości, ponieważ każdy człowiek ma jakby swój zapas pobudliwości, który zmniejsza się w miarę upływu lat. Człowiek choruje, kiedy równowaga jego pobudzenia

¹⁴⁸ F. Giedroyc, *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych*, Warszawa 1899, s. 74.

¹⁴⁹ Pietrzak, *op.cit.*, s. 25

¹⁵⁰ Szumowski, *op.cit.*, s. 272.

¹⁵¹ Pietrzak, *op.cit.*, s. 26.

¹⁵² Szumowski, *op.cit.*, s. 290.

¹⁵³ *Ibidem*, s. 27.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ *Ibidem*, s. 28.

zostaje zakłócona przez wpływ bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych, kiedy jest ich zbyt wiele powstaje *sthenia*, a gdy za mało *asthenia*. Prostota takiego rozumowania zdobyła Brownowi wielu zwolenników, a system oparty jedynie na zasadzie pobudliwości, pomijający anatomię i chemię, zdawał się być najbardziej odpowiednim¹⁵⁶.

Twórca homeopatii Samuel Hahnemann, w swej teorii całkowicie odszedł od przekonania Galena, że należy leczyć środkami wywołującymi przeciwne objawy, twierdząc, iż trzeba stosować leki, które u ludzi zdrowych wywołują konkretne przypadłości. Jeśli ktoś cierpi na rozwolnienie, najlepszym antidotum będzie środek powodujący rozwolnienie u zdrowej osoby. Drugą zasadą teorii było rozcieńczanie dawek podawanych pacjentom, ponieważ Hahnemann sądził, że powoduje w ten sposób potęgowanie siły oddziaływania leków¹⁵⁷. Homeopatia została zmodyfikowana przez następców Hahnemanna, znajdując, pomimo sprzeciwu świata nauki, licznych zwolenników, a preparaty homeopatyczne stosowane są do dzisiaj.

Broussais stworzył we Francji kierunek określany „wampiryzmem”, ze względu na metodę leczenia, jaką propagował. Było to puszczanie krwi, ale w odróżnieniu od powszechnie znanej i stosowanej metody, jego własna charakteryzowała się bardzo dużymi upustami, stąd „wampiryzm”. W jego mniemaniu choroba była efektem podrażnienia przewodu pokarmowego, który ulega stanowi zapalnemu. Szumowski podaje, że kiedy brousaizm przestał być kierunkiem dominującym, stwierdzono iż Broussais ze swymi uczniami przelali we Francji więcej krwi, niż w trakcie rewolucji francuskiej¹⁵⁸.

Najbardziej chyba popularny kierunek, czyli magnetyzm zwierzęcy, stworzony przez Mesmera, opierał się na odkryciu hipnozy. Mesmer uznawał istnienie pojęć fluidu kosmicznego i magnetyzmu zwierzęcego, które pojmował jako zjawiska o charakterze fizykalnym. Traktował fluid kosmiczny jako środowisko życia organizmu, ale również jako jego ożywczą istotę. Magnetyzm był naturalną własnością organizmu, która umożliwiała odbiór tegoż fluidu. Mesmer uważał chorobę za zaburzenie równowagi wewnętrznej organizmu, które zostało spowodowane utratą kontroli układu nerwowego nad funkcjami ciała¹⁵⁹. Praktyki lecznicze Mesmera związane były ze stanami hipnotycznymi, które wywoływał. Prowadził zbiorowe seanse w salach wyłożonych zwierciadłami, gdzie światło było przytłumione, a z sali dobiegały dźwięki łagodnej muzyki¹⁶⁰.

Mechanistyczny nurt w interpretacji ludzkiego ciała, który na przykład u T. Hobbesa i J.O. La Mettriego przybrał postać materialistyczną, w XVIII w.

¹⁵⁶ *Ibidem*, s. 301.

¹⁵⁷ *Ibidem*, s. 302.

¹⁵⁸ *Ibidem*, s. 304.

¹⁵⁹ Płonka-Syroka, *Medycyna niemiecka nurtu...*, s. 253.

¹⁶⁰ Szumowski, *op.cit.*, s. 306.

znalazł oddźwięk w filozofii francuskiego Oświecenia. W efekcie zapoczątkowano w ten sposób nurt materialistyczny w teoriach i doktrynach medycznych, zwłaszcza we Francji, gdzie powstała paryska szkoła anatomo-kliniczna¹⁶¹. W Oświeceniu zaczęto pojmować chorobę jako indywidualny, a także społeczny problem, zaburzenie funkcji, często już tylko jednego organu, zaś zdrowie jako normalny stan ludzkiej egzystencji. W połowie XIX w. doszło ostatecznie, po okresie długich sporów w środowisku lekarskim, do utworzenia podstaw europejskiej medycyny akademickiej, gdzie ideą zasadniczą stał się scjentyzm, związany z materialistyczną koncepcją człowieka¹⁶².

R. Virchow rozwinął teorię komórkową, stworzył metody patologii eksperymentalnej i nową definicję choroby, która według niego była wynikiem zmian patologicznych w komórkach¹⁶³. W drugiej połowie XIX w. I. Miecznikow wykrył zjawisko fagocytozy, teoria fagocytarna stała się ważnym punktem w poznaniu procesów zapalnych¹⁶⁴. Podejmowano badania nad chorobami zakaźnymi, gdyż do drugiej połowy XIX w. obowiązywały jeszcze teorie Fracastoro i Sydenhama. Pod koniec XVIII w. Edward Jenner odkrył szczepionkę przeciw ospie, w połowie XIX w. Semmelweis wskazał przyczyny gorączki połogowej, ale dopiero Ludwik Pasteur obalił teorię samoródtwa i stworzył podwaliny pod nową naukę – bakteriologię, która mimo sprzeciwu licznych naukowców, w tym Virchowa, zaczęła się prężnie rozwijać. Można tu wymienić kilka nazwisk: Laveran – odkrył pasożyta malarii, Ross – stwierdził wpływ komarów na zarażenia malarią, Koch – opisał bakterię powodującą cholera i odkrył prątki gruźlicy, Yersin – odkrył bakcyl dżumy, Nuttalla, Behring, Bordet, Kitasato, Fleming i wielu innych naukowców, którzy pracowali nad teorią odporności przeciwbakteryjnej. Odkrycia Behringa i Kitasato dały podstawę do próby zaproponowania ogólnej teorii odporności organizmu opracowanej przez P. Ehrlicha¹⁶⁵. Ważne dla rozwoju wirusologii okazało się odkrycie D.J. Iwanowskiego, który opisał wirusa mozaiki tytoniowej, F.A. Loeffler uzyskał wirusy wywołujące pryszczycę, P.A. Ramlinger dowiódł, że również wścieklizna wywoływana jest przez wirusy, natomiast K. Landsteiner udowodnił, że wirusy powodują chorobę Heinego-Medina¹⁶⁶.

Od tego momentu liczne odkrycia doprowadziły do poznania większości biologicznych zmian patologicznych w organizmie ludzkim. Oczywiście często w przeciągu kilku lat ulegały one modyfikacji, ale zasadniczo wykryto już przyczyny większości chorób. Jednak fakt, iż zaledwie kilkanaście lat temu

¹⁶¹ Płonka-Syroka, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 38.

¹⁶² Płonka-Syroka, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka...*, s. 234–239.

¹⁶³ M. Małofiejew, *Historia patologii w XIX wieku*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 311.

¹⁶⁴ *Ibidem*, s. 315–316.

¹⁶⁵ *Ibidem*, s. 325–327.

¹⁶⁶ *Ibidem*, s. 333.

dokonano odkrycia bakterii *helico*, która jest przyczyną powstawania wrzodów żołądka, co definitywnie zmieniło wcześniejsze przypuszczenia dotyczące etiologii wrzodów oraz to, iż nadal pojawiają się choroby, o których nie wiemy zbyt wiele, dając powody do stwierdzenia, że nigdy nie nastąpi koniec rozwoju nauki badającej powstawanie i przyczyny chorób. Genetyczne próby mutacji, czy doboru komórek w taki sposób, aby powstał organizm zdrowy i odporny na wszystkie choroby, to jedynie mrzonka naukowców. Christopher Wills uważał w 2001 r., kiedy ukazała się jego książka, iż następne lata będą całkowicie „należeć” do AIDS i gruźlicy, ponieważ wtedy były jedynymi odpornymi na leczenie chorobami. Zresztą obie jednostki chorobowe są ze sobą w pewnym stopniu związane, gdyż bardzo często efektem zarażenia się wirusem HIV jest zapalenie płuc lub gruźlica, wywołane brakiem odporności organizmu. Czas jednak pokazał, że był w błędzie, ponieważ ostatnie dwa lata zostały całkowicie zdominowane przez światową pandemię wirusa SARS-CoV-2, a śmiertelność spowodowana zarówno wirusem, jak i powikłaniami już po chorobie jest bardzo duża. W grę wchodzi również statystyki umieralności związane z osobami chorującymi na inne przewlekłe choroby, nieleczonymi w prawidłowy sposób ze względu na pandemię. Zapewne nigdy ich nie poznamy, ale lekarze różnych specjalizacji podkreślają w swoich wypowiedziach, że duża część pacjentów chorujących przewlekłe nie zgłaszała się na różne badania czy zabiegi ze względu na ogólną panikę związaną z pandemią. Z drugiej problemem był po prostu dostęp do świadczeń, nawet tych podstawowych, ponieważ część lekarzy POZtu leczyła poprzez teleporady, a przychodnie specjalistyczne i szpitale odwoływały planowane badania i zabiegi z różnych względów. Wiadomo także, że choroby epidemiczne, które nękały naszych przodków, pozostawiły po sobie ślad w naszym genotypie, który Ridley określa mianem Biblii przedstawiającej obraz zaraz i plag nękających ludzkość od wieków. Choroby rozwijają się razem z postępującą nauką, a wyobrażenia o nich także ulegają zmianom.

II. MEDYCYNA LUDOWA W KRĘGU ZAINTERESOWAŃ NAUKI

Zasadniczym problemem, jaki pojawia się w trakcie analizy podejścia etnografii i antropologii do medycyny ludowej, czy ogólnie pojętej medycyny, jest kwestia definiowania podstawowych pojęć. W przypadku tej pracy chodzi przede wszystkim o termin „medycyna ludowa”, który, co warto wspomnieć, dla niektórych wydaje się nie do przyjęcia. Za trafniejsze sformułowanie uważa się termin „lecznictwo niemedyczne”, wzbudzające sprzeciw wśród etnologów, antropologów i części historyków medycyny, czemu trudno się chyba dziwić, gdyż użycie tego sformułowania jest mocno wartościujące. Danuta Penkala-Gawęcka uważa, że stworzony przez socjologa Władysława Piątkowskiego termin „lecznictwo niemedyczne”, na skutek zbyt rygorystycznego autora, nie jest dobrym określeniem medycyny ludowej¹⁶⁷. Włodzimierz Piątkowski posługuje się terminem „lecznictwo niemedyczne” w stosunku do samolecznictwa, praktyk współczesnych uzdrowicieli i leczenia ludowego. Uważa on, że te trzy formy leczenia mają kilka wspólnych cech m.in.: opierają się głównie na umiejętnościach praktycznych terapeutów; teorie, do których się odwołują są zazwyczaj niespójne wewnętrznie; w szczególny sposób zwracają uwagę na zaspokojenie potrzeb ekspresywnych pacjentów; podstawowe środki terapeutyczne są pochodzenia naturalnego¹⁶⁸.

Jaromir Jeszke wskazuje, iż polska historiografia medyczna podkreśla raczej tożsamość pojęć medycyna i leczenie, co z kolei wyklucza istnienie sformułowania opartego na przeciwstawieniu sobie obu tych pojęć¹⁶⁹. W przeszłości wielokrotnie zmieniały się definicje medycyny, zależnie od epoki, a jednocześnie zmieniały się definicje prądów, które pozostawały poza

¹⁶⁷ D. Penkala-Gawęcka, *Perspektywa etnologiczna w badaniach nad medycyną komplementarną*, [w:] *Historia leków naturalnych*, t. 3, red. B. Kuźniewska, Warszawa 1992, s. 29.

¹⁶⁸ W. Piątkowski, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku*, Wrocław 1988, s. 8–9.

¹⁶⁹ J. Jeszke, *Historyczne źródła współczesnych nurtów leczenia niemedycznego i ich społecznej akceptacji*, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, red. M. Libiszowska-Żółtowska, M. Oryzko-Wiewiórska, W. Piątkowski, Lublin 1988, s. 64.

obszarem zainteresowań medycyny akademickiej. Zdawałoby się więc, iż niemożliwe jest używanie terminu „lecznictwo niemedyczne”, jednak Jeszke widzi pewne możliwości zaakceptowania i przyjęcia tej definicji przez historyków medycyny, po spełnieniu kilku warunków¹⁷⁰. Inaczej w przypadku etnologii, antropologii kulturowej, czy historycznej, gdzie pojęcie „medycyna ludowa” jest nieodłączną częścią badań nad kulturą typu ludowego lub badań z zakresu historii mentalności. Można jedynie podkreślać istnienie pewnych elementów specyficznych, przez zwolenników orientacji pozytywistycznej nazywanych irracjonalnymi, o których wspominają w swych pracach etnografowie, ale Józef Burszta tłumaczył, że medycynę ludową charakteryzuje „swoista sfera myślenia”, która w danej sytuacji i miejscu powoduje, iż wszystkie działania i środki podjęte w trakcie leczenia były racjonalne i celowe¹⁷¹. Z kolei Aleksander Ożarowski mówił, że: „Medycyna zawsze była eklektyczna, ponieważ łączyła w sobie wiele teorii, tendencji i doktryn, nie zawsze wzajemnie powiązanych, niekiedy nawet sprzecznych. W ciągu dziesiątków lat zmieniła się ocena wielu teorii oraz sposobów leczenia, a ostatnie lata dostarczają szczególnie przekonujących dowodów na to, że kontrowersyjne, a nawet kwestionowane przez naukę metody, takie jak hipnoza czy akupunktura są akceptowane i stosowane”¹⁷². Medycyna ludowa jest integralnie związana z kulturą, nie może więc istnieć bez wiedzy ludowej, wierzeń i przekonań człowieka o świecie i prawach nim rządzących. Jest w ogromnej części „sterowana przez paradygmat mitu”, skupiając w sobie wyobrażenia i przekonania, przede wszystkim natury magicznej i religijnej, które stanowią pełny obraz medycyny ludowej¹⁷³.

Alternatywą jest określenie zaproponowane przez Penkałę-Gawęcką – „medycyna komplementarna”, odnoszące się do wszystkich form leczenia, które pozostają poza obrębem medycyny oficjalnej, w naszym kręgu kulturowym. Zastosowanie takiego terminu ma podkreślić jego uzupełniający charakter w stosunku do medycyny oficjalnej i wydaje się jak najbardziej na miejscu¹⁷⁴.

¹⁷⁰ *Ibidem*, s. 65.

¹⁷¹ J. Burszta, *op.cit.*, s. 429.

¹⁷² A. Ożarowski, *Ziołolecznictwo – poradnik dla lekarzy*, Warszawa 1976, s. 5.

¹⁷³ A. Paluch, *Etnologia wobec zagadnień medycyny jako obszaru penetracji badawczych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 1, s. 21–22.

¹⁷⁴ Penkała-Gawęcka, *Perspektywa etnologiczna w badaniach...*, s. 29.

1. ZAINTERESOWANIA ETNOGRAFII MEDYCYNĄ LUDOWĄ

Zainteresowanie etnografią medycyną ludową datuje się właściwie od początków tej nauki, czyli od połowy XIX w., ponieważ w tradycyjnej wiedzy ludowej medycyna zajmuje jedną z ważniejszych pozycji. Wywodząca się z tradycyjnego światopoglądu i wierzeń, przez bardzo długi czas opierała się wpływowi zewnętrznemu, zwłaszcza medycynie akademickiej. Na początek trzeba jednak przypomnieć, że istnieją dwie postawy badawcze w badaniach kultury: pozytywistyczna i konstruktywistyczna. Pierwsza traktuje badane zjawiska wprost, opiera się na kryteriach empirycznych; natomiast opcja konstruktywistyczna stara się wyjaśnić rzeczywistość poprzez odczytanie ukrytych znaczeń, odnalezienie pewnego rodzaju klucza kultury. Postawa pozytywistyczna, poszukując w praktykach leczniczych ludności wiejskiej „racjonalnego jądra” doprowadziła do podziału elementów medycyny ludowej na racjonalne i irracjonalne¹⁷⁵, o czym wspomiano już powyżej.

Wszystkie systemy medyczne są umiejscowione w określonym czasie i przestrzeni kulturowej. Medycyna ludowa nie jest więc jedynie zbiorem pewnych praktyk leczniczych i recept, to cały system postrzegania świata, gdzie wszystkie elementy są ze sobą ściśle związane i bez kulturowego kontekstu nie można ich wyjaśnić. Zjawiska, wydające się przy pierwszej obserwacji nieistotne, mogą się okazać kluczowe dla wyjaśnienia pewnych zachowań, czy stosowania specyficznych leków. Aby poznać medycynę ludową trzeba poznać cały system wierzeń, postaw i światopogląd ludzi, którzy na co dzień operują tą „zmityzowaną przestrzenią” konkretnej medycyny. Dlatego, jak twierdzi Guriewicz, nawet jeśli badacz nie jest zainteresowany mentalnością, musi brać pod uwagę jej obecność. Nie można odczytać „tekstów”, czy raczej „podtekstów” danej kultury, jeśli nie zna się specyfiki mentalności, sfery wyobrażeń, relacji do świata, czy też nawyków świadomości, które były właściwe kulturze danej epoki¹⁷⁶. W przypadku tej książki jest to o tyle utrudnione, jak już wcześniej wspomniałam, że mentalność społeczności wiejskiej znamy niejako z drugiej ręki. Informacje nie pochodzą wprost od przedstawicieli „klas podporządkowanych”, gdyż dominują tutaj nadal przekazy oralne.

Podstawą medycyny ludowej były potoczne obserwacje, które opierały się na anatomii porównawczej¹⁷⁷, a także obecna od czasów starożytnych teoria człowieka jako mikrokosmosu. Teoria ta wywarła ogromny wpływ na pojmowanie choroby i zdrowia w kulturze ludowej, jako że ciało, które powstało z ziemi

¹⁷⁵ Paluch, *Etnologia wobec zagadnień medycyny...*, s. 20.

¹⁷⁶ Guriewicz, *op.cit.*, s. 13.

¹⁷⁷ Z. Libera, *Ciało w kulturze ludowej XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1995, t. 2, z. 1, s. 74.

i jest jego pomniejszoną wersją, to paradygmat, który przewija się w każdym aspekcie kultury typu ludowego, zwłaszcza w medycynie. Paradoksalnym może się wydawać fakt, iż pomimo pewnej znajomości anatomii człowieka, uzyskanej dzięki licznym „sekcjom” zwierząt na wsi, ludność miała nieco odmienne pojęcie co do budowy organów człowieka, czy też zawartości organizmu.

Od połowy XIX w. pojawiło się wiele krótkich opracowań zamieszczanych w prasie lekarskiej, ale widziane okiem lekarzy praktyki lecznicze ludu były uznawane przede wszystkim za przesady. Większość ówczesnych badaczy nie wglębiała się w wierzenia i mity, które były przyczyną konkretnych praktyk w medycynie ludowej, co w efekcie doprowadziło do licznych uogólnień i przekłamań. Na dodatek artykuły te stanowiły jedynie materiał wyrwykowy, zbierany przez przypadek. Można podzielić je na publikacje dotyczące: znachorstwa, ziołolecznictwa ludowego, chorób kobiecych i położnictwa ludowego, wzajemnego przenikania się elementów medycyny akademickiej i medycyny ludowej oraz próby całościowego ujęcia tematyki medycyny ludowej¹⁷⁸. Były to artykuły zamieszczane w czasopismach etnograficznych, np. „Wisła”, „Lud”, „Zbiór Wiadomości do Antropologii Krajowej” lub informacje zawarte w większych opracowaniach dotyczących ogólnie etnografii, m.in. *Dzieła wszystkie* Oskara Kolberga.

W 1845 r. ukazało się pierwsze większe dzieło dotyczące medycyny ludowej, część rozprawy doktorskiej Michała Zieleniewskiego zatytułowana *O przesądach lekarskich ludu naszego*, w której autor bardzo wnikliwie przedstawił wiedzę ludową dotyczącą terapii i profilaktyki. Głównym jego zamiarem, jako lekarza, było jednak usunięcie zabobonów panujących wśród ludności wiejskiej przy pomocy przedstawienia tychże przesądów i znalezienia na nie najlepszego lekarstwa¹⁷⁹.

Kolejne, pełniejsze chyba nawet opracowanie to wspomniane wcześniej *Medycyna i przesady lecznicze ludu naszego* Mariana Udziela, z 1891 r., gdzie pojawia się już określenie medycyna ludowa, a źródła pracy są bardzo szeroko przez autora opisane i udokumentowane. W przeciwieństwie do etnografów i niektórych lekarzy, Udziela odnosił się sceptycznie do prób wykorzystania różnych elementów medycyny ludowej w medycynie akademickiej i uznania ich za racjonalne. Próby takie podejmuje się w zasadzie do dnia dzisiejszego i są one według Penkali-Gawęckiej przykładem zjawiska nazwanego przez naszych badaczy „mityzacją kultury ludowej”¹⁸⁰. Jaromir Jeszke także wspomina o istnieniu w obrębie polskiej historiografii medycznej mitów naukowych, np. o ludowej inspiracji treści niektórych herbarzy staropolskich¹⁸¹.

¹⁷⁸ Jeszke, *Historyczne źródła współczesnych nurtów...*, s. 105.

¹⁷⁹ Zieleniewski, *op.cit.*, s. 13.

¹⁸⁰ D. Penkala-Gawęcka, *Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*, „Lud” 1995, t. 78, s. 170.

¹⁸¹ Jeszke, *Historyczne źródła współczesnych nurtów...*, s. 79.

Jednak istotne jest w tym wypadku także to, iż leczenie ludowe bardzo obficie czerpało z ówczesnej medycyny oficjalnej i jak twierdzi J. Burszta niemożliwe jest obecnie określenie, które elementy leczenia zostały wykształcone w obrębie kultury ludowej, a które są spadkiem po medycynie akademickiej¹⁸². Korzystano z licznych zielników, poradników i kalendarzy, ogólnie znanych i dostępnych, Seweryn Udziela pisał nawet, że z zielników pochodziła część wiedzy znachorów i innych lekarzy wiejskich¹⁸³. Oczywiście liczne informacje o metodach leczenia przenikały na wieś z dworu, a możliwe jest, iż proces ten przebiegał i w odwrotną stronę.

W późniejszym okresie pojawiało się więcej opracowań dotyczących leczenia ludowego, zarówno prac zwartych, jak i krótkich artykułów, umieszczanych przeważnie w czasopismach etnograficznych. Dzisiaj zainteresowanie tą tematyką nie ustało, ale ze względu na zmieniający się charakter medycyny ludowej koncentruje się na podejściu podmiotowym. B. Good podkreśla więc przede wszystkim, że „to, co odbiega od założonej – z perspektywy biomedycznej – racjonalności, nie wynika z ignorancji czy (przesądów), ale jest zakorzenione w kulturze, systemie wierzeń i praktyk, które mają swą własną (logikę kulturową) i pełnią funkcje adaptacyjne”¹⁸⁴, więc założenie o komplementarności medycyny ludowej wydaje się tutaj jak najbardziej słuszne.

2. ANTROPOLOGIA MEDYCZNA I ETNOMEDYCyna

Antropologia medyczna wykształciła się jako odrębna dyscyplina z antropologii kulturowej i społecznej, w Europie Zachodniej i Stanach Zjednoczonych na przełomie lat 60. i 70. XX w. Ze szczególnym zainteresowaniem zajmowano się kulturowymi problemami związanymi ze zdrowiem i chorobą, zarówno w społecznościach pozaeuropejskich, jak i postindustrialnych. Od początku istnienia, antropologii medycznej jej przedstawiciele podkreślali potrzebę współpracy z innymi dyscyplinami humanistycznymi i naukami przyrodniczymi dla całościowego ujęcia problemu zdrowia i choroby. Ze względu na swoje miejsce w obrębie szeroko ujętych nauk antropologicznych, antropologia kulturowa w USA jest zbliżona do nauk przyrodniczych, co dało możliwość szybszego niż w Europie rozwoju antropologii medycznej. W Europie nie było tradycji łączenia etnologii z naukami biologicznymi, więc proces powstawania etnomedycyny – odpowiednika antropologii medycznej, odbywał się wolniej¹⁸⁵.

¹⁸² J. Burszta, *op.cit.*, s. 401.

¹⁸³ S. Udziela, *Świat nadzmysłowy*, „Wisła” 1900, t. 14, s. 264.

¹⁸⁴ Cyt. za: Penkala-Gawęcka, *Medycyna ludowa i komplementarna...*, s. 179.

¹⁸⁵ Penkala-Gawęcka, *Perspektywa etnologiczna w badaniach...*, s. 27.

Termin „etnomedycyna” bywa stosowany w dwóch znaczeniach: podmiotowym, gdy zajmuje się kulturowymi problemami związanymi ze zdrowiem i chorobą zarówno w społeczeństwach spoza zachodniego kręgu kulturowego, jak i w społeczeństwach postindustrialnych, oraz w znaczeniu przedmiotowym – gdy traktowana jest, jako tradycyjna medycyna różnych grup etnicznych¹⁸⁶. Naukowcy mają odmienne poglądy na zakres etnomedycyny. J. Sterley na przykład twierdzi, że jest ona zespołem różnych dziedzin nauki i stanowi obszar badań interdyscyplinarnych. Wymienia m.in. historię medycyny, historię farmacji, etnologię i ludoznawstwo oraz botanikę i farmakognozę¹⁸⁷. W *International Encyclopedia of the Social Sciences* termin etnomedycyna oznacza pewne wierzenia i praktyki związane z chorobą, „które są wytworami lokalnej kultury i nie są wyraźnie wyprowadzone z ram konceptualnych medycyny nowoczesnej”¹⁸⁸. Barbara Kuźnicka podkreśla, że reprezentanci etnonauk nie potrafią zdefiniować przedmiotu swoich badań i odnieść ich do powszechnie przyjętych pojęć występujących w medycynie, farmacji, czy botanice¹⁸⁹. Nie udało się także w pełni sprecyzować granic zainteresowania i zakresu przedmiotu badań etnomedycznych, podkreślano wprawdzie interdyscyplinarny charakter badań, ale w konsekwencji doprowadziło to do problemów metodologicznych. Przedstawiciele etnomedycyny w dużym stopniu korzystają z koncepcji wykształconych przez amerykańską antropologię medyczną, ale oczywiście tworzą także swoje własne teorie oraz ujęcia tematyczne. Wśród zachodnioeuropejskich badaczy medycyny ludowej wykształciły się dwa podejścia do problemów zdrowia i choroby. Przedstawiciele pierwszego starają się prowadzić studia porównawcze, próbują tworzyć katalogi symptomów chorobowych, posługując się kategoriami wytworzonymi przez medycynę zachodnią. Reprezentantem drugiego podejścia jest m.in. Sterly, który interesuje się przede wszystkim sytuacją chorobową. Opowiada się za fenomenologicznym badaniem zjawisk etnomedycznych, porządkuje zjawiska związane ze zdrowiem i chorobą w ich ścisłym odniesieniu do ludzkiego bytu¹⁹⁰.

Antropologia medyczna zajmuje się głównie problemami kulturowymi związanymi ze zdrowiem i chorobą w społecznościach rozwiniętych. Choroba jest więc traktowana jako zjawisko kulturowo zrelatywizowane, jest konstruktem społecznym, który może zostać zrozumiany jedynie poprzez odwołanie do kultury, w której został wytworzony¹⁹¹. Oczywiście w obrębie

¹⁸⁶ D. Penkala-Gawęcka, *Medycyna tradycyjna w Afganistanie*, Wrocław 1988, s. 118–119.

¹⁸⁷ B. Kuźnicka, *Etnomedycyna i etnofarmacja – zarys problematyki badawczej*, [w:] *Historia leków naturalnych*, t. 1, red. B. Kuźnicka, Warszawa 1992, s. 12.

¹⁸⁸ Penkala-Gawęcka, *Medycyna tradycyjna w Afganistanie...*, s. 24.

¹⁸⁹ Kuźnicka, *op.cit.*, s. 13.

¹⁹⁰ Penkala-Gawęcka, *Medycyna tradycyjna w Afganistanie...*, s. 26

¹⁹¹ Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę...*, s. 6.

tej subdyscypliny istnieją liczne ujęcia teoretyczno-metodologiczne, ale ze względów oczywistych dla tematu tej pracy interesujące są przede wszystkim różnice w zakresie badań nad chorobą. Zarówno w kulturze typu ludowego ludowego, jak i kulturach pozaeuropejskich, nie można zdefiniować choroby tak, by była to definicja ogólna, dotycząca wszystkich kultur. Zjawiska uznawane w jednej kulturze za symptomy choroby, w innej mogą być oznakami zdrowia, a gdzie indziej mogą nie mieć żadnego znaczenia¹⁹². Badacze dużo miejsca poświęcają koncepcjom przyczynowości i klasyfikacji chorób. Na przykład G.M. Foster podzielił etiologie na naturalistyczne i personalistyczne, te pierwsze tłumaczą chorobę w terminach bezosobowych jako wynik działania naturalnych sił, czy też warunków. Według etiologii personalistycznych choroba jest efektem ingerencji jakiegoś czynnika o charakterze osobowym, m.in. człowieka lub bóstwa¹⁹³. W przypadku medycyny ludowej w znacznie większym stopniu przywiązuje się uwagę do uwarunkowań społecznych i kulturowych choroby, i do samych etiologii. Charakterystyczne jest również to, iż wiele jednostek chorobowych wymienianych w nozologii biomedycznej nie znajduje swoich odpowiedników w klasyfikacjach lecznictwa ludowego. Są również choroby ludowe lub kulturowe, charakterystyczne dla pewnych kultur albo regionów geograficznych, których w żaden sposób nie da się sklasyfikować przez medycynę oficjalną¹⁹⁴. Oprócz Fostera, na gruncie amerykańskiej antropologii medycznej jeszcze H. Fabrega, A. Kleinman, A. Young i B. Good zajęli się stworzeniem teoretycznych i metodologicznych ram tej subdyscypliny, zwłaszcza w obrębie antropologii choroby.

Good opowiadał się za „modelem objaśniającym podejście do choroby”, używał terminu „semantycznej siatki choroby” w stosunku do słów, sytuacji, symptomów i uczuć, które są związane z chorobą w sensie *illness*. Podkreślał także, że choroba jest zjawiskiem indywidualnym, zależnym od zmieniającego się jej odbioru. Fabrega próbując zdefiniować podstawowe pojęcia dokonał rozróżnienia pomiędzy *illness* i *disease*, gdzie *illness* jest chorobą w sensie kulturowym, natomiast *disease* – chorobą w sensie patologicznych zmian w organizmie zdefiniowanych przez zachodnią naukę. W ten sposób proponuje połączenie podejścia *emic* i *etic* w badaniach nad chorobą, gdzie podejście *emiczne*, czyli przyjmujące perspektywę danej grupy, łączyłoby się z *etic* – ujęciem z punktu widzenia badacza. Dałoby to szansę na studia porównawcze, interkulturowe, które są niemożliwe przy zastosowaniu tylko jednego podejścia badawczego¹⁹⁵.

¹⁹² Tobiasz-Adamczyk, *op.cit.*, s. 57.

¹⁹³ G. Foster, *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*, „American Anthropologist” 1976, vol. 78, no. 4, s. 775.

¹⁹⁴ Penkala-Gawęcka, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę...*, s. 8.

¹⁹⁵ Penkala-Gawęcka, *Medycyna tradycyjna w Afganistanie...*, s. 17.

W latach 80. XX w. popularne było semiotyczne ujęcie problemów zdrowia i choroby, w obrębie którego wykształciło się wspomniane wyżej pojęcie „semantycznej sieci choroby”, oznaczające sieć słów, sytuacji, symptomów i uczuć, które są związane z chorobą w znaczeniu *illness*. Zostało ono później rozwinięte przez A. Kleinmana w ramach koncepcji „wyjaśniających modeli choroby”. Kleinman starał się analizować kulturowy aspekt systemu medycznego poprzez rekonstrukcję modeli wyjaśniających, które stosowane były przez pacjentów. Rozróżnił trzy wymiary choroby: *disease*, *illness* i *sickness*, gdzie *disease* definiuje jak Fabrega, natomiast *illness* jest indywidualnym doświadczeniem choroby, włączającym, lecz nieograniczającym do *disease*, zaś *sickness* obejmuje wszystkie zdarzenia należące do obu wcześniej wymienionych. Przy takim podziale antropolog medyczny powinien skoncentrować się na *sickness*¹⁹⁶.

A. Young zaproponował rozwinięcie i przekształcenie ujęcia Kleinmana, tak, że *disease* i *illness* zachowały swe wcześniejsze znaczenie, jednak *sickness* jest społecznym wymiarem choroby, procesem uspołeczniania *disease* i *illness*. *Sickness* staje się więc procesem, w trakcie którego biologiczne oznaki choroby i niepokojące zachowanie zyskuje społecznie uznane znaczenia, czyli są przekształcane w symptomy i społecznie znaczące rezultaty¹⁹⁷.

¹⁹⁶ *Ibidem*, s. 18.

¹⁹⁷ *Ibidem*, s. 19.

III. MITYZACJA CHOROBY W KULTURZE TYPU LUDOWEGO W XIX I NA POCZĄTKU XX W.

1. KATEGORIE POGLĄDÓW NA PRZYCZYNY CHORÓB W MEDYCYNIE LUDOWEJ

Świat kultury tradycyjnej jest obszarem silnie zrytualizowanym, gdzie wszystko ma swoją przyczynę, skutek, cel, początek i koniec. Zmityzowana rzeczywistość pozwalała na bezpieczne poruszanie się w obrębie własnego terytorium, a każde przekroczenie reguł i zakazów panujących w tym środowisku wiązało się z konkretnymi sankcjami, czy jak w przypadku choroby, można mówić już o swego rodzaju karze. Choroba w lecznictwie ludowym była ściśle związana z tradycyjnymi wierzeniami, wizją świata i związanymi z tym mitami Prapoczątku.

W wyobraźni ludności wiejskiej choroba uzyskała status nie rzeczy, lecz osoby, która posiadała określone cechy: jest kapryśna, niemiłosierna, wrogo nastawiona do człowieka, a przede wszystkim podstępna. Jej podstępność ujawnia się w sposobie, w jaki atakowała ludzi, zazwyczaj pod konkretną postacią, ludzką lub zwierzęcą. Powszechnym było mniemanie o związku wszystkiego w przyrodzie oraz to, iż choroba nie wynika z nieprawidłowej funkcji poszczególnych narządów organizmu, ale jest właśnie czymś obcym, spoza ciała człowieka, wchodzącym w człowieka za sprawą wrogich sił zewnętrznych. Choroba i jej wszystkie przyczyny pochodzą z *orbis exterior*, dlatego aby leczyć, trzeba było podjąć próbę odesłania jej tam, skąd nadeszła. Peryferia świata, w odróżnieniu od jego centrum, mieściły w sobie chaos wyobrażany przez ciemność, jałowe grunty, bezludne miejsca, pustkę, czy wodną otchłań. Były rejonem obcym, nieoswojonym i tam znachor w licznych zaklęciach i zamawianiach odsyłał ból i cierpienie chorego.

Pewną znajomość anatomii człowieka ludność wiejska posiadała w związku z przeprowadzanymi „sekcjami” zwierząt, ale pomimo skojarzeń między

ciałem człowieka a zwierzęcia, prowadziło to jedynie do stwierdzenia, iż chorobę mogą spowodować również czynniki naturalne. Jednak naturalne nie oznacza w tym przypadku racjonalne, dlatego, że na przykład tzw. podźwignięcie się – skądinąd naturalna przyczyna, prowadziła do obruszania się w ciele człowieka macicy, a ponieważ w mniemaniu medycyny ludowej każdy człowiek posiadał macicę, którą wyobrażano sobie jako dużego robaka z pazurami¹⁹⁸, podźwignięcie się było w efekcie powodem bólów wewnętrznych. W istocie większość przyczyn chorób, które można by określić mianem racjonalnych, jest ściśle związana z zespołem mitów i jedynie poprzez nie można odczytać ich prawdziwy sens¹⁹⁹.

W oparciu o założenie związku pomiędzy wszystkimi elementami przyrody oraz uznaniu choroby za coś obcego w stosunku do ciała ludzkiego, J. Burszta wyróżnił dwie podstawowe kategorie poglądów na pochodzenie choroby w kulturze ludowej: naturalistyczne i magiczno-demonologiczne. Ta druga kategoria poglądów rozбивa się na trzy podkategorie:

- kosmiczne, gdzie losy człowieka były ściśle związane ze zjawiskami kosmicznymi (fazy księżyca, zaćmienie słońca),
- przyrodnicze, w których na chorobę miały wpływ żywość, świat roślin i zwierząt,
- demonologiczno-magiczne, gdzie przyczyną było działanie sił nieczystych: demonów, strzyg, diabła etc.²⁰⁰

Naturalne przyczyny chorób znane były od bardzo dawna, zwłaszcza w przypadkach złamań, skręceń, czy chociażby przeziębienia. Ludność wiejska zdawała sobie również sprawę z zaraźliwości pewnych chorób, o czym mogą świadczyć praktyki stosowane w trakcie epidemii. Kiedy choroba miała jakieś swoje logiczne wytłumaczenie, doszukiwano się przyczyn naturalnych, ale w momencie, gdy pojawiała się nagle, interpretowano to jako efekt działania sił nadprzyrodzonych. W późniejszym okresie przyczynowość naturalistyczna, na skutek rozwijającej się edukacji i postępu technicznego, zaczęła wypierać nurt magiczno-demonologiczny.

Do kosmicznych przyczyn powstawania chorób zaliczono wpływ wszystkich ciał niebieskich, na przykład epidemie wywołać mógł niekorzystny układ planet, natomiast światło księżyca powodowało, iż dziecko, na które ono padło, mogło „ogłupieć” lub zachorować²⁰¹. Światło księżyca źle oddziaływało na ludzi powodując bóle głowy i oczu, a od jego faz zależał wzrost roślin i powodzenie wielu przedsięwzięć np. zioła do lekarstw pozyskiwano zazwyczaj w pełni lub w 1 kwadrze księżyca²⁰². Wiara w szkodliwą działal-

¹⁹⁸ Poniatowski, *op.cit.*, s. 297.

¹⁹⁹ A. Paluch, *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*, Wrocław 1995, s. 181.

²⁰⁰ J. Burszta, *op.cit.*, s. 402–403.

²⁰¹ *Ibidem*, s. 402.

²⁰² A. Paluch, *Choroby, zioła, znachorzy*, Namysłów 1991, s. 18–19.

ność planet, czy raczej ich układu jest najprawdopodobniej pozostałością po przekonaniach jeszcze z czasów Średniowiecza, kiedy przy pomocy astrologii tłumaczono praktycznie wszystkie choroby.

Każda choroba mogła zostać wytłumaczona złamaniem jakiegoś konkretnego zakazu obowiązującego w kulturze ludowej, żeby wspomnieć tylko zakaz wykopywania i ścinania czarnego bzu, gdyż pod nim zakopywano często świętego kołtuna²⁰³, a ponieważ sądzono, że bez jest w środku pusty stał się siedliskiem złego ducha²⁰⁴. Elementy światażywionego, które oddziaływały na człowieka to przede wszystkim powietrze, czyli mór, ale także krzewy lub drzewa, w których umiejscowiona była konkretna choroba lub demon wywołujący chorobę. Zachorować można było przez szkodliwą działalność wody, na przykład poprzez podanie lekarstwa i popicie go zimną wodą²⁰⁵.

Uogólniając można by stwierdzić, że źródłem poglądów o demonologiczno-magicznych przyczynach chorób jest religia Słowian oraz ludów sąsiadujących z nimi, czyli Germanów i Bałtów, a także ich światopogląd, w skład którego wchodziła wiara w istnienie różnych istot demonicznych. Po przyjęciu chrześcijaństwa wierzenia ludowe zostały wtłoczone niejako w ramy światopoglądu katolickiego i mimo usilnych starań kleru, do początków XX w. ślady tychże wierzeń można było odnaleźć w licznych podaniach i opowieściach ludowych. Powszechna była wiara w szkodliwą dla człowieka działalność południc, nocnic, demonów wodnych, upiorów i zmory. W następstwie nauk Kościoła, w których głównym motywem była złowroga działalność sił nadprzyrodzonych, ugruntowała się w kulturze ludowej wiara w diabła zwłaszcza, jeśli chodzi o powodowanie chorób. Jak twierdzi jednak Ludwik Stomma, polska demonologia ludowa, a więc także kategoria demonów odpowiedzialnych za choroby, została błędnie sklasyfikowana, właśnie m.in. poprzez próby dopatrywania się jej źródeł w wierzeniach prasłowiańskich²⁰⁶.

Podział wprowadzony przez Bursztę został zaakceptowany przez wielu badaczy, którzy opisywali później jakiegokolwiek aspekty medycyny ludowej, z drobnymi najwyżej modyfikacjami. Można oczywiście próbować dzielić etiologie chorób na inne kategorie, na przykład wrodzone i nabyte, jak uczynił Józef Świętek, czy pozostawać przy klasyfikacji pozytywistycznej, dzieląc przyczyny na racjonalne i irracjonalne, ale powyżej opisane zdają się wyczerpywać temat.

Do lat 50., a nawet 60. XX w. poglądy na przyczyny chorób w kulturze ludowej nadal były zdominowane teoriami wypływającymi ze średniowiecznego pojmowania świata i miejsca człowieka w tymże świecie. Wiara w nieustanną i wszechobecną działalność Boga i szatana, a także różnych istot

²⁰³ DWOK, t. 35, s. 235.

²⁰⁴ A. Lebeda, *Wiedza i wierzenia ludowe*, Wrocław 2002, s. 155.

²⁰⁵ J. Pełczyński, *Przyczynki do lecznictwa ludowego*, „Wisła” 1893, t. 7, s. 166.

²⁰⁶ Stomma, *op.cit.*, s. 100.

demonicznych miała swój wpływ na nieufny stosunek ludności wiejskiej do rozwijającej swoje społeczne oblicze medycyny oficjalnej. Lekarze pracujący w wiejskich ośrodkach zdrowia często napotykali na niechęć, czasem wrogość mieszkańców miejscowości, w której pracowali. Wynikało to m.in. z faktu, że nie starali się zrozumieć ludności wiejskiej, ani zagłębić w motywy jej postępowania, traktując jej praktyki jako przesady i zabobony. Z drugiej strony zaś społeczność wiejska niechętnie przyjmowała nowe metody leczenia uważając, że nie ma lepszych sposobów leczenia i lekarstw nad te, jakie przekazywano z pokolenia na pokolenie.

Wszelkiego rodzaju czarownice i cioty były sprawczyniami każdej przypadłości jaka spotykała człowieka, poprzez czary, rzucanie uroków, czy podłożenie. Wskazywano także na szkodliwą moc demonów chorób (np. szaleństwo jako efekt śpiewu demonów), przez niektórych autorów utożsamianych z opisanymi w dalszej części personifikacjami chorób. Pełka na przykład sugeruje istnienie dwóch stanowisk w kwestii powstawania epidemii, oczywiście w kontekście etiologii demonologicznych. Pierwsze dowodzi, że epidemie powstawały na skutek pojawiania się w określonej okolicy istot demonicznych nieznanego pochodzenia i tutaj ma na myśli opisane w 3 podrozdziale tzw. „morowe dziewice” (il. 12). Według drugiego stanowiska epidemie wywoływane były na skutek świadomego działania wrogo nastawionych do człowieka istot półdemonicznych, w tym wypadku czarownic²⁰⁷. Stomma starając się uporządkować polską demonologię ludową podzielił istoty demoniczne na pięć rodzajów:

- postacię przejętą z tradycji chrześcijańskiej albo wędrownych wątków nieludowego pochodzenia, zaanektowane dla potrzeb wierzeń ludowych; np. anioł, bazyliśzek, diabeł, gryf;
- personifikacje klęsk żywiołowych i zjawisk przyrody: bieda, choroba, dola, śmierć, śnieżycy, zaraza;
- żywi i zazwyczaj konkretnie nazywani ludzie, którym przypisuje się określone właściwości i powiązania nadprzyrodzone: charakternik, czarownica, płanetnik, wilkołak, zmora etc.;
- złośliwe lub pomocne istoty związane z poszczególnymi zajęciami nierolniczymi, np. skarbnik;
- postacię będącą wcieleniami ludzi zmarłych²⁰⁸.

Niektóre wymienione przez niego demony chorób zostaną w 3 podrozdziale ujęte jako ich personifikacje, co wynika z faktu, że część autorów opisywało konkretną chorobę albo tylko jej przyczynę, które w takich wypadkach określano jako demony. Zbigniew Libera na przykład uważa, że w przypadku kultury typu ludowego, nie można wyrazić choroby poza antropomorficz-

²⁰⁷ L. Pełka, *Polska demonologia ludowa*, Warszawa 1987, s. 173.

²⁰⁸ Stomma, *op.cit.*, s. 194–195.

nymi kategoriami²⁰⁹. Wizerunek choroby konstruowany przez długi okres, posiadający ludzkie cechy i atrybuty, będący uosobieniem obcości, byłby w kulturze ludowej nie do przyjęcia bez całej swej kulturowej nadbudowy. Wielu autorów podaje przykłady przysłów i porzekadeł ludowych, świadczących o działaniu na chorego określonej osoby, na przykład: „tłukła go choro-
roba”, „zimno ją trzęsło”²¹⁰, co podkreślało jedynie demoniczny charakter owej istoty. Wśród demonów wymieniano widzialne, jak na przykład demon cholery, który na początku XX w. w wyobrażeniach ludności wiejskiej nie różnił się zbyt wiele od opisu umieszczonego w 3 podrozdziale, oraz demony niewidzialne. Elementem dodatkowym w przypadku cholery zdaje się być szelest powietrza, jaki wywoływał demon, a który wyczuwały zwierzęta²¹¹. Niewidzialne demony o nieokreślonej postaci, dawały o sobie znać różnymi bólami, najczęściej w formie konwulsji lub miotania się²¹², dlatego mówiono o niewidzialnym demonie padaczki. Istniał również demon powodujący zarazę, pod postacią ciemnej chmury, która gęstniejąc przybierała postać kobiety o bardzo długich rękach i nogach. Owijała się w płachtę i starała się napotkać kogoś, na kogo plecach przenosiłaby się roznosząc jednocześnie zarazę²¹³. Właśnie w taki sposób (il. 16), wyglądała postać moru z podania *Powietrze Wójcickiego*, w którym chłop niosący zarazę, nie chcąc donieść jej do swojej wsi utopił się w Prucie, co miało wystraszyć mór²¹⁴. Warto jeszcze wspomnieć, że prócz demonów, także upiory, poprzez ukąszenie, odpowiedzialne były za powstanie licznych chorób²¹⁵.

Według XVI-wiecznego słowiańskiego mitu apokryficznego, choroby powstały już w momencie stworzenia człowieka, na skutek interwencji diabła. Diabeł bowiem wykorzystał moment nieobecności Pana Boga, kiedy ten poszedł po duszę dla człowieka i pokłął całe ciało nowego stworzenia. Kiedy Pan Bóg powrócił i zobaczył, co diabeł uczynił, pochował rany do środka ciała Adama, zaś diabeł stwierdził, iż uczynił tak, aby człowiek pamiętał o Panu Bogu za każdym razem, kiedy poczuje chorobę²¹⁶. Mit ten uwi-
dadzania się w ludowych przekonaniach o pochodzeniu chorób, na przykład w *Ziemi Bieckiej* pisanej w latach 1889–1895, a wydanej z rękopisu dopiero w 1994 r. można znaleźć informację, że uważano chorobę za „dopuszczenie Buoskie, bo jakby ludziom nic nie dogarauo, toby uo Buogu zapamięli”²¹⁷.

²⁰⁹ Z. Libera, *Medycyna ludowa*, Wrocław 1995, s. 26.

²¹⁰ Z. Kuchowicz, *Leki i gusła dawnej wsi*, Warszawa 1954, s. 76.

²¹¹ S. Dłużewska, *Ludowa wiedza medyczna ludności kaszubskiej okolic Bytowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1983, t. 25, s. 37.

²¹² H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929, s. 4.

²¹³ S. Dłużewska, *op.cit.*, s. 38.

²¹⁴ K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie*, „Tygodnik Ilustrowany” 1868, t. 1, nr 9, s. 37–38.

²¹⁵ L. Wasilewski, *Przyczynki do lecznictwa ludowego*, „Wisła” 1893, t. 7, s. 375.

²¹⁶ R. Tomicki, *Słowiański mit kosmogoniczny*, „Etnografia Polska” 1976, t. 20, z. 1, s. 87.

²¹⁷ *Ziemia Biecka...*, s. 355.

W XIX-wiecznych wersjach mitu kwestia ingerencji diabła została znacznie uproszczona; jedna podaje, że choroby powstały, gdy diabeł tchnął złego w ciało człowieka, a druga iż są efektem oplucia człowieka przez diabła²¹⁸. Dla porównania w fińskim eposie *Kalevala*, dziewięć podstawowych chorób urodziła wiedźma, która „stała się brzemienna od jesiennego deszczu”. Jej synowie to: Kolka, Zapalenie Płuc, Krzywica, Wrzód, Świerzb, Parch Pospolity, Zaraza Wszechchorób, którzy zostali posłani przez panią Pohjoli, aby zniszczyć kraj Väinämöinen oraz dziewiąty bezimienny, którego przeznaczeniem było zostać czarnoksiężnikiem²¹⁹.

Jedną z bardziej popularnych form tłumaczenia przyczyny choroby wydaje się być zadanie uroku, obecne zresztą do czasów współczesnych, o czym świadczą na przykład czerwone wstążeczki przywiązywane jeszcze dzisiaj przez babcie do ubrań wnuków, chroniące od uroku. Urok lub inaczej urzeknięcie miał na celu spowodować nagle bóle brzucha czy głowy, wywołany zaś był „złym spojrzeniem”, ale także złym wiatrem, chmurami i zadziwieniem²²⁰. „Złe oczy” powodowały utratę apetytu, ociężałość, bóle głowy, nudności, ckliwości, wymioty i omdlenia²²¹. Najczęściej osobą urzekającą była starsza kobieta, ale mógł to również być człowiek młody albo starszy mężczyzna, w każdym bądź razie, osoba predestynowana do zauroczenia poprzez swoje zdolności. Predyspozycje wynikały zaś z wierzenia, że jedne oczy są od Boga, a drugie od Diabła²²². Maria Barthel de Weydenthal, autorka *Urocznych oczu*, przeprowadziła bardzo dokładną analizę całego zjawiska zauroczenia kogoś spojrzeniem, i wspomina również za Karłowiczem, o możliwości zmiany semantycznego znaczenia słowa urzec. Według niej wcześniej urzeczeniem nazywano rzucanie czarą na inną osobę, nie poprzez spojrzenie na nią, a za pomocą czarą słów²²³.

Obecna w etiologii chorób w medycynie ludowej, była również teoria soków czy też humorów, którą tłumaczono wiele dolegliwości. Przyczynami chorób były soki przepływające do pewnych organów i wywołujące w nich zapalenia; „humory”, które uderzały do głowy, oczu, uszu i nosa, żółć uderzająca do mózgu albo zepsuta krew²²⁴. Bardzo często chodziło o nieprawidłowe mieszanie się tych substancji, co powodowało np. psucie się krwi, które było bezpośrednią przyczyną powstania większości chorób skóry, albo o ich nadmiar, jak w przypadku apopleksji (krew uderza do głowy), żółtaczki (żółć się wylewa), czy bólu uszu (flegma się zbiera). Natomiast pozostałością po innej

²¹⁸ Tomicki, *op.cit.*, s. 87.

²¹⁹ *Kalevala*, tłum. J. Ozga Michalski, K. Laszecki, Warszawa 1980, s. 622–626.

²²⁰ R. Lubicz, *Przyczynki do medycyny ludowej*, „Wisła” 1894, t. 8, s. 356.

²²¹ M. Udziela, *Wiek dziecięcy w medycynie ludowej*, Tarnów 1891, s. 16.

²²² M. Barthel de Weydenthal, *Uroczne oczy*, Lwów 1922, s. 6.

²²³ *Ibidem*, s. 4.

²²⁴ J. Talko-Hryncewicz, *Zarys lecznictwa ludowego na Rusi polskiej*, Kraków 1893, s. 22.

teorii, czyli *contagium vivum* – żyjątek występujących w powietrzu, które miały powodować choroby, jest wytłumaczenie, iż cholery można się nabawić od robaczków przemieszczających się w powietrzu.

Ludność wiejska, po specyficznych znakach w otaczającej przyrodzie rozpoznawała nadejście choroby. Łatwiejszym zadaniem było zidentyfikowanie oznak zbliżania się zarazy, gdyż były one, podobnie jak w przypadku personifikacji chorób, zdecydowanie bardziej spektakularne. Kiedy psy zaczynały wyć, trzymając głowy spuszczone do ziemi, krety ryły ziemię i usypywały z niej kopce w kształcie grobów, sowy huczały przeraźliwie, zaś kawki uciekały ze wsi, spodziewano się nadejścia cholery. Zimą jej przybycie zwiastował wiatr tworzący ogromne zasy w kształcie grobu, na których czasami pojawiać się miała czerwona luna albo gwiazda z ogonem²²⁵. Wiara we wpływ konstelacji gwiazd, komet, meteorytów, zaćmienia słońca, czy księżycy na etiologię chorób, jest popularna w kulturze od czasów późnego Średniowiecza, jako efekt coraz mocniej rozwijającej się astrologii. Giedroyc podaje przykład z końca XVI w., kiedy Sznabierg pisał, że przyczyną moru było „ pewne gwiazd niektórych przeciwko sobie położenie i złączenie...”²²⁶. W wierzeniach ludności z Lubelszczyzny charakterystycznym znakiem zbliżania się moru było usychanie drzew w lesie, zależnie od wielkości drzew, czy krzaczki, krzewy średniej wielkości, stare drzewa, umierać miały dzieci, ludzie młodzi i ludzie starsi²²⁷. Wierzono również, że zaćmienie słońca zapowiada koniec świata, głód, kłęski, mór i inne choroby, jak również mogło być przyczyną powstania chorób oczu i zatrucia wody w studni²²⁸. Warto dodać, że ten ostatni zapis pochodzi z lat 80. XX w. natomiast cytat ze Sznabierga, z końca XVI w., co świadczy o niezwykłej trwałości przekonań dotyczących szkodliwego wpływu ciał niebieskich.

Nadejście chorób widziano także w snach. Jeśli na przykład śniły się jabłka lub jajka można się było spodziewać powstania czyraków. Tańczenie do zmęczenia, liczenie lub widzenie fałszywych pieniędzy, grabienie siana oraz owies ogólnie oznaczało chorobę. Kiedy zaś matka śniła o noszeniu jagnięcia na rękach przewidywała chorobę swego dziecka²²⁹.

Trzeba w tym miejscu zwrócić uwagę na bardzo istotną sprawę. W medycynie ludowej niektóre choroby nazywane były odmiennie niż w medycynie oficjalnej, ta sama nazwa mogła oznaczać zupełnie inną chorobę. Tak jest w przypadku gośćca, który w medycynie ludowej oznacza istotę powodującą

²²⁵ S. Udziela, *Cholera w pojęciach ludu ziemi sądeckiej*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne. Dział etnograficzny” 1896, t. 1, s. 1.

²²⁶ Giedroyc, *op.cit.*, s. 72.

²²⁷ DWOK, t. 34, s. 203.

²²⁸ Lebeda, *op.cit.*, s. 49–50.

²²⁹ F. Werenko, *Przyczynek do lecznictwa ludowego*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne” 1896, t. 1, s. 104

liczne bolesti w całym ciele chorego, natomiast w przypadku medycyny akademickiej jest to określanie schorzenia reumatycznego. W literaturze etnograficznej pojawiają się informacje o różnych regionalnych odmianach nazwy gośćca, do których zaliczyć można również nazwę goździec, ale jest to jedynie odmiana regionalna. Sama choroba nosi nazwę gośćca. Trzeba także dodać, że gościcarze leczyli również chorobę zwaną romantyzmem²³⁰, w objawach oraz metodach leczenia podobną bardzo do gośćca. Można więc jedynie przypuszczać, że romantyzm to także określenie regionalne gośćca. Inną cechą charakterystyczną medycyny ludowej jest utożsamianie ze sobą pewnych chorób ze względu na ich podobne objawy lub ich umiejscowienie w ciele człowieka. Tak było na przykład w przypadku cholery i dżumy, których społeczność wiejska nie rozróżniała oraz z dyfterytem i szkarlatyną. Duża liczba nazw ma związek z zaobserwowanymi objawami, natomiast część nazw pochodzi od poglądów na przyczyny chorób, tak jak *oberwanie*, *zerwanie* lub *przełamanie*, albo nazwa padaczki, czyli *Boża wola*. Istniało także wiele odmian regionalnych nazwy jednej choroby. Febrę określano ograżką, trască, trzęsawką, lichoradką etc., padaczkę nazywano chorobą św. Walentego, kadukiem, świętą słabością, wielką chorobą lub niemocą, natomiast kiła to przymiot, franca, choroba neapolitańska, syfilis, czy dworska niemoc. To tylko nieliczne przykłady szerokiego nazewnictwa regionalnego w Polsce, występującego nie tylko wśród ludności wiejskiej, ale także miejskiej, przynajmniej do wybuchu drugiej wojny światowej. Część z tych nazw powstała w okresie, gdy nie istniał jeszcze konkretny podział na medycynę ludową i akademicką i podobnie jak rzecz ma się w przypadku etiologii chorób, trudno obecnie stwierdzić, które z nazw chorób wywodzą się z kultury ludowej, i czy nazwy te przeniknęły do medycyny oficjalnej z ludowej, czy odwrotnie.

2. SZCZEGÓŁOWE ETIOLOGIE CHORÓB W KULTURZE LUDOWEJ

Jak zatem wynika z wcześniejszego podrozdziału większość chorób w tradycyjnej kulturze ludowej posiadała dwie równorzędne etiologie, naturalne i magiczno-demonologiczne. Ból głowy mógł być na przykład efektem przeziębienia, a równocześnie uroku zadanego przez kogoś. Konkretna diagnoza prowadziła w takich wypadkach do odmiennych sposobów leczenia, zależnie od pochodzenia choroby; inaczej leczono choroby będące wynikiem czarów, a inaczej wynikające z przyczyn naturalnych. W odmienny sposób leczono choroby spowodowane przez osobę, którą znał znachor lub pacjent, ale

²³⁰ DWOK, t. 48, s. 294.

również określone miejsce nabycia schorzenia powodowało podejmowanie różnych środków zaradczych. Aby podjąć odpowiednie leczenie trzeba było także znać „złe miejsca”, stające się takimi poprzez rzucenie czarów, których przestąpienie lub nadeptanie powodowało liczne choroby²³¹.

Schemat etiologii chorób w kulturze typu ludowego nie całkiem jest zgodny ze schematem medycyny oficjalnej. Wynika to przede wszystkim z wspomnianego wcześniej odmiennego od standardów medycyny akademickiej nazewnictwa, a także traktowania przyczyn, czy też objawów chorób jak choroby. Przyjmując więc takie założenie, zgodnie ze źródłami etnograficznymi, choroby można podzielić na:

- choroby głowy (zawroty, bóle),
- choroby oczu, uszu i zębów,
- choroby układu oddechowego (zapalenie płuc, kaszel, ból gardła, astma, ból w piersiach, katar),
- choroby serca i naczyń (bóle serca, kłucie serca, zepsucie krwi, blednica, anemia),
- choroby układu pokarmowego (ból żołądka, zaparcia, kolki, zatrucia, robaczyca, wymioty),
- choroby układu moczowego,
- choroby zakaźne,
- choroby skórne,
- choroby weneryczne
- uszkodzenia i urazy ciała (złamania, zwichnięcia, stłuczenia, zranienia, porażenie piorunem),
- choroby reumatyczno-artretyczne (reumatyzm),
- choroby kobiece,
- choroby dziecięce,
- choroby umysłowe (obłąkanie, opętanie)
- nieklasyfikowalne, jak np. padaczka, rak, przełknięcie, urok, kołtun.

Trzeba jeszcze podkreślić, iż dane dotyczące przyczyn chorób, jakie cytowane są w tym rozdziale mogą się wydać umieszczone dość chaotycznie, bez uwzględnienia chronologii wydarzeń. Wynika to jednak z tego, że trzy opracowania, bardzo istotne dla tego rozdziału, pomimo zawartej w nich treści, zebranej i spisanej w rękopisy pod koniec XIX w., zostały opracowane i wydane dopiero w XX w. *Ziemia Biecka*, praca zbiorowa zredagowana przez Seweryna Udzięłę, pisana w latach 1889–1895 wydana została z rękopisu dopiero w 1994 r. *Brzozowa i okolice Zakliczyna nad Dunajcem* autorstwa Jana Świętka zbiór z lat 1897–1906 wydało Archiwum Etnograficzne Polskiego Towarzystwa Ludoznawstwa w trzech częściach w latach 1997–1999. Ostatni zbiór to *Dzieła Wszystkie Oskara Kolberga. Lud, jego zwyczaje, sposób życia*,

²³¹ DWOK, t. 15, s. 152.

mowy, podania, przysłowia, obrzędy, gusta, zabawy, pieśni, muzyka i tańce, wydane w latach 1961–1975, część już jako reprint, ponieważ tomy do 33 włącznie ukazały się jeszcze za życia Oskara Kolberga.

Według ludności okolic Zakliczyna nad Dunajcem, ból głowy był efektem ostrzyżenia włosów, kiedy na dworze była burza albo było pochmurno, ale mógł być także spowodowany padającym na śpiącego światłem księżyca²³². Przyczyną było również przeziębienie lub chory żołądek, czy też nerwy. Julian Talko-Hryncewicz zanotował na Rusi Polskiej pogląd, według którego, silne bóle głowy mogły powodować „ulotnienie się mózgu”²³³. Seweryn Udziela podaje, iż ludność powiatów gorlickiego i grybowskiego uważała, że powodem bólu głowy mogło być uderzenie krwi do mózgu lub rzucenie uroku²³⁴. Ból głowy w pojęciu ludności wiejskiej był także efektem powstania wrzodu w głowie zwanego „skułą” lub zac zadzenia, czyli „ukaru”²³⁵. Zawroty głowy spowodowane były ciężką pracą, ogólnym osłabieniem organizmu, „słabością serca”, bólami żołądka, albo urokiem, zaś mdlenia powstawały ze zmartwienia²³⁶.

Następną kategorię stanowią choroby oczu, uszu i zębów. Ludność Brzozowej i Zakliczyna nad Dunajcem wierzyła, że dziecko było zezowate, ponieważ matka będąc w ciąży patrzyła przez szparę²³⁷. Choroby oczu, według mieszkańców Załęcza Wielkiego (obecne woj. łódzkie) mogły powstać pod wpływem światła księżyca²³⁸. Większość chorób oczu, to znaczy zapalenie, jęczmień, łuszczka (krostka na białku), błona na oku, jak twierdzą mieszkańcy Kujaw, miały jednocześnie etiologię naturalistyczną, czyli kurcz, zmęczenie, przeziębienie, a także bywały efektem rzucania uroku²³⁹. Jednak na przykład „kurza ślepotą” miała nieco inną etiologię. Jej przyczyną mogło być potarcie oczu brudnymi rękami, zwłaszcza po jedzeniu śledzia, lub innej ryby, jak również napicie się wody, z której piła kura²⁴⁰, stąd też nazwa „kurza ślepotą”. Jeśli chodzi o inne choroby w tej kategorii, to najczęstszą przyczyną bólu zębów były robaki, żyjące wewnątrz zębów²⁴¹, a ból uszu, prócz naturalnych przyczyn, powstawał z flegmy, która zbierała się z mózgu²⁴².

Choroby układu oddechowego i krążenia były spowodowane przede wszystkim przeziębieniem, wiatrem, przeciągami. W tej kategorii chorób

²³² Świętek, *op.cit.*

²³³ Talko-Hryncewicz, *op.cit.*, s. 23.

²³⁴ *Ziemia Biecka...*, s. 372.

²³⁵ Werenko, *op.cit.*, s. 139.

²³⁶ B. Szychowska-Boebel, *Lecznictwo ludowe na Kujawach*, Toruń 1972, s. 20.

²³⁷ Świętek, *op.cit.*, s. 81.

²³⁸ J. Jastrzębski, *Lecznictwo ludowe w Załęczu Wielkim*, „Prace i Materiały Muzeum Archeologicznego i Etnograficznego w Łodzi. Seria Etnograficzna” 1961, nr 5, s. 138.

²³⁹ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 22–24.

²⁴⁰ *Ibidem*, s. 25.

²⁴¹ M. Rybkowski, *Rozmaitości. Robaki w zębach*, „Lud” 1900, t. 6, s. 304.

²⁴² Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 26.

pojawia się jednak, w przypadku uczucia ciężaru i bólu w piersiach, nowa przyczyna, czyli zmora. Zmora wysysała ze śpiącej osoby „soki” lub krew tak, iż przybierała ona modrą barwę²⁴³. Zmora całym ciężarem kładła się na piersi śpiącego i dusiła wkładając mu język w usta²⁴⁴. Atakowała przede wszystkim ludzi, którzy spali na wznak, zwłaszcza położnice, dziewczęta albo młodych chłopców²⁴⁵. W tej kategorii chorób wymienić można również kaszel, katar, bóle gardła, czy zapalenie płuc. Mieszkańcy Rusi Polskiej wierzyli, że kaszel powstawał z nadmiaru flegmy w różnych częściach ciała: głowie, żołądka, czy kiszki²⁴⁶, ale w Chełmskim kaszel traktowano jako efekt „zadania” przez złego człowieka²⁴⁷. Ludność powiatów okolic Nowego Sącza uważała, że ból gardła wynikał z faktu burzenia się krwi w gardle, co najczęściej zagrażało dorosłym mężczyznom²⁴⁸, zaś katar, jako efekt przeziębienia lub przemoczenia, traktowany był jako dobrodziejstwo, ponieważ „ściągał z głowy” wszelkie nieczystości i zapobiegał innym chorobom²⁴⁹. Jednak mieszkańcy Zakliczyna i Brzozowej uważali, że „kto przelezie przez jscyny ludzkie na drodze, dostanie kataru”²⁵⁰.

Uważano, że każdy człowiek ma w organizmie robaki, powodujące liczne bóle wewnętrzne, przede wszystkim przewodu pokarmowego, ale ich usunięcie było niemożliwe ze względu na to, że groziło śmiercią²⁵¹. Zresztą ten sam autor w innym artykule pisał: „Glisty może mieć i dorosły człowiek w żołądku. Skłonność do wymiotów u takiego chorego pochodzi stąd, że glisty do żołądka szczą”²⁵². Zgaga mogła być efektem spożywania złego jedzenia, ale również złego powietrza, zwłaszcza biorącego się od świń, które karmiono w tej samej izbie, gdzie jedli ludzie²⁵³. Wrzody na żołądku, jak twierdzą mieszkańcy Załęcza Wielkiego, powstawały ze „złej krwi”²⁵⁴. Jednak większość chorób i przypadłości układu pokarmowego miała swe przyczyny w nieprawidłowym odżywianiu się, przede wszystkim jedzeniu zimnego i nieświeżego pokarmu²⁵⁵. Natomiast biegunka, według mieszkańców nowosądeckiego,

²⁴³ J. Koczwarą, *Wierzenia ludowe w Małych Kończycach koło Zebrzydowic na Śląsku*, „Lud” 1911, t. 17, z. 1, s. 67.

²⁴⁴ W. Drozdowska, *Istoty demoniczne w Załęczu Wielkim*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1962, t. 4, s. 126.

²⁴⁵ B. Baranowski, *W kręgu upiorów i wilkołaków*, Łódź 1981, s. 92.

²⁴⁶ Talko-Hryncewicz, *op.cit.*, s. 23.

²⁴⁷ DWOK, t. 34, s. 203.

²⁴⁸ *Ziemia Biecka...*, s. 371.

²⁴⁹ *Ibidem*, s. 381.

²⁵⁰ Świętek, *op.cit.*, s. 82.

²⁵¹ M. Udziela, *Medycyna i przesądy...*, s. 92.

²⁵² M. Udziela, *Przyczynki do medycyny ludowej*, „Lud” 1905, t. 11, s. 396.

²⁵³ Werenko, *op.cit.*, s. 159.

²⁵⁴ Jastrzębski, *op.cit.*, s. 138.

²⁵⁵ J. Bejnarowicz, *Wiedza medyczna ludności wsi podhalańskiej*, [w:] *Badania socjologiczne w medycynie*, red. M. Sokołowska, Warszawa 1969, s. 259.

spowodowana była przeziębieniem, przeładowanym żołądkiem lub zjedzeniem czegoś niedobrego²⁵⁶.

Jeśli chodzi o choroby zakaźne znany był dyfteryt, dyzenteria, cholera, tyfus, febra, ospa, odra, suchoty i dżuma, określana mianem mór lub pomór. Dyfteryt spowodowany był złym powietrzem lub przeziębieniem, a dyzenteria brała się „z roboty”, od zjedzenia niedojrzałych owoców²⁵⁷, albo popicia jakiejś potrawy zimną wodą. Cholera powstawała z powietrza, nieczystości, traktowano ją jednak również jako „karę bożą”²⁵⁸. Mogła być także spowodowana małymi robaczkami, które „szły z powietrzem”²⁵⁹. Tyfusu można było nabawić się z powietrza, przeziębienia, „ze wszów”, oraz picia zimnej wody²⁶⁰. Ludność ziemi malborskiej uważała, że żółtaczką mogła powstać z przeziębienia lub „od silnego gniewu”²⁶¹. Podobnie mieszkańcy okolic Założęc (tarnopoloskie) twierdzili, że często na żółtaczkę chorowały osoby złośliwe, ponieważ choroba miała być efektem tego, iż żółć zalała tę osobę z gniewu²⁶². Żółtaczką powstawała także z zimnej wody, złego odżywiania się, z ciężkiej pracy, ale również z wysiłku, od którego „żółć się ulewa”, z zepsutej krwi, która „obraca się w wodę i nie może ogrzać człowieka”²⁶³, oraz mogła być efektem spojrzenia przez monstrancję. Kolberg podaje, iż jednym ze sposobów leczenia tej choroby było spojrzenie przez kościelną patenę, ponieważ wierzono, że kolor złoty przyniesie uleczenie²⁶⁴. Cytowane zaś informacje, jakie podaje Szychowska-Boebel pochodzą z badań terenowych przeprowadzonych w latach 1966–1969 na Kujawach, można więc domniemywać, że nastąpiło swoiste przesunięcie informacji, czy też ich pomieszenie. W wierzeniach pozostał jedynie kolor złoty i przedmiot kościelny, ale zmianie uległy jego podstawowe funkcje, ponieważ z leku stał się przyczyną choroby. Zresztą ta sama autorka podaje podobne informacje o sposobie leczenia, wymieniając przy tym przeglądanie się w patenie²⁶⁵.

Febra miała dwanaście postaci, wyobrażanych jako przystojne i młode siostry, które pojedynczo wybierały sobie na pewien czas siedlisko w organizmie ludzkim, przechodząc od człowieka do człowieka i żywiąc się jego sokami²⁶⁶. W pojęciu ludności wiejskiej okolic Chełmska spowodowana mogła być na przykład zbyt długim (aż do wschodu słońca) spaniem podczas trwania

²⁵⁶ *Ziemia Biecka...*, s. 371.

²⁵⁷ M. Udziela, *Medycyna i przesady...*, s. 164.

²⁵⁸ *Ziemia Biecka...*, s. 374.

²⁵⁹ Świętek, *op.cit.*, s. 81.

²⁶⁰ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 40.

²⁶¹ W. Łęga, *Ziemia malborska. Kultura ludowa*, Toruń 1933, s. 136.

²⁶² S. Spittal, *Lecznictwo ludowe w Założcach i okolicy*, Tarnopol 1938, s. 197.

²⁶³ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 40.

²⁶⁴ DWOK, t. 15, s. 157.

²⁶⁵ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 41.

²⁶⁶ Wereńko, *op.cit.*, s. 166.

źniw²⁶⁷, zaś według mieszkańców nowosądeckiego, przełknięciem, przeziębieniem albo „gdy coś wnętrza chyci”²⁶⁸. Febra, tak jak i odra, spowodowana była złym wpływem powietrza, ale mogła również powstać z chytrności²⁶⁹. Odra oprócz wspomnianych przyczyn powstawała z przełknięcia albo można się jej nabawić „ze środka”. Ludność wiejska zamieszkująca tereny Wielkiego Księstwa Poznańskiego twierdziła, iż suchoty powstawały jeśli dziewczyna opłakiwała jakiegoś zmarłego i jej łza upadła na niego²⁷⁰. Natomiast mieszkańcy Kujaw uważali, że suchoty mogły być efektem przeziębienia, złego odżywiania, zabrudzonych płuc oraz zmartwienia²⁷¹. Suchoty powstawały również przez połknięcie włosa lub sierści zwierzęcia, a także przez gnicie wątroby²⁷². Istota suchot wewnętrznych polegać miała na gniciu najpierw wątroby, a później płuc i serca²⁷³, ale było jeszcze kilka rodzajów suchot: gardłowe, ostre (galopowe) i przewlekłe²⁷⁴. Przyczyn suchot dopatrywano się więc we wszystkich możliwych aspektach, były dziedziczne, miały etiologię naturalistyczną (niedożywienie, ciężka praca), ale także spowodowane miały być „zadaniem” lub rzuceniem uroku przez inną osobę²⁷⁵.



11. Boginka – Placzka
(zamieniająca dziecko),
drzeworyt wg rysunku W. Gersona.
Źródło: „Kłosy” 1866, t. 2, nr 32, s. 376.

W przypadku chorób zakaźnych należy jeszcze wspomnieć o innej możliwości powstania choroby, a mianowicie o ich szerzenie podejrzewano istoty demoniczne, w tym demony powietrza, upiory, boginki – mamuny, południce i demony chorób

²⁶⁷ DWOK, t. 34, s. 204.

²⁶⁸ *Ziemia Biecka...*, s. 378.

²⁶⁹ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 41.

²⁷⁰ DWOK, t. 15, s. 154.

²⁷¹ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 44.

²⁷² A. Paluch, *Suchoty: przyczynek do ludowego pojęcia o chorobie, etiologii i terapii*, [w:] *Pożegnanie paradygmatu? Etnologia wobec współczesności*, red. W.J. Burszta, J. Damrosz, Warszawa 1994, s. 192–201; Z. Libera, *Mikrokosmos, makrokosmos...*, s. 109.

²⁷³ Wereńko, *op.cit.*, s. 148.

²⁷⁴ Paluch, *Suchoty: przyczynek do...*, s. 193.

²⁷⁵ *Ibidem*.

oraz diabły i czarownice²⁷⁶. Uważano również, że mogły one podmieniać zdrowe dzieci na własne – chore, tym często tłumaczono fakt, że dziecko jest zbyt płaczące (il. 11). Baranowski natomiast podaje przypadek z czasów panowania w całej Europie grypy „hiszpanki”, gdy w Radomsku zelżono starszą kobietę posądzaną o roznoszenie zarazy²⁷⁷.

Choroby skóry, w mniemaniu ludności wiejskiej, powstawały często z zepsutej lub ostrej krwi²⁷⁸, z przeziębienia, uczulenia, od chodzenia boso, z brudu, siadania na ziemi. Paruchy mogły być spowodowane tym, że nietoperz usiadł człowiekowi na głowie²⁷⁹, zaś krosty lub „ogniopiór”, według mieszkańców Załęcza Wielkiego, powstawały na skutek płucia do ognia²⁸⁰. Brodawki brały się „z wody, którą żaba wypłula”. Mieszkańcy Kujaw twierdzili, że wągrzy były efektem działalności robaczków, które mieściły się w każdym z nich²⁸¹. Świerzb, który według ludności wiejskiej, był przypadłością dotyczącą przede wszystkim Żydów²⁸², miał być spowodowany, produkowanym w czasie I wojny światowej niemieckim mydłem²⁸³. Róża w mniemaniu ludności ziemi malborskiej, powstawała z załęknięcia, silnego gniewu²⁸⁴, natomiast mieszkańcy nowosądeckiego uważali, że była efektem wiatru lub powietrza²⁸⁵. Róża mogła występować w dwóch rodzajach: „sucha”, a jeśli się ją zaziębi także „mokra”²⁸⁶. Mieszkańcy Kujaw twierdzili, że róża powstaje z krwi, od deszczowej wody, ale także z uroku²⁸⁷.

Jedną ze znanych na wsi chorób wenerycznych, oprócz „dworskiej niemocy” i kiły, była rzeżączka. Powstawała na skutek oddania moczu pod wiatr, spożycia nadmiernej ilości napojów alkoholowych²⁸⁸, lub jeśli przyśnił się komuś stosunek z kobietą albo, kiedy kobieta w trakcie stosunku przed wytryskiem wstrzymała oddech, co traktowano jako skuteczną metodę zapobiegającą poczęciu²⁸⁹. Stanisław Spittal cytuje przy tym dra L. Wacholza, specjalistę medycyny sądowej, który postawił teorię, że bardzo często ofiarami gwałtów w tamtym okresie padały dziewczęta „nietknięte” i kobiety ciężarne, ponieważ miał istnieć przesąd, że stosunek z nimi uwalnia zakażonego mężczyznę od choroby²⁹⁰.

²⁷⁶ Baranowski, *op.cit.*, s. 260.

²⁷⁷ *Ibidem*, s. 262.

²⁷⁸ Wereńko, *op.cit.*, s. 172.

²⁷⁹ *Ibidem*, s. 177.

²⁸⁰ Jastrzębski, *op.cit.*, s. 138.

²⁸¹ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 44.

²⁸² Wereńko, *op.cit.*, s. 175.

²⁸³ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 46.

²⁸⁴ Łęga, *op.cit.*, s. 136.

²⁸⁵ *Ziemia Biecka...*, s. 384.

²⁸⁶ *Ibidem*.

²⁸⁷ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 48.

²⁸⁸ M. Udziela, *Medycyna i przesady...*, s. 175.

²⁸⁹ Spittal, *op.cit.*, s. 201.

²⁹⁰ *Ibidem*.

Współcześnie do tego przesądu odwołał się popularny autor kryminałów Marek Krajewski, który w swej książce *W otchłani mroku*, opisuje powojenny Wrocław, gdzie dochodzi do okropnych zbrodni popełnionych na tle seksualnym, jak się końcowo okazuje właśnie w celu wyleczenia się z niewygodnej choroby.

W kategorii uszkodzeń i urazów ciała oprócz urazów o naturalistycznej etiologii, czyli wszelkiego typu złamań, zwichnięć i skręceń kończyn, można umieścić takie, jak np. uschnięcie ręki. Według mieszkańców przemyskiego ręką mogła uschnąć osobie, która próbował wydobyć korzenie bzu czarnego²⁹¹. Ludność wiejska wierzyła, że w korzeniu czarnego bzu „złe siedzi”, dlatego też bardzo często zakopywano tam odcięty kołtun. Mieszkańcy Brzozowej i Zakliczyna nad Dunajcem rozróżniali oparzenia ciała zwykłe, od ognia, oraz oparzenia „wiejscyczne”. „Wiejscyca” była to boginka lub mamuna, która podkradała się nocą do domu, gdzie leżała kobieta tuż po porodzie, aby „uodmienić” noworodka swoim gorącym oddechem²⁹². Oparzone w taki sposób części ciała puchły i czerwieniły się.

Reumatyzm, nazywany przez ludność wiejską zamieszkującą nowosądeckie suchym bólem, powstawał z przeciągu, przeziębienia, wilgotnego mieszkania²⁹³, ale mógł być także efektem podłożenia lub zadania²⁹⁴. Ludności wiejska zamieszkująca Kujawy twierdziła, że miał powstawać z przeziębienia, „jak się człowiek spocił i zawiął go wiatr to krew w nim zastygała”²⁹⁵. Reumatyzm jest przez niektórych autorów, m.in. przez Moszyńskiego, czy Bejnarowicza utożsamiany z gośćcem, zwanym też kołtunem wewnętrznym²⁹⁶.

Najczęstszą przyczyną chorób kobiecych, według społeczności wiejskiej, była macica. Powodowała ona liczne przypadłości, zwłaszcza kiedy przekreśliła się lub zmieniła swe położenie²⁹⁷. Niepłodność mogła być efektem tego, iż babka-akuszerka tuż po urodzeniu dziewczynki, związała jej pępek nicią z konopi²⁹⁸, albo „popsucia się”, czyli usunięcia ciąży²⁹⁹. Bardzo częstym tłumaczeniem niepłodności była „wola Boża” lub „dopust Boży”, wówczas oznaczało to, na przykład, że rodzice dziewczynki znęcali się nad zwierzętami i dlatego była ona „daremna”³⁰⁰. Inną przypadłością kobiecą były białe upławy,

²⁹¹ DWOK, t. 35, s. 235.

²⁹² Świętek, *op.cit.*, s. 84.

²⁹³ *Ziemia Biecka...*, s. 384.

²⁹⁴ Biegeleisen, *op.cit.*, s. 9.

²⁹⁵ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 65.

²⁹⁶ K. Moszyński, *Kultura ludowa Słowian*, t. 2, cz. 2, Warszawa 1967, s. 187; Bejnarowicz, *op.cit.*, s. 260.

²⁹⁷ Pełczyński, *op.cit.*, s. 165.

²⁹⁸ Świętek, *op.cit.*, s. 81.

²⁹⁹ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 170

³⁰⁰ R. Tomicki, *Religijność ludowa*, [w:] *Etnografia Polski. Przemiany kultury ludowej*, t. 2, red. M. Biernacka, M. Frankowska, W. Paprocka, Wrocław 1981, s. 42.

które powstawały, jeśli położna nie wysmarowała dobrze położnicy tuż po porodzie³⁰¹.

Ze względu na bardzo dużą umieralność niemowląt na wsi, okres tuż przed i po narodzinach dziecka obwarowany był licznymi zakazami, które miały zapewnić dziecku zdrowie. Ludność wiejska zamieszkująca tarnowsko-rzeszowskie twierdziła, że światło księżycy, które padło na małe dziecko mogło wywołać liczne choroby³⁰². Mieszkańcy Jagodnego w powiecie łukowskim uważali, że matka będąca jeszcze brzemienną nie mogła przekroczyć cienia krzyża przydrożnego, ponieważ mogło to spowodować zachorowanie dziecka na suchoty³⁰³. Natomiast w mniemaniu społeczności wiejskiej Wielkiego Księstwa Poznańskiego nie wolno było dziecku do pierwszego roku życia przegłądać się w lustrze „ażeby się uchowało”³⁰⁴. Znamiona u dzieci powstawały, kiedy matka w czasie ciąży czegoś się przelękała, (na przykład ognia) i dotknęła jakiegoś miejsca na swoim ciele, tam powstawała róża lub myszka. Dziecko mogło zostać mańkutom, jeśli matka nakarmiła je po raz pierwszy po urodzeniu z lewej piersi³⁰⁵, natomiast jeśli matka będąc brzemienną przyglądała się konającemu lub umarłemu, dziecko miało być blade i sine³⁰⁶. Jeśli dziecko rodziło się kaleką oznaczało to „karę bożą” za złe prowadzenie się matki³⁰⁷. Suchoty u dzieci powstawały „z zassania” lub „z tęsknoty za piersią”³⁰⁸; zabraniano dzieciom bawić się z kotami, ponieważ gdyby połknęły jego sierść mogły zachorować. Przyczyną suchot mogły być również małe robaczki umiejscowione pod skórą, które wysysały „wszystką wilgoć”³⁰⁹. Wszelkiego typu wyrzuty skórne powstające u dzieci uważano za pożyteczne, ponieważ miały być efektem pozbywania się z organizmu nadmiaru „humorów”, z kolei, gdy jedno dziecko pluło na drugie powstawały liszaje³¹⁰.

W tej kategorii chorób dziecięcych można wymienić krosty na języku tzw. żabę, która była spowodowana tym, że matka pluła na wodę w trakcie prania³¹¹. Żółtaczka u dzieci powstawała, gdy matka we śnie³¹² albo przed chrztem odwróciła się tyłem do swego dziecka³¹³. Nie wolno było wylewać

³⁰¹ Świętek, *op.cit.*, s. 81.

³⁰² DWOK, t. 48, s. 302.

³⁰³ Z. Wasilewski, *Jagodne. Zarys etnograficzny*, Warszawa 1889, s. 223.

³⁰⁴ DWOK, t. 15, s. 20.

³⁰⁵ Świętek, *op.cit.*, s. 83.

³⁰⁶ *Ibidem*, s. 80.

³⁰⁷ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 76.

³⁰⁸ Zieleniewski, *op.cit.*, s. 36.

³⁰⁹ R. Lilientalowa, *Dziecko żydowskie*, [w:] *Prace Komisji Etnograficznej PAU*, nr 3, Kraków 1927, s. 38.

³¹⁰ M. Udziela, *Wiek dziecięcy...*, s. 41–42.

³¹¹ *Ziemia Biecka...*, s. 370.

³¹² *Ibidem*, s. 371.

³¹³ Jastrzębski, *op.cit.*, s. 140.

wody z dziecka kąpeli, w miejsce gdzie chodziły świnie, psy lub koty, ponieważ dziecko mogło dostać „ciągotów”³¹⁴. Jeśli matka w trakcie ciąży nie spełniła jakiejś swojej zachcianki, na przykład nie zjadła ryby, dziecko miało urodzić się z rybią łuską³¹⁵. Chorobą zakaźną wieku dziecięcego jest koklusz, o którym sądzono, że spowodowany był szkodliwą działalnością planet, a roznosić miał się przez wiatr³¹⁶. Ślinotok u dzieci mógł być spowodowany przez glisty, które „pchają się” do gardła³¹⁷, natomiast przepuklina pochodziła od nadmiernego krzyku³¹⁸. Ludność nowosądeckiego uważała, że biegunka u dzieci powstawała z przeziębienia, z „przechynienia” albo gdy matka zjadła lub wypiała coś niezdrowego³¹⁹. Konwulsje u dziecka spowodowane były bólem głowy, utrudnionym żabkowaniem albo przez obecne w przewodzie pokarmowym robaki³²⁰.

Choroby umysłowe traktowano najczęściej jako przekleństwo, karę Bożą³²¹, efekt czarów³²², lub wstąpienia złego ducha w ciało człowieka, najczęściej przez usta lub nos³²³. Uważano, iż można oszaleć wskutek przebywania z demonami, słuchania ich śpiewu lub muzyki³²⁴. Twierdzono również, że ojcowie dzieci chorych umysłowo byli alkoholikami, i w związku z tym o osobie chorej mówiono, iż „miała słabą głowę”³²⁵, co w dzisiejszym potocznym znaczeniu opisuje osobę, która nie może spożywać zbyt dużej ilości napojów alkoholowych. Choroby umysłowe powstały przez przypadek, najczęściej w efekcie przełknięcia, zmartwienia, upadku na głowę albo z nadmiernego wysiłku³²⁶.

Jak już zostało wspomniane, klasyfikacja chorób ludowych nie zawsze jest zbieżna z ogólnie przyjętą klasyfikacją medycyny akademickiej. W medycynie ludowej wymienić bowiem można wiele chorób, których nie da się umieścić w schemacie powyżej cytowanym. Należą do nich m.in. kołtun, rak, padaczka, apopleksja, klin, „hryż”, konwulsje, postrzał i wiele innych przypadłości. Spowodowane jest to różnymi przyczynami, na przykład padaczka, o której obecnie wiemy, iż jest chorobą neurologiczną, nie była w kulturze typu ludowego kojarzona z chorobą głowy.

³¹⁴ *Ibidem*, s. 139.

³¹⁵ *Ibidem*.

³¹⁶ Wereńko, *op.cit.*, s. 148.

³¹⁷ M. Udziela, *Przyczynki...*, s. 396.

³¹⁸ M. Udziela, *Medycyna i przesądy...*, s. 236.

³¹⁹ *Ziemia Biecka...*, s. 366.

³²⁰ M. Udziela, *Medycyna i przesądy...*, s. 89.

³²¹ *Ibidem*, s. 113.

³²² Wereńko, *op.cit.*, s. 142.

³²³ Biegeleisen, *op.cit.*, s. 5.

³²⁴ Moszyński, *op.cit.*, s. 193.

³²⁵ Bejnarowicz, *op.cit.*, s. 257.

³²⁶ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 21.

Uważano, że padaczka, określana mianem wielkiej choroby, czy też wielkiej niemocy, pochodziła z natury rodziców, czyli była efektem ich wcześniejszych działań³²⁷, co w konsekwencji prowadziło do stwierdzenia, że padaczka jest karą Bożą. Mieszkańcy ziemi malborskiej uważali, że padaczka była efektem „załęknienia” spowodowanym przez nagłe obudzenie lub krzyknienie na dziecko³²⁸, zaś Kujawiacy prócz „przełknięcia”, upatrywali także przyczyn wielkiej choroby w biedzie, żalu, czy na przykład uderzeniu w głowę³²⁹. Natomiast apopleksja w ich pojęciu powstawała z tego, że „człowiek ma zadość krwi w głowie”³³⁰.

Jedną z nazw regionalnych przepukliny był „hryż”, traktowany jak istota żyjąca, która mogła obrać sobie siedlisko w różnych częściach ciała, a usiłując się wydostać na powierzchnię gryzła powodując okropne bóle³³¹. Bardzo podobny w swych objawach był „klin”, tyle że mógł on wędrować po całym ciele, a na powierzchni skóry objawiał się jako guz³³². Przepuklina dla mieszkańców Kujaw była bezpośrednim efektem pęknięcia błony w brzuchu i wychodzenia kiszki, powstałego na skutek przesilenia, dźwigania ciężarów, niefortunnego skoku lub stąpnienia³³³.

Wśród chorób nieklasyfikowalnych można wymienić kołtuna, o którym po raz pierwszy wspomina w 1679 r. głogowski położnik J.C. Ettner. Kołtun występuje w jego pracy pod nazwą „weichselzopf” – warkocz znad Wisły, a notatka autora odnosi się jedynie do ludności polskiej. Nazwa ta przetrwała, do 1971 r., kiedy wydano leksykon Meyera, a w nawiasie pojawia się hasło „plica polonica”³³⁴. Kołtun powstawał, z „ociotowania”, czyli na skutek działalności „cioty”, jak nazywano czasem czarownice, z „zadania”, poprzez podłożenie, od ciężkiej pracy, z przeziębienia, ze złej krwi, z oberwania, z nerwów, ze zmartwienia i po jakiejś innej chorobie. Podłożenie polegało na tym, iż zabierano włosy z chorego, okręcano je szmatą i kładziono pod próg domu osoby, która miała zachorować. Z reguły, kto pierwszy przekroczył próg dostał kołtuna. Wyróżniano kołtun zewnętrzny i wewnętrzny albo „fałszywy” z niedbalstwa i „prawdziwy”, a w rzeczywistości kołtun uważny był za przyczynę licznych chorób. Jak pisał L. Perzyna w *Lekarzu dla włościan*:

...jest rzeczą pewną, że kołtun prawdziwy dopóki się przykro głowy trzyma, do poty utrzymywanym bydyń nie powinien, który czyli rozczesywanem, czyli

³²⁷ J.P. Dekowski, *Wielka choroba*, „Prace i materiały etnograficzne” 1947, t. 6, s. 303 (z rękopisu z drugiej poł. XVIII w.).

³²⁸ Łęga, *op.cit.*, s. 138.

³²⁹ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 20.

³³⁰ *Ibidem*.

³³¹ Wereńko, *op.cit.*, s. 191.

³³² *Ibidem*, s. 193.

³³³ Szychowska-Boebel, *op.cit.*, s. 63.

³³⁴ D. Łukasiewicz, *Niemieckie psy i polskie świnie oraz inne eseje z historii kultury*, Gdynia 1997, s. 165.

też usunięciem, gdyby miał być rozdrażniony, w którą część ciała humor jego ostry osunie się, w tej na przykład w głowie, nieznośnego bólu, a częstokroć długiego, bywa przyczyną, jeżeli w oczy, to wzrok przytępi, na jasność patrzyć nie da, oczy zaczerwieni i lipkością zaleje, pali, rwie i łupa, albo oddech tamuje i ciężkim go czyni, serce ściska, tęsknoty sprawia, strawności przeszkadza, nudy wznieca, rznięcia, morzyska, pełności i wiatry wzbudza...³³⁵.

Kołtun mógł także powstawać z niespełnienia zachcianek, ponieważ uważano go za istotę niezaspokojoną w „swych poządliwościach”³³⁶. Wewnętrzny kołtun nazywany także gościem powodował liczne schorzenia i choroby wszystkich układów anatomicznych człowieka. Gościem można się było zarazić przez przebywanie z „gościewatym” lub zapatrzenie się na niego, ale również, jeśli ktoś się czegoś wystraszył mógł zachorować³³⁷. Każda choroba, w przekonaniu ludności wiejskiej brała się stąd, że człowiek „gościca w sobie sprzeciwił”, czyli doprowadził do złości demona lub złego ducha, który w nim zamieszkał³³⁸. Gościec miał wiele różnych odmian; traktowano go, podobnie jak inne choroby, jako odrębną istotę, ale sam nigdy się nie uaktywniał. Spowodować go mogła osoba trzecia, mógł powstać przez urok, „zadanie” lub „podłożenie”³³⁹, ale mógł być również efektem zjedzenia pokarmu, którego gościec nie lubi, czy też przekroczenia bądź odnalezienia ściętego i porzuconego kołtuna³⁴⁰. Rozwój choroby, na przykład kołtuna zewnętrznego, mógł więc przebiegać w prosty sposób. Najpierw człowiek zjadał pokarm, który nie podobał się gościcowi, ten okazując swoje niezadowolenie „wzruszał się” po całym organizmie, aż w końcu na skutek starań znachora, wychodził na głowie w postaci zwiniętych w kłęb włosów, czyli rzeczzonego kołtuna zewnętrznego. Trzeba podkreślić, że kołtun był traktowany zarówno jako przyczyna choroby, jak i stanowił często jedną z form kuracji; tak więc był przyczyną bólów w organizmie, ale jednocześnie tylko poprzez wyhodowanie go na głowie można było się wyleczyć.

Do tej kategorii chorób można zaliczyć także raka, który w mniemaniu mieszkańców okolic Zakliczyna spowodowany był ukąszeniem muchy, siedzącej i pasącej się wcześniej na zdechłym raku³⁴¹. Uważano raka za chorobę zaraźliwą, ale jako jej przyczynę wymieniano także mechaniczny uraz powodujący wewnętrzny wylew krwi. Kiedy krew się psuła, miał powstawać rak.

³³⁵ Cyt. za: Z. Kuchowicz, *Leki i gusła dawnej wsi*, Warszawa 1954, s. 57.

³³⁶ J. Świętek, *Z nad Wisłoka*, „Lud” 1902, t. 8, s. 354.

³³⁷ *Ziemia Biecka...*, s. 380.

³³⁸ DWOK, t. 45, s. 504.

³³⁹ Z. Libera, A. Paluch, *Ethnomedicine and the plica*, [w:] *Poland at the 12th Congress of Anthropological and Ethnological Sciences*, red. S. Szynekiewicz, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Lódź 1988, s. 154.

³⁴⁰ A. Paluch, *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*, Wrocław 1995, s. 34.

³⁴¹ Świętek, *Brzozowa i okolice...*, s. 85.

Powodem zachorowania na raka mogło być odbicie nerki i jej wtórne „gnicie”. Ludność wiejska wierzyła, że rak występował w dwóch postaciach: „samca” i „samicy”, z których gorsza była samica, ponieważ rozmnażała się i powodowała przerzuty, które zatruwały żyły³⁴².

Postrzał, czyli w mniemaniu ludności wiejskiej zamieszkującej sieradzkie, choroba w trakcie której kości z rany wychodziły³⁴³, był „paprochem”, który wiatr przypędził. Było dziewięć rodzajów postrzału, każdy wymagał odrębnego leczenia³⁴⁴.

Wszystkie przyczyny chorób w kulturze ludowej mają jakieś swoje mityczne odniesienie, tyle że nie każde będziemy w stanie współcześnie zanalizować. Pozostały one bowiem jako pewnego rodzaju relikty, które funkcjonują bez swojej kulturowej nadbudowy, nie istnieje już przecież kultura typu ludowego. A właśnie takimi relikdami zajmuje się historia mentalności, próbując poprzez odnalezienie ich dawnego znaczenia odkryć obraz świata charakterystyczny dla ludzi konkretnej epoki.

3. PERSONIFIKACJE CHORÓB

Aby osłabić w pewien sposób niszczycielską moc choroby zaczęto ją personifikować, ale jak twierdzą niektórzy autorzy opracowań etnologicznych z zakresu medycyny ludowej, często personifikowano demony chorób, czyli rzeczywiście ich przyczyny.

Istnieje jedno zasadnicze rozróżnienie między poszczególnymi wyobrażeniami: jedne są przedstawieniami określonych chorób (np. cholera), a inne przedstawiają przyczyny choroby (np. zmora). Najbardziej spektakularne są przedstawienia zarazy wynikające z panicznego lęku, jaki wzbudzała u ludzi. Przede wszystkim chodzi o dżumę, określaną często w kulturze ludowej jako morowe powietrze i o pojawiającą się w Polsce od 1831 r. cholereę. W wyobraźni ludowej często stanowiły one jedność, ponieważ rzadko, kiedy wskazywano na różnice pomiędzy nimi. Najbardziej znany jest wizerunek wysokiej, bladej i chudej kobiety, ubranej w wielką pobrudzoną płachtę, trzymającej w dłoni zakrwawioną chustkę³⁴⁵. Są oczywiście pewne różnice pomiędzy poszczególnymi przedstawieniami, ale zasadniczo była to właśnie postać kobiety lub dziewczyny, która mogła mieć czerwone korale, rumieńce na twarzy, rozczochrane włosy. Poruszała się pieszo, na skrzydłach nie-

³⁴² Bejnarowicz, *op.cit.*, s. 260.

³⁴³ DWOK, t. 46, s. 469.

³⁴⁴ Jastrzębski, *op.cit.*, s. 138.

³⁴⁵ S. Jastrzębowski, *Postać cholery w fantazyi ludowej*, „Tygodnik Ilustrowany” (Warszawa), 10.09.1892, t. 6, nr 141, s. 163.

topeza³⁴⁶ lub na wysokim wozie o dwóch kołach (il. 14). Objeżdżała wsie, a gdy stawała przed jakimś domem, zadawała pytanie, „Co robicie?”. Jeśli odpowiadano „Boga chwalimy”, mówiła „Chwalcież go na wieki” i odjeżdżała, a jeśli słyszała „Śpimy” mówiła „Śpijcież na wieki” i wszyscy w tym domu umierali³⁴⁷. Kobieta wyobrażająca cholere lub morowe powietrze uśmiercała także płacząc (gdzie dochodził jej płacz, ludzie umierali)³⁴⁸ albo powiewając płachtą³⁴⁹. Taki właśnie wizerunek wykorzystał w „Konradzie Wallenrodzie” Adam Mickiewicz:

Nieraz na pustych smętarzach i błoniach
Staje widmowie morowa dziewica
W białiznie, z wiankiem ognistym na skroniach.
Czołem przenosi białowieskie drzewa,
A w ręku chustką skrwawioną powiewa.
Strażnicy zamków oczy pod hełm kryją,
A psy wieśniaków zarywszy pysk w ziemi
Kopią, śmierć wietrzą i okropnie wyją.
Dziewica stąpa kroki złowieszczemi
Na sioła, zamki i bogate miasta,
A ile razy krwawą chustą skinie
Tyle pałaców zmienia się w pustynię,
Gdzie nogą stąpi, świeży grób wyrasta³⁵⁰.

Mickiewicz opisał osobę „morowej dziewicy” (il. 12) zgodnie z ludowym wyobrażeniem tej postaci, inaczej zaś postąpiła Eliza Orzeszkowa wkładając w usta swej bohaterki słowa:

...leciałam co tchu, wprost przez pole, które wtedy wygórem stało, przez puste zagony... Co dam krok to półtora zagona przesadzę... Wprost jakbym nad ziemią leciała... A miałam na sobie zieloną suknię... jeszcze wtedy kolorowe suknie nosiłam... Kapelusz taki, ot słomkowy zdjęłam i dla ochłody machałam nim sobie przed twarzą... Uf! nie mogę...

Cholera wtedy grasowała po świecie; w naszych stronach jej jeszcze nie było, ale ludzie lękali się, aby nie przyszła... Otóż, kiedy mię chłopci wracający z kościoła zobaczyli tak lecącą polem, jak narobią krzyku, płaczu... Jedni zaczęli uciekać i biec tak prędko, jakby ich diabeł gonił, drudzy popadali pośród dróg na kolana i nuż żegnać się, czołem bić o ziemię, pacierze głośno mówić... „Cholera! – krzyczą – ot i już bieży nam na zgubienie!” „Ale! – odpowiadają

³⁴⁶ Baranowski, *op.cit.*, s. 265.

³⁴⁷ Zieleniewski, *op.cit.*, s. 65.

³⁴⁸ Talko-Hryniewicz, *op.cit.*, s. 22.

³⁴⁹ S. Udziela, *Cholera w pojęciach...*, s. 2.

³⁵⁰ A. Mickiewicz, *Konrad Wallenrod*, Warszawa 1980, s. 39 (I wyd. 1828 r.).

drudzy – już to nie co innego! Cholera i koniec! Wielka taka, że głową nieba dostaje, w zielonej sukni i złotą łopatą macha³⁵¹.

Cholereę wyobrażano sobie również jako białego psa, z którego, tam gdzie zdechnie, rozwija się choroba, nagiego człowieka³⁵² lub konkretną rzecz, np. szmatę, korale, słomę³⁵³.

Dzumę uosabiała również wysoka kobieca postać, cała ubrana w biel, z rozczochranymi włosami³⁵⁴, a co istotne, podobne wyobrażenie funkcjonowało także w innych krajach Europy. W Polsce dzuma od cholery odróżniała się posiadaniem homenu (il. 13). Był to orszak złożony z dziwacznych mar, które otaczały czarny i wyniosły wóz, jakim jeździła dzuma³⁵⁵, a im dalej grupa ta podążała, tym szybciej powiększało się grono straszliwych widm. Jest to wizerunek znany w Polsce podobno już w XVII w., o czym wspomina na przykład Kubala w *Szkicach historycznych*, opisując morową dziewicę i pochod śmierci, czyli homen. W odróżnieniu od wcześniej wspomnianego homenu, tutaj główną postacią orszaku była właśnie śmierć, nie dzuma³⁵⁶. W Norwegii demon dzumy to długowłosa kobieta, trzymająca w dłoni księgę z białymi i czarnymi kartkami, gdzie zapisane były imiona tych, którzy mieli umrzeć. Ludzie umierali, kiedy dzuma zaczynała przeglądać księgę. Natomiast u Łotyszy dzumę uosabia postać w bieli, męczyzna lub kobieta, także z księgą w ręku, w której miały być zapisane imiona ofiar. Haavio uważa jednak, że postacie te tak naprawdę wyobrażają św. Gertrudę Wielką, pierwszą świętą, którą w tych krajach błagano o pomoc przeciw szalejącej zarazie³⁵⁷.

Kolejnymi chorobami, które można zaliczyć w poczet epidemii, są tyfus i hiszpanka, zbierające równie obfite żniwo jak cholera i mór. Tyfus mieszkańcy wsi Lipnik wyobrażali sobie jako demona przebywającego pod piecem³⁵⁸, ale przybierał również postać „wysokiego, chudego starca, o czerwonej, rozognionej twarzy i pozornie błędnych oczach, ubranego w czarny garnitur typu miejskiego, w białą koszulę i czerwony krawat”³⁵⁹. Zarażał wówczas, gdy na kogoś spojrział. „Hiszpanka” natomiast ukazywała się pod różnymi postaciami: chudej i bardzo brzydkiej młodej dziewczyny, z włosami podobnymi do lnu oraz czerwonymi oczami, starej baby z zapadłą twarzą i czarnymi zębami lub olbrzymiej wrony³⁶⁰.

³⁵¹ E. Orzeszkowa, *Nad Niemnem*, Warszawa 1983, s. 10 (I wyd. 1888 r.).

³⁵² Jastrzębowski, *op.cit.*, s. 164.

³⁵³ Spittal, *op.cit.*, s. 192.

³⁵⁴ K.W. Wójcicki, *Klechy, Starożytne podania i powieści ludowe*, Warszawa 1876, s. 134.

³⁵⁵ *Ibidem*, s. 79.

³⁵⁶ L. Kubala, *Szkice historyczne*, t. 2, Kraków 1901, s. 162.

³⁵⁷ M.H. Haavio, *Mitologia fińska*, tłum. J. Litwiniuk, Warszawa 1979, s. 513–514.

³⁵⁸ Biegeleisen, *op.cit.*, s. 6.

³⁵⁹ Baranowski, *op.cit.*, s. 264.

³⁶⁰ *Ibidem*.

Odrębną kategorię stanowiły dziecięce choroby zakaźne. Najbardziej znane były postacie Kani i Echa, zwanego także Cichą. Kania pływała na mglistym obłoku i wyszukiwała grono dzieci bawiących się samotnie bez opieki, przy których się zatrzymywała. Wabiła je uśmiechem, serdecznością i łaćkami, tuliła do siebie jak najtroskliwsza matka, a na koniec sadzała na obłoku i unosiła ze sobą³⁶¹. Postać Cichej (il. 15), znalazła swoje miejsce w poezji Franciszka Morawskiego, który poświęcił jej cały wiersz:

Mówią, że gdzieś chodzi w świecie,
Jakieś dziwne, ciche dziecię;
Dziewczyneczka to jest mała,
Twarz jej śniada, suknia biała,
Wzrok ma dziwny i uroczy,
Jakieś martwe, trupie oczy.
W polne maczki się przybiera,
Po cmentarzach kostki zbiera,
Krwawą chustę głowę słoni,
Czarny pręcik trzyma w dłoni,
A gdzie idzie tam jej ramie
Wszystkie kwiatki niszczy, łamie;
A gdzie przejdzie, tam i wiosnie
Trawka nawet nie porośnie.
Próżno człek ją pyta, bada,
Sama tylko z sobą gada,
Jakieś straszne, dzikie słowa,
Których ludzka nie zna mowa.
Raz ją chłopak jakiś trącił,
Zaraz mu się mózg pomącił,
Ręka w krótkiej uschła porze,
I powiesił się gdzieś w borze.
Tak po świecie, jak po grobie,
Drobna mara chodzi sobie;
Słucha miłych sobie dźwięków,
Pogrzebnego dzwonu jęków;
A po miejscach, co przemija,
Cień jej krwawo się odbija.
I nikt nie wie, skąd przybywa,
Patrząc na nią dreszcz przeszywa.
Zimno grobów od niej leci,
Mówią, że to – mór na dzieci!³⁶².

³⁶¹ K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie*, „Tygodnik Ilustrowany” 1868, t. 1, nr 9, s. 135.

³⁶² F. Morawski, *Pisma Franciszka Morawskiego*, t. 1, *Poezye*, Wrocław 1841, s. 147–148.



12. *Morowa dziewczica*, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie*,
„Tygodnik Ilustrowany” 1868, t. 1, nr 9, s. 111.



13. *Orszak Dżumy, homen*, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie...*, s. 134.



14. Morowa zaraza, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie...*, s. 110.



15. Wizerunek Cichej, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie...*, s. 135.



16. Wyobrażenie moru, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie...*, s. 134.



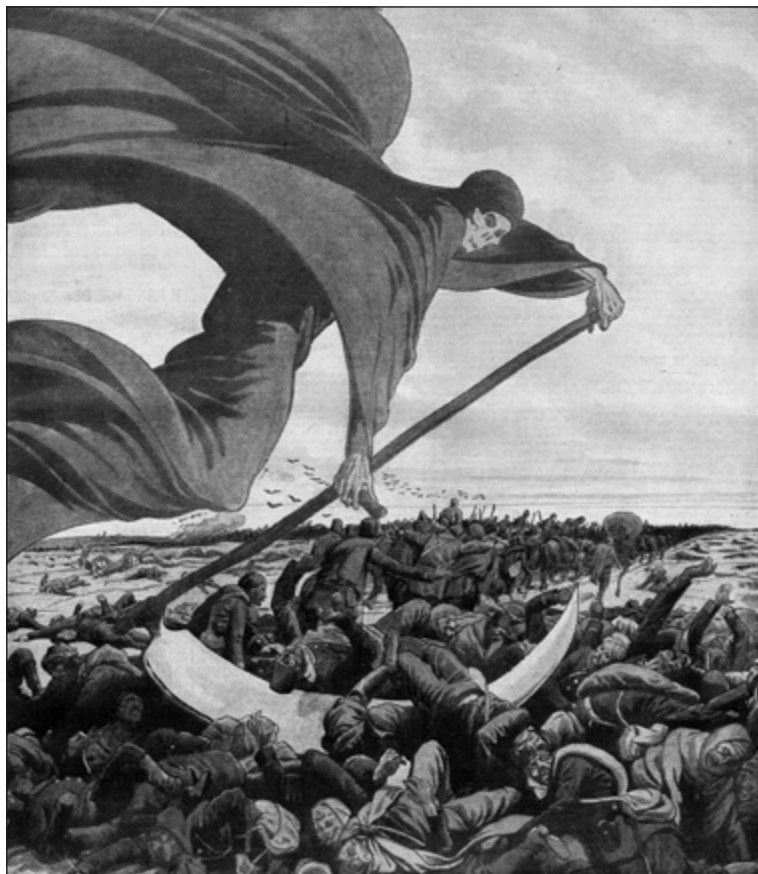
17. Wizerunek Dżumy, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie...*, s. 135.



18. Szlachcic odcinający dłoń dziewczycy morowej, rys. Juliusz Kossak.
Źródło: K.W. Wójcicki, *Podania o morowej zarazie...*, s. 110.



19. Wyobrażenie cholery z pocz. XX w.
Źródło: Wikimedia Commons, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Illustration_representing_cholera._Wellcome_M0001073.jpg (Creative Commons Attribution 4.0 International).



20. Cholera zbierająca swoje mordercze żniwo na ilustracji z 1912 r.
Źródło: Wikimedia Commons, <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Cholera.jpg> (domena publiczna).

Specyficzny jest tutaj motyw „współpracy” Cichej i Kani, bo według Wójcickiego „dziewczyna wybija dziatwę czarnym prętem, a Kania pozostałe przy życiu, porywa w swój obłok”³⁶³.

Do drugiej kategorii, czyli wyobrażeń przyczyn choroby, należą m.in.: zmora, macica, krasnoludki, gościec i suchoty.

Zmora powodowała u człowieka duszności, bóle w klatce piersiowej, choroby serca, a czasem nawet śmierć. Wyróżniano dwa rodzaje zmór, jedne dręczyły ludzi, a drugie tylko zwierzęta. Mimo swej wielkości potrafiła się prześliznąć nawet przez dziurkę od klucza i jak pisał Zieleniewski: „jako kot włazi na uśpionego i na wznak leżącego, powoli od nóg ku sercu się posuwa, a tu zaszedłszy, pozostaje i tak silnie tego miejsca się czepia, iż znaki od pazurów na boku przy sercu widzieć się dają”³⁶⁴. Często ślady po ukąszeniu pluskiew lub innych insektów, których przecież w chałupach wiejskich nigdy nie brakowało, traktowane były jako przejaw nocnej działalności zmory. Jeśli ataki zmory powtarzały się, co noc, chory stawał się apatyczny i blady, stąd właśnie Zieleniewski wywodzi etiologię powiedzenia „blady jak zmora”³⁶⁵, które dzisiaj jest rzadko spotykane, zastąpiło je, bowiem określenie blady jak ściana. Zmora przybierała różne postacie, wyobrażano ją sobie jako piękną i smagłą Cygankę, rosłego wzrostu i o rozwiniętej kibici³⁶⁶, jako kota, łasicę, żabę, mysz, szczura, rybę, słomę, nitki, lub igły³⁶⁷.

Krasnoludki w wierzeniach polskiej ludności zamieszkałej Mazury Pruskie były powodem licznych chorób wewnętrznych, zwłaszcza bólów żołądka i trzewi. Postać krasnoludka, to nie najbardziej chyba znany, mały, sympatyczny ludzik z brodą do pasa, ubrany na kolorowo, ale drobne, czerwone lub czerwono-czarno-zielone robaczki. Powodowały one dotkliwe bóle i ściskanie w trzewiach, a słyszalne były po naciśnięciu skóry, wydawały wtedy odgłos podobny do skrzeczenia żaby³⁶⁸.

Powodem podobnego rodzaju dolegliwości, jak w przypadku krasnoludków, było posiadanie macicy, a tak się składa, że posiadał ją, według ludowych wierzeń, każdy człowiek, zarówno kobieta, jak i mężczyzna³⁶⁹. Mimo dużych problemów z macicą nie można było się jej pozbyć, ponieważ jej utrata groziła śmiercią³⁷⁰. Wyobrażano ją sobie jako dużego robaka o okrągłym tułowiu, posiadającego niezliczoną ilość nóg z ostrymi pazurami. Zazwyczaj znajdował się on w okolicy pępka, ale gdy tylko został podrażniony szczypał

³⁶³ Wójcicki, *Podania o morowej...*, s. 135.

³⁶⁴ Zieleniewsk, *op.cit.*, s. 52.

³⁶⁵ *Ibidem*.

³⁶⁶ Koczwarą, *op.cit.*, s. 67.

³⁶⁷ Baranowski, *op.cit.*, s. 70.

³⁶⁸ DWOK, t. 40, s. 60.

³⁶⁹ *Ziemia Biecka...*, s. 375.

³⁷⁰ DWOK, t. 40, s. 68.

i szarpał wnętrzości człowieka powodując przy tym okropne boleści³⁷¹. Ludność ziemi malborskiej sądziła, iż macica wędruje w ciele ludzkim, jak zwierzątko w rodzaju żaby, powodując przy tym krwawienia, kurcze żołądka i serca, astmę oraz migrenę³⁷².

Kolejną istotą powodującą choroby, i to zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne, był gościec zwany też kołtunem wewnętrznym. Wierzono, że był odrębną osobą, która wchodziła w ciało człowieka i dręczyła je dopóki się go nie pozbyto. Gościec dzielono na męskie i żeńskie, wewnętrzne i zewnętrzne oraz na łagodne i „przeciwnie”, które powodowały najgorsze dolegliwości³⁷³. Uważano także, że jest gościec „dziewianciorny”, bo ma w sobie dziewięć chorób, a przy tym kłuje, boli, powoduje garby na plecach, splata włosy i wypycha oczy³⁷⁴. Można by rzec, że obecność gościca w organizmie powoduje wszystkie choroby, co zresztą było bardzo przydatnym wytłumaczeniem dla tak licznych znachorów i guślarzy. Suchoty przybierały postać maleńkich istot o ludzkich kształtach, które złośliwie wyniszczały organizm człowieka³⁷⁵.

Choroba była istotą, wrogiem nasłanym z zewnątrz, czasem widzialną, a czasem niewidzialną postacią o potężnej sile, która niszczyła człowieka od wewnątrz. Ponieważ była indywidualną osobą, w trakcie podejmowania leczenia, nigdy nie leczono pacjenta, ale właśnie chorobę. Oprócz ludzkiej postaci, choroba przybierała też ludzkie cechy, zwłaszcza wady. Była więc podstępna, chytra, niechętna człowiekowi, nieubłagana i Nielitościwa, ale ze strachu przemawiano do niej z szacunkiem tytułując „pan”, „pani” i mówiąc „z przeproszeniem”. Szacunek ten wypływał jednakże z obawy przed nią, a także z faktu, iż choroba stojąca w opozycji do zdrowia, należała do kategorii *profanum* wraz ze złem, nieczystością, grzechem i brudem. O chorobie nie należało nigdy wspominać, wypowiadać jej nazwy, aby nie sprowadzić jej na siebie. Nieustannie więc szukano nowych słów, które pozwalały w sposób aluzyjny wspominać o niej³⁷⁶. W momencie jednak, kiedy choroba zaatakowała, stawała się „swoja”, należało więc stosować określone zabiegi, aby zechciała opuścić ciało pacjenta³⁷⁷. Błagalny ton, a także wspomniany wyżej sposób leczenia choroby nie pacjenta, najbardziej widoczny jest w tekstach zamawiania choroby, kiedy znachor, zwracając się bezpośrednio do konkretnej choroby, przez użycie miłych i grzecznych słów próbował ją zjednać:

³⁷¹ Poniatowski, *op.cit.*, s. 297.

³⁷² Łęga, *op.cit.*, s. 137.

³⁷³ DWOK, t. 48, s. 291.

³⁷⁴ Bejnarowicz, *op.cit.*, s. 261.

³⁷⁵ B. Baranowski, *Kultura ludowa XVII i XVIII wieku na ziemiach Polski środkowej*, Łódź 1971, s. 218.

³⁷⁶ R. Caillois, *Człowiek i sacrum*, tłum. E. Burska, A. Tatarkiewicz, Warszawa 1995, s. 45.

³⁷⁷ Z. Libera, *Medycyna ludowa*, Wrocław 1995, s. 114.

O **mój bólu**, o mój piękny, mój najpiękniejszy, mój najśliczniejszy
proszę cię imieniem Panny Marii,
proszę cię imieniem Krystusa, Ducha Świętego, Świętej
Trójcy nierozdzielnej ze wszystkimi świętymi,
żeliś ból kołtunowy, zastrzałowy albo różowy,
upatrz se miejsce na Szklanej Górze, na Perzowej Górze
i na Włoszczowej Górze.
Jak się wanielija(ewangelia) rozchodzi po kościołach,
tak się i ty, bólu, rozeiść(rozejdź) po gałęziach,
po tarninach, po kamieniach, po korzeniach.
Wyjdź z ciała i kości
Proszę cię do Boskiej miłości³⁷⁸.

Albo

Postrzale

Postrzale mój kochany
Proszę cię
Nie rób w moim ciele rany!
Proszę cię
Na ranie miłości!
Opuść wszystkie żyły,
Członki
I kości³⁷⁹.

Cechą charakterystyczną większości wyobrażeń choroby jest to, że przedstawiają one postać kobiecą. Chorobę można kojarzyć z kobietą, co w ujęciu proponowanym przez strukturalistów oznacza, że będą one miały wspólną, przeciwległą sacrum, pozycję w ciągu opozycji kształtujących kulturę. Kobietę podobnie jak chorobę stawiano po lewej stronie, a sytuację taką pogłębiła jeszcze legenda o powstaniu pierwszej kobiety z Adamowego żebra – oczywiście lewego. Wszystko, co zrodzone jest po lewej stronie utożsamiane jest z nieczystością, zmazą, oznaką nieczystego³⁸⁰.

Podsumowując można stwierdzić, że wszelkie powstałe w kulturze ludowej wyobrażenia chorób wynikały z dążenia do zmniejszenia strachu przed nimi. Powstały dwa typy personifikacji: choroby oraz jej przyczyny. Traktowano chorobę jako osobę posiadającą określone cechy ludzkiego charakteru. Starano się przemawiać do niej z szacunkiem, aby się nie obraziła i nie zaatakowała nikogo.

³⁷⁸ S. Czernik, *Trzy zorze dziewicze. Wśród zamawiań i zaklęć*, Łódź 1968, s. 83.

³⁷⁹ Paluch, *Etnologiczny atlas...*, s. 87.

³⁸⁰ Caillois, *op.cit.*, s. 47.

4. OBRAZ LEKARZA I ZNACHORA ORAZ JEGO WPŁYW NA POJMOWANIE CHOROBY

Sposób, w jaki traktowano znachorów i różnego typu lekarzy wiejskich, jak również lekarzy o wykształceniu akademickim, wywarł ogromny wpływ na postrzeganie choroby przez ludność wiejską, przyczyniając się do jej mityzowania. W przypadku praktyk stosowanych w medycynie ludowej, prócz diagnozy i leku, ważne było również zachowanie się znachora, jego sposób podejścia do choroby, gdzie podstawę stanowiło przeświadczenie o istnieniu choroby jako formy antropomorficznej. Ogromny wpływ na postrzeganie znachora, co za tym idzie choroby, miał sposób pozyskiwania leków, np. ziół, które zbierały najczęściej kobiety w określonym czasie i miejscu³⁸¹, jak również rytualne formuły zamawiań, które towarzyszyły praktykom leczniczym³⁸². Trzeba również brać pod uwagę kwestię przepływu pewnych teorii z miasta do wsi, co na pewno miało wpływ na zmiany w obrębie tychże. Opisana wcześniej teoria soków jest przeciw funkcjonującą od starożytności teorią medycyny akademickiej, należy jednak przypuszczać, że forma, w jakiej przedstawiano ją na wsi, mogła ulec uproszczeniu. Istotny jest również fakt korzystania przez niektórych znachorów z ogólnie dostępnych zielników, do których, przynajmniej do końca XIX w., większość mieszkańców wsi nie docierała.

Można wysunąć dwie zasadnicze tezy określające stosunek ludności wiejskiej do lekarzy i znachorów. Według pierwszej, chłopci nie leczyli się u lekarzy, ponieważ albo nie mieli zaufania do ich wiedzy, albo nie byli w stanie opłacić porad lekarskich. Inaczej było w przypadku „wiejskich doktorów”, czyli m.in. znachorów, babek, akuszerok, guślarzy i owczarzy. Udawano się do nich po poradę, ponieważ byli „swoi”, na miejscu, potrafili zrozumieć problemy ludności wiejskiej, a ich często bardzo tajemnicze i dziwaczne praktyki lecznicze wzbudzały respekt i pewność, co do pomyślności kuracji. Poza tym często pobierali mniejsze opłaty za swoje usługi lub zadowalali się naturaliami: jajkami, słoniną, lnem, masłem itp. Oczywiście zdarzały się różne przypadki, zarówno, jeśli mowa o lekarzach akademickich, jak i o znachorach, ale większość źródeł potwierdza takie tezy. Pojawiają się jednak rozbieżności pomiędzy informacjami gromadzonymi przez osoby przychylnie nastawione do kultury ludowej, czy wręcz takie jak Oskar Kolberg, którego oskarża się o koloryzowanie obrazu wsi, oraz takie, które opisywały medycynę ludową i znachorów bez podjęcia jakichkolwiek prób zrozumienia całego zjawiska, odnoszące się bardzo często wzgardliwie do opisywanych przez siebie sytuacji i ludzi.

³⁸¹ A. Paluch, „Zerwij ziele z dziewięciu miedz...” *Ziołolecznictwo ludowe w Polsce w XIX i początku XX wieku*, Wrocław 1989, s. 11–12, 17–21.

³⁸² A. Paluch, „*In principio*” w *ludowych praktykach medycznych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Ethnologica” 1991, t. 5, s. 69–71.

Na początek jednak cytaty pochodzący jeszcze z końca XVIII w., który dobrze oddaje stosunek do lekarzy wykształconych w polskich szkołach. Stanisław Staszic w *Uwagach nad życiem Jana Zamojskiego* pisał:

Dzisiejsza nauka lekarska więcej szkodzi, niżeli towarzystwom dobrego czyni. „Sama natura chorych uzdrawia” mówi Hipokrates. „Sztuka lekarska tylko jej pomaga”, jeszcze dotychczas ledwie nie codziennie trafia się, że ciężkie choroby leczone bywają przeciwnymi lekarstwy. Doświadczenie ukazuje, że w wielkiej liczbie chorych, tyłu, co do zdrowia przychodzi z tych, których samych naturze zostawiono, ile z tych, których najdoskonalsi lekarze doglądali. Cóż więc robią lekarze? Jeszcze nic dobrego. Oni tylko mieszą urządzenie Opatrzności, bo czasem utrzymują przy życiu tych, którzy zostawieni naturze umierać z mieli, a zabijają owych, których natura by uzdrowiła. To jest pewne, że z lekarzami pomnażają się choroby... Lekarze nadto wielkim rozumowaniem wszystko popsuli³⁸³.

Faktem jest, że Staszic w późniejszych latach, odkąd rozpoczął współpracę ze szkołą lekarską na akademickim poziomie, zmienił swoje zdanie o medycynie i lekarzach, ale jeśli osoba tak światła wypowiadała takie słowa nie można się dziwić, że i mniej wykształceni pacjenci nie mieli żadnego zaufania do lekarzy. Jeszcze gorzej było w środowisku wiejskim, gdzie wszystkie nowości przyjmowano nieufnie, a istniejące schematy i porządek otaczającego świata pozwalał na bezpieczne poruszanie się w sferze zakazów i nakazów.

Ludność wiejska nie miała zaufania do lekarzy, nie wierzono, aby jakiegokolwiek medykamenty przepisane przez kształconego doktora mogły być skuteczne. Postawa ta utrzymała się do końca XIX w., o czym świadczą zachowane źródła. Wincenty Witos w swoich wspomnieniach o latach dzieciństwa i młodości pisze:

Lekarzy do chorych nie wzywano prawie nigdy. Nie dlatego jednak, by ludzie nie chorowali. Przyczyną był brak pieniędzy na lekarzy i lekarstwa, przesąd i znachorzy tak obcy, jak i miejscowi. Trzymano się zaś najczęściej zasady: że jak „co komu pisane, to go i nie minie, a jak kto ma umrzeć, to mu żadne lekarstwa ani doktor nie pomogą”. Jeśli zaś czasem wezwano lekarza to zwykle robiono to w ostatniej chwili, gdy on nie będąc cudotwórcą, nie mógł zatrzymać uchodzącego już ducha, ale przez to utwierdzi bardzo wielu w przekonaniu, że był niepotrzebny. Przed sprowadzeniem lekarzy bronili się też bardzo mocno chorzy obawiając się że lekarze trują³⁸⁴.

Pojawiał się też problem opłaty. Kiedy już zdecydowano się na lekarza trzeba było wyasygnować znaczne środki za poradę. Ponadto ludność wiejska

³⁸³ S. Staszic, *Uwagi nad życiem Jana Zamojskiego*, Kraków 1861, s. 18–19.

³⁸⁴ W. Witos, *Moje wspomnienia*, Warszawa 1978, s. 127.

wierzyła, że pomyślny skutek leczenia jest jedynie efektem dobrego lekarstwa, nigdy lekarza, więc jeśli pierwsze lekarstwo nie działało, zniechęcali się i sięgali szybko po następne rzadko, kiedy przepisane znów przez lekarza³⁸⁵. Zofia Staniszevska pisała, że ludność wiejska bardzo rzadko wzywała lekarzy, co przyczyniło się również do braku umiejętności zastosowania przepisów lekarza. Bardzo często pogorszenie w stanie zdrowia chorego łączono więc z lekarstwem przepisany przez lekarza, ale miał na to wpływ również fakt, że przywożono pacjenta do lekarza w tak złym stanie, iż nie mógł już nic uczynić. Oczywiście fakt ten odbierano jako nieumiejętność wyleczenia danej choroby, co z kolei powodowało, że następnym razem udawano się jedynie do znachorów³⁸⁶. Bardzo często leczono się lekarstwami już znanymi, bez jakiegokolwiek konsultacji z lekarzem, co wspomina jedna z lekarek okresu międzywojennego Sabina Skopińska, kiedy opisuje ludzi przychodzących nie po radę, a jedynie po receptę na „krople św. Jakuba”, „krople dziewięciorakie”, czy „krople św. Genowefy”, które znane były im już wcześniej³⁸⁷.

Wzmianki o braku zaufania do lekarzy i niemożności opłacenia porady lekarskiej bardzo często pojawiają się w XIX-wiecznych tekstach etnograficznych – zarówno w monografiach m.in. Kolberga, czy w krótkich przyczynkach umieszczonych w czasopismach etnograficznych takich jak „Wisła”, „Lud” lub „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne”.

Często nieufność do miejskich doktorów miała swe podstawy w ich ignorancji i nieznajomości ludowych zwyczajów i wierzeń, czy może braku chęci zrozumienia ludności wiejskiej. Stanisław Polaczek w monografii Rudawy pisze:

D-r Dura w Krzeszowicach kilka razy odcinał chorym dzieciom one kołtuny, a ponieważ los zrządził, że niektóre z tych dzieci zmarły, więc lud utwierdził się jeszcze w tem przekonaniu, że to kołtun zagniewany śmierć dziecka sprowadził³⁸⁸.

Inny autor podał przykład lekarza, który w oczach swych pacjentów stał się sprawcą pogorszenia stanu jednego z chorych, ponieważ podał mu lekarstwo, do którego użył zimnej wody. Traf chciał, że ludność mazowiecka, wśród której praktykował, wierzyła że zimna woda symbolizuje wszystko, co złe i że można zachorować od jej picia. Jak więc wierzyć lekarzowi, który w ramach kuracji podaje lek z założenia szkodliwy³⁸⁹. Zresztą uważano także,

³⁸⁵ M. Udziela, *Medycyna i przesady...*, s. 44.

³⁸⁶ Z. Staniszevska, *Wieś Studzianki*, „Wisła” 1902, t. 16, s. 607.

³⁸⁷ T. Tyszka, *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*, Gdańsk 2000, s. 99.

³⁸⁸ S. Polaczek, *Wieś Rudawa. Lud, jego zwyczaje, obyczaje, obrzędy, piosenki, powiastki i zagadki*, Warszawa 1892, s. 114.

³⁸⁹ Pełczyński, *op.cit.*, s. 166.

iz lekarz pochodzący zazwyczaj z innej grupy społecznej, znał jedynie choroby pańskie, a chłopskich nie, bo nie miał skąd³⁹⁰.

Znaleźli się jednak lekarze, którzy potrafili wykorzystać wiedzę akademicką łącząc ją z wiedzą ludową, tak by pacjenci mieli zaufanie do podawanych im leków. Melchior Wańkowicz wspomina:

Dr Rozen, szwagier babki, kiedy rzucił płatną praktykę i osiadł w Nowotrzebach, wyrobił sobie cały sposób postępowania. Lekarstwa dawał apteczne, ale jedno z nich trzeba było brać o wschodzie słońca na rozstajnych drogach (szło o to aby przed jedzeniem), inne przechowywać „pod nogą łóżka w ziemi od północnej strony” (lekarstwo wymagało trzymania w cieniu i chłodzie) itd.³⁹¹

W taki sposób lekarz znalazł metodę na połączenie praktyki lekarskiej z medycyną ludową, by przynosiło to korzyść jego pacjentom.

Innym sposobem przełamania nieufności ludności wiejskiej do lekarzy było ich legitymowanie się pochodzeniem wiejskim. W monografii wsi Żmiąca, Franciszek Bujak wspomina lekarza, któremu ludność wiejska ufała, ale najprawdopodobniej, dlatego, że był synem mieszkańca wsi³⁹². Jest to typowy przykład „oswajania” obcego, charakterystyczny nie tylko dla ludności wiejskiej, ale dla każdej zamkniętej społeczności.

Można stwierdzić również, iż często zachowanie lekarzy, jak w przypadku z opisanym już kołtunem, powodowało utwierdzenie społeczności wiejskiej w przekonaniu o słuszności swych sądów, negatywnie oceniających lekarza. Na przykład Kolberg podaje przypadek, gdy lekarz ociągał się z wykonaniem operacji kaleki, ze względu na jej wątpliwe skutki, a otoczenie chorego przyjęło to jako potwierdzenie obaw lekarza, że dolegliwości kaleki przejdą na niego. Chodziło oczywiście o wiarę, iż kalek od urodzenia „nie godzi się operować, gdyż to kalectwo jest jakąś pokutą, którą z Bożego dopuszczenia ponosić muszą”³⁹³.

Oczywiście pojawiały się również opinie świadczące o zmniejszaniu się dystansu mieszkańców wsi wobec lekarzy, o czym pisała m.in. Eliza Orzeszkowa w swej relacji z podróży nad Niemen³⁹⁴, czy Zygmunt Wasilewski, kreśląc rys etnograficzny wsi Jagodne, który podkreśla, że ludność wiejska ma zaufanie do lekarzy miejskich, ale nie korzysta z ich pomocy ze względu na niemożność opłacenia ich porad³⁹⁵.

³⁹⁰ D. Simonides, *Ludowa wizja świata*, [w:] *Kultura ludowa śląskiej ludności rodzimej*, red. D. Simonides, P. Kowalski, Wrocław 1991, s. 200.

³⁹¹ M. Wańkowicz, *Szczeniące lata*, Warszawa 1972, s. 46.

³⁹² F. Bujak, *Żmiąca. Wieś powiatu limanowskiego. Stosunki gospodarcze i społeczne*, Kraków 1903, s. 123.

³⁹³ DWOK, t. 34, s. 202.

³⁹⁴ E. Orzeszkowa, *Ludzie i kwiaty nad Niemnem*, „Wisła” 1890, t. 4, s. 14.

³⁹⁵ Wasilewski, *op.cit.*, s. 223.



21. Znachorka zamawiająca chorą, drzeworyt z 1861 r.
Źródło: „Kmiotek” 1861, nr 4, s. 32.



22. Wiejska znachorka, drzeworyt z 1861 r.
Źródło: „Kmiotek” 1861, nr 23, s. 184.

Podsumowując tę część, można podać kilka przykładów przysłów i porzekadeł, jakie powstały najpewniej z myślą udowodnienia lekarzom ich braku znajomości odpowiednich praktyk służących leczeniu chorób. Zacytuję fraszkę Franciszka Morawskiego z połowy XIX w.:

Chcąc ci grzechu oszczędzić, twych lekarstw nie piję
Lepiej że mnie choroba niż doktor zabije³⁹⁶.

W ludowych porzekadłach jest wiele przypadków, takich na przykład jak: „Lepiej nie chorować, jak być leczonym” i „Chory dziedzicem co lekarz bierze, ten się na on świat prędko wybierze”³⁹⁷, czy „Suchoty i puchlina to na doktora dupę wypina”³⁹⁸. Najwięcej przysłów można znaleźć w *Nowej księdze przysłów i wyrażeń przysłowiowych polskich* pod red. Juliusza Krzyżanowskiego³⁹⁹: „Nie wiedzą doktorzy, na co kto chorzy, doktor wtenczas dopiero wie, jak mu chory powie”, „Chcesz nie być chora strzeż się doktora”, „Doktor kumuje, gdy pieniądze czuje”, „Kto używa doktorzy, ten zawsze chorzy”, „Nie pewny doktor, pewny zabójca” lub „Cyrulik niedoskonały jest kat doskonały”, czy „Nim doktor jednego chorego uleczy dziesięciu ich umorzy”⁴⁰⁰. Wszystkie podkreślają bardzo nieufny stosunek ludności, obojętnie jakiego stanu, do lekarzy i ich praktyk leczniczych.

Sprawa wyglądała zupełnie inaczej w przypadku lekarzy wiejskich, do których ludność miała zaufanie, często darzyła ich szacunkiem i respektem. Sądząc po opisach Kolberga wydaje się, że nie potrafił zdecydować się, w jaki sposób ma ocenić praktyki lekarzy wiejskich, zwłaszcza że w kolejnych tomach nie jest on jednoznaczny w swej ocenie praktyk znachorów, a przecież w każdej części *DWOK*, dotyczącej konkretnego regionu, przytacza opisy lekarzy wiejskich. Na przykład w *Krakowskim* pisze:

Po wsiach są nimi zazwyczaj owczarze lub baby lekarki, posiadający tradycyjne wiadomości o skuteczności lub szkodliwości wielu ziół, i wielu sposobów zachowania się. U tych wprawdzie czasami zawiść i zemsta są pobudką do czynów karygodnych (np. przez otrucie albo udręczenie przeciwnika), częściej wszakże usiłują oni działać na lud zbawiennie, lecząc albo mniemając leczyć pacjentów śmiertelną nawet dotkniętych chorobą⁴⁰¹.

Inny opis znajdujemy w kolejnym tomie prac Kolberga pt. *Tarnowsko-Rzeszowskie*:

³⁹⁶ Morawski, *op.cit.*, s. 294.

³⁹⁷ *DWOK*, t. 60, s. 47.

³⁹⁸ Paluch, *Suchoty: przyczynek do...*, s. 194.

³⁹⁹ *Nowa księga przysłów i wyrażeń przysłowiowych polskich*, t. 1, A–J, red. J. Krzyżanowski, Warszawa 1969.

⁴⁰⁰ *Ibidem*, s. 289, 462–464.

⁴⁰¹ *DWOK*, t. 7, s. 77.

Rozwodząc się nad tym przedmiotem dłużej, w obcą sobie wkraczam dziedzinę. Zdaje mi się jednak, iż sposoby leczenia tych wsiowych lekarzy uznane za skuteczne, a wzięte pod rozbiór umiejętny i ocenione należycie, jakie takie korzyści i sztuce lekarskiej przyniosłyby może⁴⁰².

Kolberg zachował wobec medycyny ludowej krytycyzm. W tym samym tomie, zaledwie dwie strony wcześniej, z oburzeniem opisuje podejrzone gdzieś w sekrecie praktyki jakiegoś znachora, określając je mianem „szalonych bachanaliów rozumu ludzkiego” i „obrzydliwym przedrzeźnianiem” cudów czynionych przez Jezusa, kiedy wyganiał diabła z ciała ludzi opętanych⁴⁰³. Trudno obecnie stwierdzić, z czego dokładnie wynikała niejednoznaczność opisów Kolberga, dotyczących praktyk leczniczych stosowanych przez znachorów.

Nie było on jednak odosobniony w swej niemożności dokonania oceny, jeśli chodzi o praktyki lekarskie stosowane w medycynie ludowej, czy o samą medycynę ludową. Podobnie przedstawia się sytuacja w przypadku innych autorów. Wincenty Badura w artykule o wiejskich lekarzach podzielił ich na trzy kategorie: „oszustów z umysłu”; tych, co leczyli przez przypadek i lekarzy prawdziwych. Pisał także o wróżach, iż to „indywidua z pod ciemnej gwiazdy” i pewnie dlatego ciężko mu było dociec, czym da się tłumaczyć ich niezwykłą znajomość medycyny. Według niego, znachorzy zawdzięczali swoje sukcesy aptekarzom, ponieważ gdy chory udawał się do apteki po lekarstwa przepisane przez znachora, aptekarz wypytywał go o przypadłość i podawał lek według własnego uznania⁴⁰⁴.

W praktyce językowej ludu i w piśmiennictwie opisującym medycynę ludową występowały liczne nazwy wiejskich lekarzy: znachor, babka, mądra, guślica, guślarz, gościcarz, owczarz i oczywiście czarownica i czarownik. Zależnie od regionu występowały różne ich określenia, często kilka jednocześnie, ale mogły wtedy oznaczać coś innego. Wereńko uważał, iż znachorzy w odniesieniu do innych typów lekarzy wiejskich, byli jakby „zawodowymi” lekarzami, którzy z premedytacją wykorzystywali naiwność ludności wiejskiej⁴⁰⁵. Seweryn Udziela opisał „baby mądre”, które miały dużą praktykę i cieszyły się ogromną popularnością i sławą lekarską. Były wśród nich specjalistki od uroków, od smarowania, od zażegnywania i od innych chorób⁴⁰⁶. Znachorkami zostawały kobiety starsze, które zazwyczaj łączyły te umiejętności z akuszerią⁴⁰⁷, lub mężczyźni, ale w przeciwieństwie do czarowników

⁴⁰² DWOK, t. 48, s. 295.

⁴⁰³ *Ibidem*, s. 293.

⁴⁰⁴ W. Badura, *Wiejscy lekarze*, „Lud” 1903, t. 9, s. 296–297.

⁴⁰⁵ Wereńko, *op.cit.*, s. 101.

⁴⁰⁶ S Udziela, *Świat nadzmysłowy*, „Wisła” 1900, t. 14, s. 257.

⁴⁰⁷ Z. Rokossowska, *Przyczynki – lecznictwo ludowe*, „Wisła” 1900, t. 14, s. 458.

i czarownic, w swych praktykach odwoływali się do Boga, nigdy do Szatana⁴⁰⁸. Często wspomniano gościcarzy, czyli ludzi, którzy wyprowadzali z ludzi gościca oraz guślarzy, o których Kolberg pisał, że są ludźmi chcącymi pomóc innym, doradzić. Ich moc, w mniemaniu ludności kieleckiego, opierała się na różnych formach zażegnania, w których według niego mieszały się pierwiastki pogańskie z pojęciami chrześcijańskimi, ale często brakowało jakiegokolwiek sensu⁴⁰⁹. Kolejną kategorią lekarzy wiejskich byli owczarze, którzy leczyli ludzi i zwierzęta, rekrutowali się zaś najczęściej z pasterzy wiejskich. Kolberg uważał, że bardzo demoralizowali ludność wiejską, ponieważ wywierali ogromny wpływ na decyzje dotyczące leczenia, wręcz zniechęcali swych pacjentów do korzystania z porad lekarzy akademickich⁴¹⁰. Wierzono, że owczarze posiadali tajemną moc, którą zdobywali wykradając tajemnice, na przykład od Cyganów, z „czarnych ksiąg” lub bezpośrednio od szatana⁴¹¹. Owczarze zajmowali się również praktykami chirurgicznymi, z racji znajomości składania kończyn. Warto jeszcze wspomnieć o tzw. ludziach gościńca, czyli obraźnikach, Cyganach, czy wędrownych kramarzach, najczęściej z dalekich stron, którzy zajmowali się sprzedażą balsamów i lekarstw oraz leczeniem⁴¹².

Obok tych typów „wiejskich lekarzy” występowały czarownice, o których u Leona Hempela czytamy: „czarownice, czyli guślice odróżnić należy od zwykłych lekarek wiejskich, czyli kobiet, leczących w większości przypadków ziołami, a którym to lekarkom lud nie przyznaje żadnej nadprzyrodzonej władzy ani stosunków z czartem”⁴¹³. Ludność wiejska wierzyła, że czarownice koncentrują swą działalność raczej na szkodzeniu niż pomaganiu komuś.

Jak widać z przytoczonych przykładów, nastąpił swoisty podział ról, każdy zajmował się raczej jedną konkretną dziedziną i dlatego lekarze ludowi cieszyli się wśród ludności wiejskiej mianem specjalistów. Wiara w umiejętności tych wiejskich specjalistów brała się z tajemniczych metod leczenia, diagnozowania chorób np. z moczu, formuł zamawiania i zażegnania, ale również z przekonania, iż wiedza ich została nabyta drogą jakiegoś wtajemniczenia albo z zaświatów, albo przekazana przez innego znachora. Zresztą znachorzy sami dbali o podkreślanie swych umiejętności, trudów i wyrzeczeń związanych z leczeniem, które miały mu dopomóc w kontaktowaniu się z „tamtym światem”⁴¹⁴.

⁴⁰⁸ S. Udziela, *Krakowiaczy*, Kraków 1924, s. 101.

⁴⁰⁹ DWOK, t. 19, s. 211.

⁴¹⁰ *Ibidem*, s. 212.

⁴¹¹ E. Putyńska, *Lecznictwo ludowe w okolicznych wsiach Bełchatowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1966, t. 7, s. 98.

⁴¹² B. Baranowski, *Ludzie gościńca w XVII–XVIII w.*, Łódź 1986, s. 92.

⁴¹³ L. Hempel, *Poszukiwania*, „Wisła” 1896, t. 10, s. 125.

⁴¹⁴ Simonides, *op.cit.*, s. 202.

O zdobywaniu wiedzy z zaświatów istnieje na przykład przypowieść o chłopie, któremu nie miał, kto trzymać dziecka do chrztu. Zaoferował się więc diabeł, ale chłop stwierdził, że dziecko byłoby „osmalone”. Chciała także śmierć, ale ojciec mówił: „tyś biała, toby się jeszcze dziecko przestraszyło”. Śmierć zaproponowała, iż chłopiec będzie w przyszłości znachorem, ale pod jednym warunkiem, że jeśli ujrzy ją przy wezglowiu chorego, nie podejmie leczenia, ponieważ pacjent będzie jej przeznaczony. Oczywiście tak się stało i chłopiec stał się bardzo znanym w swoim fachu, ale pewnego dnia chciał oszukać śmierć przestawiając łóżko chorego, co spowodowało, że tego dnia stracił swój dar⁴¹⁵.

Wiedzę przekazywano również osobie wybranej, obcej lub dziecku, kobiety córkom, a mężczyźni synom, ucząc ich w trakcie trwania praktyki⁴¹⁶. Odmienne przedstawiała się sytuacja w przypadku czarownic i czarowników, którzy wszystkie swe praktyki okrywali zawsze mrokiem tajemnic, chowając przed ludźmi przez całe życie i dopiero tuż przed śmiercią powierzali je osobom wcześniej wybranym⁴¹⁷.

S. Udziela stwierdził, że udało mu się podpytać czarownika o posiadaną wiedzę i jej pochodzenie i okazało się, że korzystał on z dzieł rękopiśmiennych, drukowanych gotykiem z XVI i XVII w. Były to zielniki polskie i poradniki lekarskie. Na przykład *Ogrody zdrowia* z 1564 r., *Księgi o gospodarstwie* z 1549 r., *Skarbiec znakomitych sekretów ekonomii ziemiańskiej* z 1643 r. i *Zielnik Szymona Syrienjusza* z 1613 r.⁴¹⁸ Można przypuszczać, iż tylko nieliczni znachorzy korzystali właśnie z tych zielników, ale być może docierali także do innych popularnych w XVIII i XIX w. Było to w każdym razie bogate źródło wiedzy, które umiejętnie wykorzystane stawało się atutem znachora i jedną z przyczyn jego prestiżu i sławy.

Nie ma zgodności wśród autorów tekstów etnograficznych, co do tego, czy ludność wiejska czuła respekt przed znachorami ze strachu, czy też z szacunku. U Kolberga na przykład czytamy: „gościcarze zwykle w okolicy swojej ogromną wziętość mają, bo często leczą skutecznie”⁴¹⁹, natomiast inny autor: „Mimo wiary, jaką otacza lud miejscowy swoich «znających», ani szacunku nie mają, owszem uważani są za coś zbliżonego do czarownic i strach tylko chroni ich przed jawnym lekceważeniem i wzgardą”⁴²⁰. Edmund Kołodziejczyk pisze: „Znachorkom każdy wieśniak największą część oddaje, obawiając się jakiegoś czaru albo postrzału”⁴²¹. Libera w swoim opracowaniu dotyczą-

⁴¹⁵ A. Saloni, *Lud rzeszowski*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne” 1908, t. 10, s. 261–262.

⁴¹⁶ M. Udziela, *Medycyna i przesady...*, s. 46–47.

⁴¹⁷ DWOK, t. 7, s. 81.

⁴¹⁸ S. Udziela, *Świat nadzmysłowy...*, s. 264.

⁴¹⁹ DWOK, t. 48, s. 297.

⁴²⁰ St. Z., *Znad Buga. Szkic etnograficzny*, „Lud” 1897, t. 3, s. 20.

⁴²¹ E. Kołodziejczyk, *Zwyczaj, obrządk, zagadki i pieśni ludu kaliskiego w okolicach Wielunia*, „Lud” 1909, t. 15, s. 101.

cym znachorów wskazał, że bardziej cenieni byli znachorzy, którzy zamieszkiwali dalsze okolice, zaś do tych, którzy mieszkali w sąsiedztwie, udawano się z mniej ważnymi przypadkami⁴²². Podobnie wyglądała sytuacja w przypadku wspomnianych powyżej ludzi gościńca, „obcych”, którzy byli pośrednikami do „innego świata” i dzięki temu znali czarodziejskie sposoby leczenia⁴²³. Na pewno spory wpływ wywierała subiektywna ocena autora danego opracowania w stosunku do praktyk stosowanych przez lekarzy wiejskich zarówno, jeśli idzie o pozytywne, jak i negatywne opinie. Lekarze w swych wspomnieniach, już po drugiej wojnie światowej, opisywali ogromne problemy z nakłonieniem ludności wiejskiej do leczenia w palcówkach służby zdrowia. Można po tym sądzić, że mieszkańcy wsi mieli większe zaufanie do wiejskich lekarzy, skoro nie chcieli zrezygnować z ich porad mając alternatywę w postaci bezpłatnych konsultacji lekarzy akademickich.

Faktycznie wydaje się, iż aura tajemnicy i grozy, jaką otaczali się lekarze wiejscy, a o którą nie starali się lekarze akademicy, uważając ją za zabobony i przesady, służyła budowaniu własnej legendy. Na przykład mądre stosowały zrytualizowaną formę zachowań, przybierały natchnioną minę, starając się naśladować w ten sposób zachowania, jakie podpatrzyły w kościele. Zachowywały odpowiednią dietę, jak również w określonych momentach leczenia separowały się od swoich mężów tłumacząc, że nakazał im to jeden z duchów, który zamieszkiwał w ich ciele⁴²⁴. Wykonywanie określonych rytuałów, wielokrotne powtarzanie formuł zamawiania lub zażegnывania i tajemnicze przepisy lekarskie służyły właśnie takiej legendzie. Wincenty Witos wspominał:

Chodzący do guślarzy posłańcy opowiadali z przejęciem, jak to znachor, spojrzawszy tylko na mocz lub na koszulę, miał opisać chorego od stóp do głów, określić jego charakter i zaraz przepowiedział, co będzie z nim. Nieraz się zdarzyło, że po takiej podróży chory bardzo szybko przychodził do zdrowia, co ogromnie podnosiło powagę i znaczenie guślarza. Często owi znachorzy nie ograniczali się do zażegnывania, modlitwy i rozmaitych sztuk, ale dawali lekarstw z różnych roślin górskich i ziół sporządzone. Zadowalali się zaś zawsze bardzo małą zapłatą⁴²⁵.

Właśnie ta niewielka opłata za pomoc to kolejny powód, dla którego rezygnowano z porad lekarzy fachowych i wybierano znachorów. Taka informacja pojawia się w większości źródeł. Znachorzy pobierali niewielką, często 4–5 razy mniejszą opłatę niż miejscy doktorzy, a po to, aby zjednać sobie pacjentów brali tyle ile, kto dawał lub pobierali opłatę w naturaliach, o co na wsi

⁴²² Z. Libera, *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX i XX wieku*, Wrocław 2003, s. 101–103.

⁴²³ Paluch, *Choroby, zioła...*, s. 47.

⁴²⁴ DWOK, t. 7, s. 143.

⁴²⁵ Witos, *op.cit.*, s. 129.

było trochę łatwiej. Jednakże zdarzały się przypadki całkowicie odmienne, gdy znachorzy żądali za usługi wysokich opłat, a mimo to ludzie z ich korzystali. Udawano się więc po poradę do znachora zamieszkującego dalsze okolice, licząc się z faktem, iż trzeba będzie sporo zapłacić, zaś leki przepisane przez wiejskich lekarzy, im droższe tym bardziej miały być skuteczne⁴²⁶.

Opracowania etnograficzne i źródła historyczne, które wspominają o medycynie ludowej potwierdzają występowanie dwóch zjawisk: braku zaufania do lekarzy miejskich z dyplomami uczelni medycznych oraz idącego z tym w parze korzystania z usług miejscowych znachorów, lekarzy ludowych, mądrych, babek itp. Dla ludności wiejskiej lekarze z miasta byli „obcy”, nie zachowywali tradycji ludowych, których nie rozumieli i którymi często pogardzali, jako zabobonami. Drugim czynnikiem zniechęcającym do zwracania się o pomoc do dyplomowanego medyka była konieczność uiszczenia opłaty w gotówce, nie zawsze łatwej do zdobycia. Inaczej sprawa miała się z miejscowymi lekarzami wiejskimi, czy znachorami. Oni po pierwsze byli „swoi”, ich praktyki w pełni odpowiadały tradycji, w dodatku otaczała ich aura tajemniczości i grozy. Z całą powagą stosowano ich polecenia, wierząc, że przyniesie to korzyści choremu, a im dziwniejsze praktyki zalecali, tym bardziej wydawały się one skuteczne. Dodatkowym plusem było to, że za porady często przyjmowali oni niskie opłaty, czasem uiszczane w naturaliach, chociaż jak widać na niektórych przypadkach, nie zawsze opłaty te były niewielkie. Pomimo tego znachorzy odgrywali w swojej społeczności znaczącą rolę i cieszyli się większym zaufaniem ludności wiejskiej, niż lekarze z miasta.

Należy przypuszczać, że sugestywne i tajemnicze zachowanie znachorów w trakcie praktyk leczniczych wpłynęło na odbiór choroby przez pacjenta. Znachor przemawiał do choroby z szacunkiem, ale bojaźliwie, traktując ją jako coś obcego, nasłanego z zewnątrz; przedstawiał ją jako straszne indywidualium, tłumaczył skąd się wzięła i czym była, kto ją nasłał lub, kto był za to odpowiedzialny. Jeśli potraktujemy chorobę w ujęciu medycyny ludowej, gdzie w głównej mierze, ze względu na wierzenia i światopogląd ludowy, była stanem subiektywnym, nie zawsze mającym coś wspólnego z rzeczywistością, staje się ona konstruktem społecznym i kulturowym, mającym swe niepodważalne miejsce w obrębie kultury. Magdalena Sokołowska mówiła o możliwości stworzenia takiego konstrukt, jedynie w przypadku, jeśli potraktuje się go, jako istniejący w głowach ludzi spostrzegających, coś w rodzaju subiektywnego stanu oceny rzeczywistości⁴²⁷. Wydaje się więc, iż w przypadku medycyny ludowej można mówić, że choroba jest takim konstruktem społecznym, charakterystycznym dla kultury typu ludowego.

⁴²⁶ Paluch, *Choroby, zioła...*, s. 46.

⁴²⁷ Sokołowska, *op.cit.*, s. 194.

Po powyższym opisie medycyny ludowej sądzić by można, iż zdecydowanie nie miała ona nic wspólnego z medycyną akademicką. W rzeczywistości jednak doskonale znany jest fakt przepływu informacji pomiędzy obiema medycynami, chociażby poprzez działalność dworu, co zresztą wskazują cytowane powyżej przyczyny chorób. Libera twierdzi, że nie jest nadużyciem porównywanie medycyny oficjalnej z lecznictwem ludowym i uważam, że faktycznie nie da się tego uniknąć. Wysunął również tezę, że być może filozofia medycyny akademickiej jest wtórna w stosunku do osiągnięć medycyny ludowej, a nie jak do tej pory sądzono na odwrót – lecznictwo ludowe opierało się na pewnych elementach medycyny oficjalnej⁴²⁸. Oczywiście nie jest łatwą sprawą udowodnić, jak było naprawdę, zwłaszcza wobec braku świadectw historycznych w odniesieniu do medycyny ludowej. Jak już wyżej wspomniano, istnieją punkty zbieżne, zwłaszcza jeśli chodzi o poglądy dotyczące przyczyn chorób. Dominująca w Europie do XVIII w. koncepcja humoralna Hipokratesa miała swój wpływ także na poglądy dotyczące chorób w kulturze ludowej, kiedy tłumaczono choroby jako efekt mieszania się soków w organizmie, a jednocześnie Szumowski podaje, na podstawie pism religijnych i przyrodniczo-lekarskich Hildegardy z Bingen, że do nauki medycznej najprawdopodobniej przedostały się pewne elementy niemieckiej medycyny ludowej⁴²⁹.

Różnice pomiędzy medycyną ludową a akademicką widać przede wszystkim w diagnostyce i sposobie klasyfikowania chorób, kiedy podstawową zasadą było umiejscowienie chorób w ciele człowieka, dzieląc je tym sposobem na zewnętrzne i wewnętrzne, przy zastrzeżeniu, iż mogły zmieniać swoje kwalifikacje, z zewnętrznych stając się wewnętrznymi i odwrotnie. W przypadku stawiania diagnozy najistotniejsza była obserwacja objawów choroby, które uznawano za oddzielne jednostki chorobowe, co z kolei prowadziło do podejmowania różnych praktyk leczniczych⁴³⁰.

Mityczny charakter chorób w kulturze ludowej podkreślają ich przeróżne, niekoniecznie logiczne i łatwe do wytłumaczenia, przyczyny. Nawet, jeśli początkowo zdają się być realnymi i naturalnymi, mają swe zupełnie inne wyjaśnienie. Personifikacje chorób i jej przyczyn oraz specyficzne formy zachowania znachorów podkreślają jeszcze mityzację choroby. Znachor w trakcie praktyk leczniczych odwoływał się do mitycznego czasu Prapoczątku, aby na nowo kreować życie swego pacjenta⁴³¹.

⁴²⁸ Z. Libera, *Rzyc aby żyć*, Tarnów 1995, s. 121.

⁴²⁹ Szumowski, *op.cit.*, s. 157.

⁴³⁰ K. Górny, *Czas i przestrzeń w magii leczniczej (zarys problematyki)*, „Literatura ludowa” 1996, nr 2, s. 20.

⁴³¹ M. Eliade, *Sacrum, mit, historia*, tłum. A. Tatarkiewicz, Warszawa 1993, s. 99.

IV. MITYZACJA CHOROBY W KULTURZE WSPÓŁCZESNEJ

Druga część pracy w znacznej mierze opiera się na wynikach badań terenowych przeprowadzonych w ramach praktyk letnich przez studentów Katedry Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Wrocławskiego, w latach 2001–2003. Badania te dotyczyły frekwencji idei choroby oraz zmieniającej się mentalności społeczności wiejskiej w zakresie etiologii chorób. W roku 2001 praktyki odbywały się na terenie Śląska Cieszyńskiego, już po stronie Republiki Czeskiej. Badania przeprowadzone zostały wśród obywateli czeskich polskiego pochodzenia, według stworzonego dla potrzeb pracy kwestionariusza, który umieszczony jest w aneksie. W latach 2002–2003 badania odbywały się na Dolnym Śląsku, w rejonie Świdnicy. Należy dodać, że w trakcie trwania badań, kwestionariusz został zmodyfikowany, m.in. przez dodanie pytań dotyczących SARS. Choroba ta pojawiła się dopiero na początku 2003 r., niemożliwe więc było zadanie tych pytań ludności badanej w latach poprzednich. Z oczywistych względów informacje dotyczące COVID-19 pochodzą głównie ze źródeł internetowych oraz prasy.

Jak już zostało napisane we wstępie, badania zostały przeprowadzone w społeczności wiejskiej z kilku konkretnych powodów. Pomimo wszechobecnego wpływu kultury masowej, kolorowej prasy popularnej, ogólnego dostępu do TV i internetu, co za tym idzie licznych seriali i filmów oraz audycji radiowych, społeczność wiejska nadal jest bardziej konserwatywna w swych poglądach niż społeczność miejska. Dlatego też odkrycie pewnych form myślenia mitycznego u społeczności wiejskiej wydawało się zadaniem prostszym, przez wzgląd na dłuższy okres podtrzymywania pewnych przekonań dotyczących np. zdrowia i choroby. Z tego również powodu w tej części umieszczone jest wiele informacji pochodzących z publikacji prasowych, filmów i książek popularnonaukowych. Jest to celowy zabieg mający na celu ukazania szerszej perspektywy wypowiedzi respondentów, ponieważ są to źródła, które mogły zostać przez nich wykorzystane.

Teren Dolnego Śląska może się w pierwszej chwili wydawać nie reprezentatywny w stosunku do materiałów, na podstawie których powstała pierwsza część pracy. Jednak dzięki swej różnorodności region ten jest bardzo interesującym polem badań. Po II wojnie światowej w tym rejonie zamieszkała ludność polska pochodząca z różnych terenów, m.in. repatrianci ze wschodu, Polscy centralnej i północnej. Znajdują się tutaj również skupiska ludności polskiej pochodzącej z Bukowiny Rumuńskiej, czy nieistniejącej już Jugosławii. Ludność ta wniosła ze sobą wiele swoich wyobrażeń i przekonań dotyczących otaczającego świata i miejsca człowieka w tym świecie. Dlatego też wydaje się możliwe porównanie przekonań dotyczących choroby niejednorodnej kultury typu ludowego końca XIX w. i społeczności wiejskiej terenów współczesnego Dolnego Śląska, która przecież także nie jest jednolita. Pozwoli to na ukazanie przemian z zakresu mityzacji choroby na podstawie stosunkowo szerokiego materiału. Niemożliwością bowiem byłoby zebranie materiałów ilustrujących omawiane w tej pracy idee, pochodzących z terenów całej Polski, zarówno ze względów czasowych, jak i finansowych, oraz opracowanie ich w formie jednej rozprawy.

Zasadniczo wybór respondentów był przypadkowy, nie opierał się na wydzieleniu konkretnych kategorii wiekowych, czy zawodowych, nie był także zależny od wykształcenia. Najistotniejsze wydawało się w tym wypadku zebranie opinii wszystkich warstw społecznych, zamieszkujących wieś dolnośląską. W większości przypadków respondenci byli więc mieszkańcami wsi, sporadycznie tylko, ze względu na okres wakacyjno-urlopowy, przeprowadzono wywiady z mieszkańcami miast, którzy przebywali w tym okresie u swych rodzin na wsi. Łącznie zebrano 404 wywiady, które zostały umieszczone w archiwum Katedry Etnologii i Antropologii Kulturowej. W dalszej części tekstu będą cytować wypowiedzi respondentów w sposób zanonimizowany z podaniem płci, miejscowości oraz roku pozyskania danych.

W dalszym ciągu, tak jak w przypadku materiałów etnograficznych pochodzących z XIX i początku XX w., uwidaczniają się różnice pomiędzy postrzeganiem choroby przez medycynę oficjalną, a zdefiniowaną w drugim rozdziale medycynę komplementarną. Zaliczyć można do niej relikty medycyny ludowej oraz wszelkiego typu praktyki samolecznicze stosowane obecnie, zarówno w mieście, jak i na wsi. Trzeba również podkreślić, że wiedza, jaka dociera na wieś, głównie dzięki różnym nośnikom kultury popularnej, przede wszystkim mediom, w dalszym ciągu ulega pewnym przekształceniom, czy wręcz swoistym mutacjom. Zresztą paranaukowe tłumaczenia przyczyn różnych chorób, czy ich pochodzenia, swego rodzaju wiedza zdroworozsądkowa łączona z potocznymi doświadczeniami, metafizyką, religią i magią, są wyznacznikami współczesnej medycyny niekonwencjonalnej⁴³².

⁴³² A. Paluch, *Wizerunek nasz, czyli ciało na scenie ponowoczesności*, Wrocław 1999, s. 126, przyp. 30.

Wszystkie zjawiska znajdujące się w obrębie szeroko rozumianej medycyny komplementarnej stanowią znakomite pole badawcze dla antropologów i historyków kultury, ze szczególnym uwzględnieniem historii mentalności, jeśli potraktować je jako zjawiska charakterystyczne dla większości rozwiniętych społeczeństw. Choroba we wszystkich swoich przejawach ma aspekt nie tylko medyczny, ale także, a może przede wszystkim, społeczny. Medycyna z jednej strony należy do przyrodoznawstwa, jej podwaliny teoretyczne stanowią teorie biologiczne, chemiczne i fizyczne, a jednocześnie koncepcje tworzone przez nią wkraczają w liczne strefy kultury, zwłaszcza kultury symbolicznej. Medycyna wywiera ogromny wpływ na społeczne konstrukcje, w sposób aktywny uczestniczy we współtworzeniu elementów życia społecznego. Bryan S. Turner uważa, że medykalizacja, czyli „racjonalne zastosowanie wiedzy i praktyki medycznej dla wytworzenia zdrowych, silnych i produktywnych ciał”, stała się procesem sekularyzacji kultury, który polega na zmniejszaniu się wpływu religii na kulturę. Według takiego twierdzenia wiele funkcji regulacyjnych religii zostało przejętych przez medycynę, która kontroluje obszar dewiacji społecznych poprzez tworzenie roli chorego w relacjach pacjent – lekarz⁴³³.

Na uwagę zasługuje fakt wkraczania medycyny w rejony do tej pory niespenetrowane przez nauki humanistyczne i społeczne, który powoduje trwałe przemiany w stosunkach międzyludzkich. Wciąż ulegają przemianie normy etyczne obowiązujące w naszym społeczeństwie, dostosowując się albo nie, do nowych sytuacji. Obecnie ogromnym problemem jest na przykład kwestia wprowadzenia i przyzwolenia społecznego na eutanazję, aborcję, czy nawet możliwość wykorzystania organów umierającej osoby w celu ratowania innych ludzi. Oczywiście pojawia się tutaj także problem nielegalnego handlu ludzkimi organami, ale to już odrębny temat. Nowe technologie wspomagające zapłodnienie, próby klonowania ludzi i zwierząt, a także pojawiające się, dzięki genetycznym kombinacjom możliwości ingerowania w tworzenie nowego życia, całkowicie odmieniają oblicze współczesnej kultury i społeczeństwa. Wizje nowego świata składającego się ze zdrowych, inteligentnych i pięknych ludzi, ale jednocześnie podporządkowanych określonym regułom, co jakiś czas pojawiają się w literaturze i filmach (np. *Nowy, wspaniały świat* Aldousa Huxleya⁴³⁴ czy *I wykończymy wszystkich obrzydliwców* Borisa Viana, pseud. Vernon Sullivan⁴³⁵).

Zmiany w świadomości społecznej następują przede wszystkim dzięki ogromnemu wpływowi kultury popularnej na codzienne życie, m.in. poprzez propagowanie różnego typu seriali oraz filmów fabularnych, przede wszystkim

⁴³³ Zybortowicz, *Przyrodoznawstwo...*, s. 37.

⁴³⁴ A. Huxley, *Nowy, wspaniały świat*, tłum. B. Baran, Kraków 1988.

⁴³⁵ B. Vian, *I wykończymy wszystkich obrzydliwców*, tłum. M. Puszczewicz, Warszawa 1990.

amerykańskich, ukazujących „spiskowe teorie dziejów” dotyczące powstawania licznych chorób, kataklizmów nawiedzających ziemię i oczywiście pojawiania się UFO. Myślę, że należy brać pod rozwagę możliwość przepływu pewnych teorii, pochodzących z popularnych seriali i filmów fabularnych tego typu emitowanych od lat 90. XX w., poczynając od „Archiwum X”, kontynuacji wątku pobocznego tegoż serialu, czyli „Samotni strzelcy”, „Contagion – Epidemia strachu” i współczesnej „Utopii”. W przypadku tego pierwszego serialu widać to zresztą w wynikach badań terenowych.

Trudno nie zauważyć ogromnego wpływu choroby na kształt współczesnej sztuki i kultury, a i odwrotnie nie można pominąć wpływu współczesnej kultury na obraz choroby i poglądy na przyczyny chorób. Każda kultura posiada wykształcony zasób pojęć, które służą określaniu stanu choroby, ale równocześnie jest czynnikiem warunkującym jej rozwój bądź jego brak. Określone układy społeczne i tradycje danej kultury w konkretnych warunkach mogą stać się przyczyną wywołania jakiejś choroby.

W przypadku antropologii medycznej od czasu, gdy w latach 70. XX w. wykształciło się podłoże teoretyczne tej subdyscypliny, nie powstały praktycznie żadne nowe szkoły, czy kierunki badawcze. Parenaście lat temu Danuta Penkala-Gawęcka zarzucała polskim naukowcom, że zamiast skierować swe zainteresowania w kierunku poszukiwania rozwiązań teoretycznych i metodologicznych, skupili się przede wszystkim na sporach natury terminologicznej. Nie chodzi tutaj jedynie o wspomniane w drugim rozdziale rozbieżności pomiędzy etnologami, socjologami i historykami medycyny, ale również w obrębie samej etnologii nie ma zgodności co do zasadności używania terminu medycyna ludowa⁴³⁶. Wydaje się więc, że dopóki nie uzyskamy pewnego konsensusu w kwestii terminologicznej trudno będzie mówić o rozwoju antropologii medycznej w Polsce. Jest kilku etnologów, którzy zajmują się problemami medycyny ludowej, wśród których wymienić można m.in. Zbigniewa Liberę i Adama Palucha, jednak zainteresowania te kierują się przede wszystkim na medycynę ludową XIX i początków XX w., a także na zmiany, jakie zaszły w jej obrębie, pozwalając na przekształcenie się pewnych po niej pozostałości w medycynę komplementarną. Również istotne wydają się antropologiczne badania zachowań mieszkańców miast, którzy może nawet w większym stopniu od mieszkańców wsi są podatni na indoktrynację różnego autoramentu uzdrowicieli i bioenergoterapeutów.

⁴³⁶ Na przykład Stomma dodaje medycynie ludowej, jak sam to określa „sarkastyczny cudzysłów” lub określa ją jako tak zwaną medycynę ludową – Stomma, *op.cit.*, s. 186, 253.

1. CHOROBA JAKO KONSTRUKT SPOŁECZNY I KULTUROWY

Choroba jest konstruktem społecznym i kulturowym, jest ponadczasowym bytem indywidualnym, który mimo licznych przekształceń przetrwał we współczesnej kulturze. Jest równocześnie stanem subiektywnym i obiektywnym, gdyż w bardzo licznych przypadkach pojawiają się rozbieżności pomiędzy subiektywną oceną chorego, co do swojego stanu, a lekarskim orzeczeniem. Pojęcie choroby jest więc wieloaspektowe, gdyż oprócz tych dwóch stanów pojawia się trzeci aspekt, społeczny, który przejawia się w potrzebie niesienia pomocy chorym.

Istnieje związek pomiędzy zdrowiem i chorobą, a kulturą, w jakiej człowiek żyje. Kształtuje ona bowiem ogólny poziom życia członków zbiorowości, wyobrażenia dotyczące zdrowia i choroby, stan wiedzy o przyczynach chorób, sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, postawy i zachowania wobec choroby i osób chorych, postawy i zachowania w stosunku do zabiegów leczniczych i lekarzy, co za tym idzie lekarzy wobec pacjentów oraz styl życia, który w bezpośredni sposób może wpłynąć na powstawanie chorób⁴³⁷. Każda kultura wykształciła pewne pojęcia, które ujawniają jej lęki i obawy w stosunku do pewnych zjawisk, m.in. choroby, ale trzeba podkreślić, że poglądy te różnią się nie tylko w odmiennych kulturach, lecz także w jednej i tej samej, zmieniają się na przestrzeni wieków pod wpływem nowych teorii naukowych, w tym wypadku medycznych.

Współcześnie każdą formę społecznej dewiacji można nazwać chorobą, co w większości przypadków znosi poczucie winy, a co najlepiej widać na przykładzie przestępców uwalnianych od podejrzeń lub odpowiedzialności karnej, na przykład na mocy orzeczenia o chwilowej niepoczytalności. Z drugiej jednak strony każda choroba może być rozpatrywana w kategoriach psychologicznych, kiedy przekonuje się pacjentów, że sami chcieli zachorować albo w nieuzasadnionych przypadkach wyleczenia z poważnej choroby, kiedy ktoś bardzo pragnie wyzdrowieć. Takie cudowne przypadki wyleczenia opisywała prasa, na przykład o chorej na raka kobiecie, która wyzdrowiała „spontanicznie”, bo bardzo tego chciała⁴³⁸.

Choroba wprowadza zawsze chaos w społecznej organizacji, następuje pomieszanie pełnionych ról społecznych, ale chaos ten jednocześnie wskazuje na istniejące w grupie podziały oraz przebieg linii sił rozłożonych w grupie. Może być także efektem zakłóceń w stosunkach rodzinnych, jak również oznaką napięć w konkretnym społeczeństwie⁴³⁹, ale jest też odwrotnie –

⁴³⁷ Tobiasz-Adamczyk, *op.cit.*, s. 55.

⁴³⁸ G. Dobiecki, *Dziwny przypadek*, „Twój STYL” 1993, nr 11, s. 46–48.

⁴³⁹ M. Wilson, *Zdrowie, postawy i wartości*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1984, s. 42.

choroba zawsze wywołuje zaburzenia w systemie rodzinnym, zwłaszcza jeśli chodzi o choroby przewlekłe. Człowiek chory potrzebuje wsparcia ze strony rodziny, bliskich, jeśli nie otrzyma takiej pomocy może się poczuć wyalienowany. Widać to zwłaszcza w przypadku chorób zakaźnych lub wymagających stałej opieki. Choroba zmienia zupełnie perspektywę, zwłaszcza choroba przewlekła, czy zakaźna; nic nie jest już proste i oczywiste. Każda chora osoba czuje swoją zależność, a jedyną bezpieczną przestrzenią w takich wypadkach jest dom i towarzystwo bliskich osób⁴⁴⁰, co w znacznej mierze przyspiesza proces leczenia. Jak bardzo potrzebne jest wsparcie rodziny wiedzą przede wszystkim chorzy na AIDS lub inne choroby zakaźne, które nadal wywołują ambiwalentne odczucia w społeczeństwie.

W latach 70. XX w. według Anny Firkowskiej-Mankiewicz, zahamowaniu uległ proces medykalizacji, co doprowadziło do odrodzenia się zainteresowań medycyną niekonwencjonalną, we wszystkich jej przejawach. Stało się tak m.in. dlatego, iż zmienił się obraz chorób atakujących społeczeństwo, kiedy prawie wykluczone zostały choroby spowodowane brakiem higieny, zarówno ludzi jak i domostw, czy też głodem, a pojawiły się choroby przewlekłe, wyniszczające, które pomimo zaawansowanych badań medycznych mają niejasne pochodzenie i nie poddają się leczeniu⁴⁴¹. Oczywiście więc wydaje się fakt, że medycyna przekształciła obyczaje, tylko po to, aby choroba mogła je na nowo odkształcić⁴⁴². Nieustająco pojawiają się choroby, których tempo rozprzestrzeniania i zarażania jest wielokrotnie większe od dotychczas znanych, co w konsekwencji prowadzi do powstawania nowych „spiskowych teorii”, obarczających winą za ten stan różne instytucje rządowe i pozarządowe, jak również cywilizacje pozaziemskie. Najnowszym przykładem jest oczywiście COVID-19, który dzięki szerokiemu dostępowi do źródeł został bardzo szybko poddany procesowi mityzacji.

Dawniej mówienie o chorobie było tematem tabu, dzisiaj wszelkiego typu przewlekłe choroby i związane z tym uciążliwości często stanowią temat rozmowy. W każdym „szanującym się” serialu polskim znajduje się co najmniej jedna osoba chorująca, bądź cierpiąca na skutek jakiegoś wypadku. W istocie rzeczy choroba stała się takim samym tematem rozmowy jak pogoda, chociaż niektórzy uważają, że: „jak ktoś tak ciągle mówi o chorobach, o tym, co kogo boli, to zachoruje; samo myślenie wywołuje chorobę”⁴⁴³.

⁴⁴⁰ Y.-F. Tuan, *Przestrzeń i miejsce*, tłum. A. Morawińska, Warszawa 1987, s. 174.

⁴⁴¹ A. Firkowska-Mankiewicz, *Teorie przyczyn chorób*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A Ostrowska, Warszawa 1990, s. 18.

⁴⁴² S. Sontag, *Metafory AIDS*, „Odra” 1989, nr 4, s. 27.

⁴⁴³ K., Bocanovice 2001. W dalszej części pracy będę cytować wypowiedzi respondentów w sposób zanonimizowany z podaniem płci (K – kobieta, M – mężczyzna), miejscowości oraz roku pozyskania danych.

Spośród wszystkich badanych osób większość uważa, że choroba, pojmowana ogólnie, a nie jako sprecyzowana jednostka chorobowa, powstaje z przyczyn naturalnych. Może to być przemęczenie, przeziębienie, zawianie, zatrucie pokarmowe, ale coraz częściej pojawia się również stres jako przyczyna zachorowania. Choroba jest również traktowana jako „broń przyrody przeciw za dużej liczbie ludzi”⁴⁴⁴. 5,5% respondentów⁴⁴⁵ uważa nadal, że można zachorować pod wpływem uroku rzuconego przez osobę trzecią. Stąd nawet wśród osób nie wierzących w zabobony wciąż popularny jest środek zapobiegawczy przeciw takim praktykom, czyli ochrona w postaci kawałka czerwonej wstążeczki, znany od bardzo dawna w wielu regionach Europy, również w wersji biało-czerwonej, na przykład w Bułgarii i Grecji⁴⁴⁶. Prawie 7% pytanym osób stwierdziło, że choroba jest karą Boską za grzechy jakie popełniamy – pojawiały się więc wypowiedzi typu: „Bóg zsyła nam na co zasłużyliśmy”⁴⁴⁷, „ludzie sami prowokują los”⁴⁴⁸ lub „Bóg kara bo się już na to patrzeć nie może”⁴⁴⁹. Jednak wydaje się, że tylko choroby ciężkie, przewlekłe, takie na przykład jak rak, czy AIDS, są postrzegane przez respondentów jako efekt kary Bożej. Pojęciu choroby już w Starym Testamencie towarzyszyła moralna ocena chorującego, który przez swą chorobę stawał się moralnie napiętnowany w społeczności i jak widać, pomimo wysoko rozwiniętej medycyny, współcześnie nie wszyscy są w stanie powstrzymać się od takich ocen, co najwyraźniej będzie widać w przypadku AIDS, a także COVID-19. Irracjonalne przesłanki moralnej oceny chorego i jego choroby stają się w niektórych warunkach czynnikiem psychogennym, który potęguje przebieg choroby i utrudnia leczenie⁴⁵⁰. Taki właśnie efekt wywołuje wspomniane wyżej twierdzenie, że ktoś sam chciał choroby, wręcz prosił o nią swym zachowaniem, niegodnym chrześcijanina. Jak inaczej zresztą może zareagować na takie oskarżenie osoba wierząca, mając w pamięci słowa:

Lecz jeśli nie będziesz posłuszny głosowi Pana, Boga twego, abys strzegł i czynił wszystkie przykazania jego i ustawy jego, które ja przykazuję tobie dziś, tedy przyjdą na cię wszystkie przekleństwa i ogarną cię: Przypuści Pan na cię morowe powietrze, aż cię wyniszczy z ziemi, do której idziesz, abys ją posiadł.

⁴⁴⁴ M., Bagieniec 2002.

⁴⁴⁵ Podane dane odnoszą się do ogólnej ilości zebranych wywiadów (404), które zostały zebrane w trakcie badań na Śląsku Cieszyńskim i Dolnym Śląsku. Zostały one ujęte razem, ponieważ dotyczą tego samego okresu.

⁴⁴⁶ W. Budziszewska, *Zdrowie, choroba i śmierć w przysłowia i wyrażeniach przysłowiowych bułgarskich / na tle porównawczym*, „Studia z filologii rosyjskiej i słowiańskiej” 1982, t. 12, s. 158.

⁴⁴⁷ K., Bagieniec 2003.

⁴⁴⁸ M., Świdnica 2003.

⁴⁴⁹ K., Navsi 2001.

⁴⁵⁰ K. Toeplitz, *O sensie moralnym choroby*, [w:] *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia. II krajowa konferencja lekarzy i humanistów*, red. B. Snarska, Gdańsk 1980, s. 160.

Uderzy cię Pan suchotami, i zimnicą, i gorączką, i upaleniem, i mieczem, i suszą, i rdzą, i będą cię doganiać aż wyginiesz. Zarazi cię Pan wrzodem Egipskim, i niemocą zadnicy, i krostami, i świerzbem, a nie będziesz mógł być uleczony. Zarazi cię Pan szaleństwem, i ślepotą, i zdrętwiałością serca... I obróci na cię wszystkie choroby Egipskie, którychś się lękał i chwycą się ciebie⁴⁵¹.

Oczywiście takie myślenie odnosi się przede wszystkim do chorób ciężkich, przewlekłych, bo przecież nikt nie potraktuje poważnie stwierdzenia, że grypa, czy katar jest efektem kary Bożej. Tutaj tłumaczenie jest proste i zwięzłe, przeziębienie, zawianie lub inne naturalne przyczyny. Aczkolwiek stwierdzenie typu: „dziecko poczęte po alkoholu będzie złośliwe” ciężko jest rozpatrywać w kategorii „kara Boża”, w mniemaniu informatora „choroba to je za grzech jakiś, robimy coś nieprawidłowo; cierpi się za grzechy w kilku pokoleniach”⁴⁵². W sporadycznych przypadkach, w odpowiedzi na pytanie o przyczyny chorób, pojawiały się wypowiedzi typu: „jak ciężarna patrzy na kalekę to jej dziecko będzie kaleką, a kiedy będzie podglądać przez dziurkę dziecko będzie świdrowate”⁴⁵³ albo „mówią, że każdy ma raka tylko nie każdy rak się budzi – musi być jakaś przyczyna, jak się zadraśnie”⁴⁵⁴, wskazujące na dawne wierzenia dotycząca chorowania przez zapatrzenie lub mówiące o istnieniu w ciele ludzkim stworzeń, które powodują choroby. Jednak w znacznym stopniu o chorobie myśli się jedynie w kategorii niewygody i strat: czasu, pieniędzy, być może pracy, jeśli choroba będzie się przeciągać, dopiero choroba poważniejsza, zakaźna lub śmiertelna zmusza do refleksji. Wtedy też pojawia się problem rozpatrywania choroby w kategorii kary Bożej, lub próba poszukiwania odpowiedzialnego za chorobę.

Jak dawniej, w kulturze typu ludowego, choroby można przewidzieć, jeśli potrafi się odczytać sny. Wbrew pozorom wiele postaci, rzeczy i zjawisk zapowiada nadejście choroby. Najczęściej jest tak w przypadkach, gdy śnią się zęby, przeważnie wrywane lub krwawiące, małe i brudne dzieci oraz brudna woda (tab. 1). Ale pojawiają się także stwierdzenia, że widok surowego mięsa, dołu lub spadania do dołu, włosów, przede wszystkim wrywanych albo czesanych, przepowiada rychłą chorobę. Zdarzają się oczywiście odstępstwa od tych przekonań, na przykład stwierdzenie: „biały koń albo porządkowanie szafy zapowiada chorobę śmiertelną, zaś dzieci – chorobę zwykłą”⁴⁵⁵.

Trudno jest dopatrzeć się genezy takich właśnie wyobrażeń, wydaje się, że tylko woda i zęby znajdują konkretne odpowiedniki w symbolice naszego kręgu kulturowego. Brudna, mętna, czy jak niektórzy mówili „kalna” woda,

⁴⁵¹ *Ibidem*, s. 158.

⁴⁵² M., Bystřice 2001.

⁴⁵³ M., Hrádek 2001.

⁴⁵⁴ K., Śmiałowice 2002.

⁴⁵⁵ K., Bagieniec 2003.

zwłaszcza stojąca, czyli staw albo bagno, błoto, przeciwstawiana wodzie czystej, źródlanej i płynącej, oznacza chaos, niepewną sytuację, ale wiąże się także z mocami demonicznymi, zawiera w sobie brudy, choroby i złe moce. Zęby które symbolizują przemijanie, ale także siłę, witalność, obmowę, kłótnię, cierpienie, jeśli się psują lub są wyrwane zapowiadają chorobę⁴⁵⁶. Włosy, co prawda mają wieloznaczną symbolikę, ponieważ reprezentują siłę, wielkość, płodność, szacunek, a jednocześnie mogą być przedmiotem działań magicznych skierowanych przeciwko właścicielowi, więc są nieczyste, jednak trudno dopatrzeć się związku z zapowiedzią choroby, chyba że poprzez analogię z kołtunem, czyli *plica polonica*. Podobnie jest w przypadku dzieci, które zasadniczo oznaczają początek, niewinność, niewiedzę, głupotę, ale także niewdzięczność i zmartwienie. Tylko poprzez dodanie określenia „brudne” można powiązać chorobę ze snami o małych dzieciach. Rzadko wspomniane jako zapowiedzi choroby, na przykład ryby, śliwki, biały lub czarny koń, mają już zupełnie odmienną symbolikę, która nie ma absolutnie nic wspólnego z chorobą. Interesującą opinią jest stwierdzenie, że „można sobie wyśnić chorobę i obudzić się już z bólem”⁴⁵⁷. Istotnym problemem jest w tym wypadku ogólna dostępność różnego typu senników, które niejako narzucają konkretne wyobrażenia. Można więc przypuszczać, że część z powyżej cytowanych zapowiedzi chorób stała się nimi dopiero po przeczytaniu pewnych informacji i powiązaniu ich z przypadkami zachorowań.

Tabela 1. Sny zapowiadające chorobę

Przepowiednie chorób w snach	Procent
Brudna woda	10,57%
Dzieci (małe, brudne)	5,76%
Zęby (krwawiące, wyrwane)	8,89%
Inne: - mięso surowe - włosy (wypadające, wyrwane) - dół lub spadanie do dołu - śliwki - biały lub czarny koń - wszy - cmentarz - człowiek w trumnie - ryby - żmija	9,61%

Opracowanie własne na podstawie ankiet.

⁴⁵⁶ W. Kopaliński, *Słownik symboli*, Warszawa 1990, s. 490.

⁴⁵⁷ M., Wierzbna 2003.

Zapowiedzią albo nawet przyczyną choroby może być także wiejący wiatr lub chmura unosząca się nad domem: „Niektórzy mówią, że z powietrza choroby przychodzą z wiatrem, bo jak wieje to człowiek wdycha i już ma w sobie”⁴⁵⁸ albo „Jak wiatr wieje to lepiej się w domu schować, bo diabeł się przyczepi i będzie nieszczęście”⁴⁵⁹. Informacje takie odnaleźć można w opracowaniu dotyczącym wcześniej (lata 80. XX w.) przeprowadzanych badań, uważano bowiem że gwałtowne zawirowania powietrza są efektem działalności diabła. Dlatego też wiatr i wiry powietrzne mogły być przyczyną wielu różnych chorób, np. żółtaczkę, bólu głowy, czy „zaczarowania”⁴⁶⁰. Możliwe, że wierzenia te są pozostałością po obecnych we wcześniejszych epokach przekonaniach, że choroby powstają od maleńkich, niewidzialnych żyjątek znajdujących się w powietrzu, czyli *contagium vivum*, albo są efektem działania miazmatów, czyli trujących oparów gnilnych zanieczyszczających powietrze. Jednak głównym sprawcą są tutaj przede wszystkim siły nieczyste, demony i diabeł. Natomiast chmura wisząca nad domem zapowiada chorobę albo nawet śmierć⁴⁶¹. Ludzie wierzą również, że zwierzęta wyczuwają chorobę, dlatego też jeśli psy wyją lub huczają sowy, należy się spodziewać w domu jakiegoś nieszczęścia⁴⁶². W kulturze ludowej znane i popularne było wierzenie, że każdą chorobę poprzedza miało wycie psów i pozukiwanie sów.

W postaci kilku opowiadań pozostały wyobrażenia o wyglądzie konkretnych chorób, pomimo, iż część osób uważa, iż „lepiej sobie jej nie wyobrażać... ale choroba jak zechce to i tak sama przyjdzie”⁴⁶³ albo „nie należy sobie samemu nic wyobrażać bo to może doprowadzić do obłądzenia”⁴⁶⁴. Przykładowo „cholera chodzi w czerwonej sukni z dziurami, a szkarlatyna to człowiek z białymi czarnymi paznokciami – na przemian”⁴⁶⁵, zaś „dżuma to jakaś kostucha na koniu”⁴⁶⁶. Z tym drugim wyobrażeniem wiąże się opowiadanie, podobno czytane w szkole na lekcji polskiego, które wspomniało parę osób. Niestety można jedynie domniemywać, że może tutaj chodzić o podanie pochodzące ze wspomnianego wcześniej zbioru K.W. Wójcickiego *Klechdy. Starożytnie podania i powieści ludowe*⁴⁶⁷. Pojawia się także, cytowany już w trzecim rozdziale, wizerunek dżumy w otoczeniu homenu, tyle że informatorka nie pamiętała dokładnie, o jaką chorobę chodziło: „czasami starsi mówili,

⁴⁵⁸ K., Bystřice 2001.

⁴⁵⁹ K., Sulislawice 2003.

⁴⁶⁰ Lebeda, *op.cit.*, s. 126, 135.

⁴⁶¹ K., Mrowiny 2002.

⁴⁶² M., Hrádek 2001.

⁴⁶³ K., Bocanovice 2001.

⁴⁶⁴ M., Bocanovice 2001.

⁴⁶⁵ K., Bystřice 2001.

⁴⁶⁶ M., Bagieniec 2003.

⁴⁶⁷ Wójcicki, *op.cit.*



23. Ubranie ochronne lekarza z czasów „czarnej śmierci”, Habit d'un Médecin du Lazaret de Marseille en 1720.

Źródło: Wikimedia Commons, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Habit_d%27-un_M%C3%A9decin_du_Lazaret_de_Marseille_en_1720.jpg (domena publiczna).

że to kobieta brzydka, ubrana na białe w otoczeniu zwierząt⁴⁶⁸. Inna opowieść dotyczy chorób zakaźnych: „spotkałam się z wyobrażeniem tyfusu czy cholery, przedstawia ptaka, wrona ubrana w taką maskę ochronną⁴⁶⁹. Przedstawienie takie jednak jest podobne do wizerunku lekarzy z czasów epidemii dżumy w Europie z XVI i XVII w., którzy ubrani byli w specjalne stroje ochronne (il. 23). Składały się one z długiej, ciemnej szaty i maski na twarz przeciwko zakażeniu, która miała kształt ptasiego dzioba. Być może więc nie chodziło o przedstawienie choroby, lecz wizerunek choroby został skojarzony z tekstami o zarazach, gdzie często umieszczano ilustrację przedstawiającą lekarza w stroju ochronnym. Choroba wyobrażana jest również jako „straszne babsko bezzębne⁴⁷⁰, cholera „to taka wysuszona kobieta⁴⁷¹, natomiast gruźlica „miała wygląd starej wiedźmy⁴⁷². Ale takie wyobrażenia chorób stanowią już tylko niewielki odsetek całych materiałów pochodzących z badań, kiedy

dość często słyhać było opinie podobne w tonie do tej: „tylko nierozwinięci ludzie mówią o wyglądzie choroby⁴⁷³. Pojawiają się za to twierdzenia, że „choroba trzyma i nie puszcza jak jakaś zmora; dusi czasem, ale to nie jest postać, to w duszy siedzi i czeka na słabego człowieka⁴⁷⁴ lub informacje przedstawione w formie żartu: „cholera to wiem jak wygląda, ale nie mam zdjęć teściowej⁴⁷⁵. Widać więc, że stare wyobrażenia praktycznie całkiem już

⁴⁶⁸ K., Wiśniowa 2003.

⁴⁶⁹ K., Kalno 2003.

⁴⁷⁰ M., Marcinowice 2003.

⁴⁷¹ M., Pożarzysko 2003.

⁴⁷² K., Żarów 2003.

⁴⁷³ M., Mrowiny 2002.

⁴⁷⁴ K., Krasków 2002.

⁴⁷⁵ M., Świdnica 2002.

zanikły, ponieważ o chorobie mówi się otwarcie i nie ma potrzeby tworzenia jej wizerunków, aby zmniejszyć strach. Coraz częściej ludzie żartują z chorób lub osób chorych, co zostanie zaprezentowane w rozdziale o współczesnych chorobach, jak również w prasie, telewizji, czy na murach.

Wyobrażenia chorób występujące w kulturze ludowej powstawały m.in. dlatego, że mimo licznych sekcji na zwierzętach wiedza dotycząca budowy ciała ludzkiego była uboga i niezbyt podatna na zmiany. Wydawałoby się, że dzisiaj, skoro wszyscy uczęszczają do szkół, na lekcjach biologii poznają anatomię człowieka, wiedza na temat położenia różnych organów ludzkich powinna być dobra. Socjologowie przeprowadzali liczne badania dotyczące stanu wiedzy pacjentów na temat informacji przekazywanych im przez lekarzy, rozmieszczenia poszczególnych organów w ludzkim ciele oraz samooceny zdrowia przez pacjentów⁴⁷⁶. We wszystkich tych przypadkach, zarówno rozpoznania poszczególnych organów i ich umieszczenia w ciele ludzkim, znajomości terminów medycznych oraz samooceny, widać wyraźny związek z wykształceniem, miejscem zamieszkania oraz wiekiem. Wydaje się to dość istotne z punktu widzenia na przykład prób otwierania ośrodków dla osób zarażonych wirusem HIV lub chorych na AIDS na wsiach, gdzie jak by wynikało z powyższych badań, wiedza medyczna jest jeszcze na niedostatecznym poziomie.

Wydaje się, że nigdy w takim stopniu, jak w dzisiejszych czasach, nie używano nazwy określonej choroby, aby obrazić inną osobę. Dzieje się tak m.in. dlatego, że choroba traktowana jest często jako dewiacja społeczna, której wynikiem może być labelling, czyli etykietowanie, naznaczenie. Oczywiście wiele zależy od tego, czy dana choroba jest społecznie napiętnowana, bo jeśli tak, raz przypięta etykieta „gruźlik”, „wariat”, „debil”, czy „sklerotyk” może pozostać na całe życie. W wielu jednak przypadkach sytuacja zdaje się być nieco odmienna. Najpopularniejszą inwektywą jest nazwanie kogoś „cholera” lub zastosowanie określenia, że ktoś „jest zły jak cholera”; używa go 9,61% społeczności, natomiast na dalszych pozycjach znajduje się określenie „gruźlik” – 3,6% i „zaraza” – 3,12% (tab. 2). Zdumiewa tak rozległa i, jak widać w kilku przypadkach, wciąż „unowocześniana” gama epitetów, którymi można obdarzyć innych ludzi.

Pojawiają się także nowe jednostki chorobowe, co daje możliwość rozwinięcia listy inwektyw: „ejcowaty”, „adidas”, oczywiście pochodzący od AIDS, oraz „anorektyk”, czy „anemik”. Ciekawy również wydaje się fakt, że w tak krótkim czasie, jakim jest zazwyczaj trwanie wywiadu, udało się niektórym respondentom przypomnieć tyle nazw. Powstaje pytanie, jak wiele nazw

⁴⁷⁶ Opisy przeprowadzonych badań zamieszczają m.in. Tobiasz-Adamczyk, *op.cit.*, s. 37–38; S. Tokarski, *Uwarunkowania zdrowia ludności wiejskiej w okresie transformacji ustrojowej w Polsce (na przykładzie rejonu Środkowo-Wschodniego)*, Lublin 1999, s. 7–71.

i z jaką częstotliwością wypowiedzianych przez informatorów, można byłoby poznać, gdyby było więcej czasu na zastanowienie.

Tego typu wyrażania używane są w ferworze jakiejś dyskusji, bądź w gniewie: „na małe dzieci starsi krzyczą, że zaraza albo cholera”⁴⁷⁷. Coraz częściej słyszy się je w trakcie zwyczajnych, codziennych rozmów, kiedy ludzie chcąc obrazić kogoś stosują różne inwektywy, typu: idiota, debil, paralityk. Oczywiście określenia te mają charakter naznaczający i pejoratywny, chociażby nazwy „gruźlik” i „suchotnik” odnoszą się do osób wychudzonych i kaszlących, bądź bladych, natomiast „anorektyk” do osób bardzo szczupłych, wręcz chudych. Ale w takich sytuacjach nie trudno o uogólnienia, ponieważ jak wynika z badań, ktoś o wątłym wyglądzie może zostać posądzony o bycie nosicielem wirusa HIV⁴⁷⁸. Nazwy chorób używane są również w formie przekleństwa: „niech cię kiła do siedmiu pokoleń męczy”⁴⁷⁹, „żeby cię zaraza zjadła”⁴⁸⁰ albo „żeby zjadł cię rak”⁴⁸¹. To ostatnie przekleństwo, w zestawieniu z ogólnie panującym na przełomie XX i XXI w. przekonaniem, iż jest to najgroźniejsza choroba dzisiejszych czasów, zdaje się być najcięższym przekleństwem.

Tabela 2. Etykiety, których nazwy pochodzą od konkretnych jednostek chorobowych

Choroba	Procent
Cholera	9,61%
Gruźlik	3,60%
Zaraza	3,12%
Inne: - down - suchotnik - tyfus - gangrena - anorektyk - paralityk - psychol - zgaga - tasiemiec - anemik - adidas - ejcowaty	8,89%

Opracowanie własne na podstawie ankiet.

⁴⁷⁷ K., Bystřice 2001.

⁴⁷⁸ M., Panków 2002.

⁴⁷⁹ M., Wiśniowa 2003.

⁴⁸⁰ K. Wierzbna 2003.

⁴⁸¹ M., Mrowiny 2002.

Jak doskonale wykazała to w swych esejach Susan Sontag, a także jak wskazują niektóre osoby w badaniach „używa się czasem słowa choroba metaforycznie”⁴⁸², choroba może także zostać użyta jako metafora jakiegoś określonego zjawiska. Sontag perfekcyjnie przeanalizowała przykład tworzenia się mitu gruźlicy i raka, które według niej sugerują, że człowiek jest sam w pełni odpowiedzialny za swoją chorobę. Mity te wykształciły się w epoce Romantyzmu, gdy uznano, iż gruźlicy są ludźmi namiętными, a ich choroba powstała z nadmiaru namiętności. Rak przeciwnie, atakuje osoby niezaspokojone seksualnie, które tłumią swoje uczucia, mają nieromantyczne usposobienie. Gruźlica ukształtowała nowy typ urody, była afirmacją wyższej świadomości, zaś osoba, która młodo umierała na tuberkulozę uznawana była za prawdziwie romantyczną osobowość. Powstająca w tym okresie literatura wskazuje, iż jej ofiary miały w sobie znacznie więcej erotyzmu, na przykład *Dama Kameliowa*⁴⁸³. Trudno także nie skojarzyć tego twierdzenia z filmową wersją podobnej historii, czyli filmu *Moulin Rouge*, którego akcja rozgrywa się w końcu XIX w. w środowisku bohemy paryskiej, gdzie główna bohaterka, piękna i utalentowana aktorka, w finale umiera na suchoty. Zmityzowana gruźlica to choroba duszy, natomiast rak jest chorobą ciała, wyrażającą niedostatki ekspresji chorującego. Rak mieści w sobie współczucie, ale także pogardę, nikt nie myśli o raku w taki sposób, jak myślano o gruźlicy, czyli o pięknej, czasami lirycznej śmierci. Tempo jego rozrastania się, można by rzec, że swoistego rodzaju determinacja w dążeniu do zniszczenia człowieka, spowodowało, że stał się użytecznym narzędziem metafory. Podobnie jak trąd, który atakował średniowieczną Europę, a później przekształcił się w wygodną dla pewnych sytuacji metaforę (unika się przecież określonych ludzi, czy miejsc jak trądu właśnie), rak także stał się metaforą. Jak twierdzi jednak Sontag, jest ona niezwykle fałszywa, ponieważ prowadzi do uproszczeń złożonych zjawisk i powoduje przeświadczenie o własnej słuszności⁴⁸⁴. Metafory chorób stały się bardzo użytecznym narzędziem propagandy i zasadniczo można je podzielić na dwie kategorie zależne od rodzaju choroby: bolesne, lecz uleczalne oraz śmiertelne. W XIX w. metafory chorób stały się bardziej ostre, jadowite i bardzo demagogiczne, ale już wcześniej były używane, zwłaszcza przez filozofów politycznych, jako metafory panującego bezładu społecznego, na przykład przez Machiavellego, czy Hobbesa. Największe inklinacje do używania symboliki choroby mają współczesne ruchy totalitarne. Hitler twierdził, że Żydzi „wywołują rasową gruźlicę wśród narodów”, Trocki nazwał stalinizm rakiem marksizmu, zaś standardową metaforą używaną przez arabskie radio

⁴⁸² M., Śmiałowice 2002.

⁴⁸³ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] *eadem, Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory...*, s. 16.

⁴⁸⁴ S. Sontag, *Choroba jako metafora*, [w:] *Osoby*, red. M. Janion, S. Rosiek, Warszawa 1984, s. 238.

dla określenia państwa Izrael, jest określenie „rak w sercu Bliskiego Wschodu”⁴⁸⁵. Metafory chorób stosowano również w latach komunizmu, wtedy jednak wpływy kultury zachodniej, czy też amerykańskiej traktowano jako zagrożenie dla „zdrowego państwa socjalistycznego”⁴⁸⁶. Dzisiaj bardzo łatwo o przykłady stosowania metafor, najczęściej raka, zarówno w literaturze, jak i mediach. Sięgając na przykład do Kołakowskiego dowiemy się, że „mit może rozrastać się jak tkanka nowotworowa”⁴⁸⁷.

Dzisiaj, jak twierdzi wspomniany wcześniej Turner, następuje proces sekularyzacji kultury, który objawia się zmniejszeniem roli religii w kulturze. W przeszłości ludzie zwracali się do konkretnych świętych, aby chronili ich od chorób, zwłaszcza chorób zakaźnych, takich jak dżuma, której patronem stał się św. Sebastian i św. Roch. Sądząc po badaniach, w przypadku polskiej wsi, opisywany przez Turnera proces nie jest mocno zaawansowany. Nadal respondenci uważają, że są święci, którzy są patronami chorujących na jakąś konkretną chorobę i w związku z tym, można się do nich zwrócić z prośbą o wsparcie w razie takiej konieczności. Sebastian zginął pod gradem strzał, które w symbolice chrześcijańskiej były atrybutem Boga karzącego ludzi za przewinienia. Widać to wyraźnie na zachodnioeuropejskich obrazach pochodzących z XV i XVI w., na których ukazany jest Chrystus wypuszczający strzały na ludzi⁴⁸⁸. Dlatego na niektórych przedstawieniach Sebastian jest ugodzony strzałami w tych miejscach ciała, które pierwsze atakowane były przez chorobę. Zresztą św. Sebastian, jako patron chroniący od epidemii, stał się bohaterem wielu obrazów (il. 26), mistrzów tej rangi co Rubens, Ribera, czy Tycjan. Innym świętym, do którego modlili się ludzie w obawie przed zarazą, a którego wspominali respondenci, jest Roch, którego kult rozszerzył się w Europie w XV w. Najbardziej znany wizerunek przedstawia Rocha w łachmanach żebraczych, z kartką w dłoni, na której widnieje napis: „Ci, którzy zostaną dotknięci zarazą, a będą wzywać na pomoc św. Rocha (il. 27), jako swego pośrednika i patrona będą uleczeni”⁴⁸⁹. Z zarazą kojarzony jest również, kilka razy przywoływany przez informatorów, św. Patryk; również jako święty od trądu, chociaż nie istnieją żadne przesłanki wskazujące go jako opiekuna trędowatych. Znany jest jako patron Irlandii. Juda Tadeusz jako święty, do którego zwracano się w sprawach beznadziejnych, uznany został patronem chorych nieuleczalnie, Walenty zaś oprócz tego, że jest patronem zakochanych, według panującej w naszym kraju od kilku dekad mody, jest także

⁴⁸⁵ S. Sontag, *Illness as Metaphor*, New York 1978, s. 83–84.

⁴⁸⁶ Chociażby grafika Waleriana Borowczyka *Dżuma z USA*, <https://marcleacock1.wordpress.com/2016/10/25/walerian-borowczyk-dzuma-the-plague-from-the-u-s-a-1952/>, dostęp: 24.08.2021.

⁴⁸⁷ L. Kołakowski, *Obecność mitu*, Wrocław 1994, s. 67.

⁴⁸⁸ J. Delumeau, *Strach w kulturze Zachodu*, Warszawa 1986, s. 101.

⁴⁸⁹ W. Zaleski, *Święci na każdy dzień*, Warszawa 1996, s. 474.

patronem umyślowo chorych i chorych na padaczkę. Najczęściej przywoływanym jest św. Błażej, który kojarzy się bardzo z chorobami gardła, ale dlatego też, że tradycja okadzania gardła świecą w jego imieniny, czyli 3 lutego, jest nadal aktualna i podtrzymywana przez Kościół. Związana z tym dniem legenda głosi, że Błażej uratował życie chłopcu, który zadławił się ością⁴⁹⁰. Św. Róża z Limy to w mniemaniu respondentów opiekunka chorych na ospę i cholereę, mimo że podobnie jak w przypadku Patryka, nie ma na ten temat żadnych danych. Według legendy św. Franciszek Maria z Camporosso złożył swe życie w ofierze Panu Bogu, aby uchronić Genuę od cholery, ale według informatorów Franciszek jest patronem trędowatych.

Osobą, do której zwracają się ludzie w potrzebie jest ojciec Pio, którego historia została opisana w licznie propagowanych publikacjach, a dzieci uczą się o nim w szkole: „na religii mówiliśmy o ojcu Pio, on miał stygmaty i brał na siebie całe cierpienie i choroby”⁴⁹¹. Nic więc dziwnego, że staje się nowym opiekunem chorych: „Ja uważam, że ci patroni to tak do końca nie pomagają. Ale ja kiedyś przeczytałam książkę o ojcu Pio i to na mnie ogromne wrażenie zrobiło. Pomyślałam wtedy, że on mi będzie z nieba pomagał. Nie wiem, czy to sobie sama wmówiłam, ale wydaje mi się, że pomaga, bo jestem bardzo zdrowa”⁴⁹². W sytuacji, kiedy jak się okazuje, tak wielu świętych „opiekuje” się nami, trudno chyba mówić o postępującym procesie sekularyzacji społeczeństwa, o którym pisał Turner. W myśl starej zasady: „Jak trwoga to do Boga”, nie można raczej mówić o zeświecczeniu polskiego społeczeństwa, zwłaszcza jeśli mowa o społeczności wiejskiej. Każda metoda jest dobra, aby utrzymać się w zdrowiu, nawet jeśli bierze się pod uwagę fakt, że część wspomnianych świętych jest patronami chorób, które od dawna nie nawiedzały Polski, ani Europy.

Jak widać więc na powyższych przykładach choroba może być traktowana jako konstrukt społeczny i kulturowy, w dalszym ciągu też mity jej dotyczące „wypełniają” luki w wiedzy medycznej. Choroba jest stanem obiektywnym i subiektywnym i musi być rozpatrywana w obu tych aspektach. Każda kultura wykształciła zasób pojęć precyzujących stany chorobowe i ich skutki dla danej społeczności, a zasób ten, w miarę ujawniania się nowych chorób, ulega zmianie. Pojawiające się choroby powodują powstanie całkowicie nowych form zachowania. Choroba osłabia człowieka fizycznie i psychicznie, dlatego człowiek chory potrzebuje wsparcia i akceptacji dla swego stanu ze strony rodziny, bliskich, ale także otaczających go ludzi. Choroba stała się częstym bohaterem licznych książek, filmów i seriali telewizyjnych, jak również tematem niewybrednych żartów. Jest także sposobem obrażania innych osób poprzez nadanie im konkretnych, związanych z różnymi chorobami, etykiet.

⁴⁹⁰ *Ibidem*, s. 75.

⁴⁹¹ K., Śmiałowice 2003.

⁴⁹² K., Mrowiny 2003.

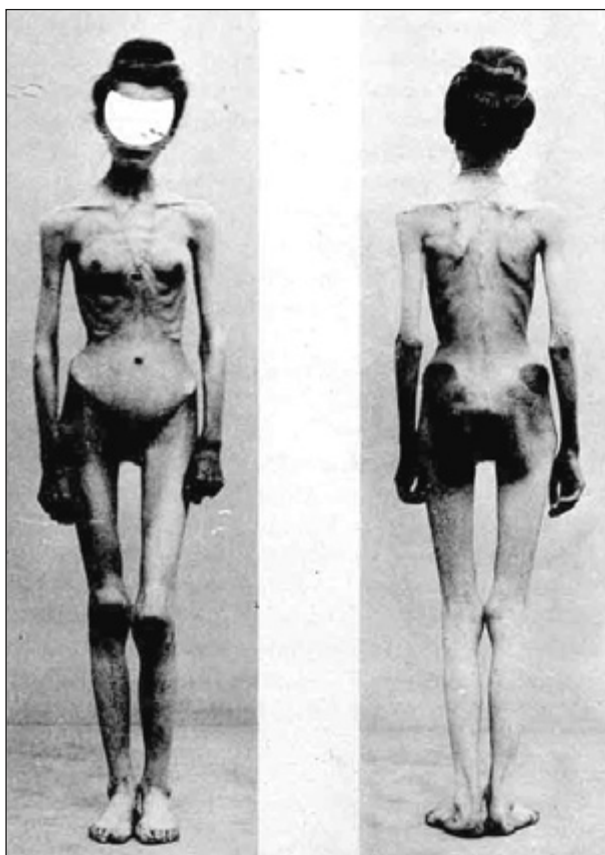
VILCACORA I INNE ZIOŁA I PREPARATY LECZNICZE

Profilaktyka i leczenie wszystkich chorób w tym przewlekłych np. stres, depresje, reumatyzm, impotencja, nowotwory, AIDS i inne.

*Wszystkie preparaty atestowane (zestawy mineralno - witaminowe nagrodzone przez UNESCO)
Dawkę profilaktyczną wg ulotek, dawkowanie lecznicze ustalamy z lekarzem. Zapraszamy również na kąpiele i masaże lecznicze.*

Oferujemy również kompleksową ocenę stanu zdrowia nową metodą OBERON (konieczna rejestracja minimum 14 dni). Badanie pozwala wykryć wczesne stany chorobowe i dobrać zestaw leczniczy. Tel 24h

24. Ogłoszenie o cudownym leku (znalezione w budce telefonicznej na pocz. lat 2000).
Źródło: archiwum autorki.



25. Przypadek anoreksji, 1900 r. Dwa obrazy anorektyczki pochodzące z francuskiego czasopisma „Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière”, t. 13, opublikowanego w 1900 r., autor Georges Gasne, kierownik Kliniki Salpêtrière.
Źródło: Wikimedia Commons, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anorexia_case_1900.jpg (domena publiczna).



26. *Święty Sebastian*, Tycjan, ok. 1570 r.
Źródło: Wikimedia Commons,
[https://commons.wikimedia.org/wiki/
File:Titian_sebastian.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Titian_sebastian.jpg) (domena publiczna).



27. Św. Roch, patron zadżumionych, *Saint Roch and an angel*, drzeworyt z XVI w.
Źródło: Wikimedia Commons, [https://commons.wikimedia.org/wiki/
File:Saint_Roch_and_an_angel_Wellcome_L0040389.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Saint_Roch_and_an_angel_Wellcome_L0040389.jpg)
(Creative Commons Attribution 4.0 International).

Większość dawnych wyobrażeń dotyczących chorób zanikła, jedynie niewielki procent respondentów pamięta jeszcze jakiegokolwiek personifikacje chorób, czy traktuje choroby jako efekt rzucenia uroku. Jednak 34% informatorów wierzy, że istnieją sny lub znaki, w postaci np. wiejącego wiatru, przepowiadające chorobę. Podtrzymywana jest również wiara we wstawiennictwo i opiekę niektórych świętych, którzy chronią przed chorobami.

2. PRAKTYKI SAMOLECZNICZE I STOSUNEK DO LEKARZY ORAZ UZDROWICIELI

Jak wynika z przeprowadzonych dla celów pracy badań, aż 21,15% respondentów (tab. 3) ma negatywny stosunek do lekarzy i służby zdrowia, jednak na podstawie wypowiedzi można stwierdzić, że głównym powodem takiej oceny jest nieudolna służba zdrowia, czy ogólnie rzecz ujmując system opieki zdrowotnej, o którym wypowiedziano się m.in. w taki sposób: „za dużo biurokracji”⁴⁹³, „chory system”⁴⁹⁴.

Tabela 3. Zachowania w stosunku do lekarzy i przedstawicieli lecznictwa pozamedycznego

Opinie o przedstawicielach medycyny i lecznictwa pozamedycznego	Procent
Zaufanie do lekarzy	12,01%
Zdecydowanie negatywny stosunek do lekarzy	21,15%
Preferowanie praktyk samoleczniczych	34,13%
Wizyty u znachorów	10,81%
Wizyty u znachora tylko ostatecznie	2,40%
Zdecydowanie negatywny stosunek do praktyk znachorskich	4,08%
Brak konkretnej wypowiedzi	19,71%

Opracowanie własne na podstawie ankiet.

Jednak dużo opinii świadczy o zupełnym braku zaufania do umiejętności lekarskich i negatywnym sposobie zachowania przedstawicieli medycyny akademickiej: „zdarzają się przypadki chamstwa wśród lekarzy”⁴⁹⁵, „lekarze

⁴⁹³ M., Świdnica 2003.

⁴⁹⁴ M., Sulisławice 2003.

⁴⁹⁵ K., Nowizna 2003.

bez pieniędzy nic nie robią⁴⁹⁶, „u lekarzy mierny poziom, pogorszyło się, jakby chcieli pieniędzy⁴⁹⁷, albo „lekarze tylko pieniądze biorą, wymądrzają się⁴⁹⁸. Słowa takie wskazują m.in. na korupcję wśród lekarzy, a także na problem, jaki widać w tej ostatniej wypowiedzi, czyli niemożność porozumienia się z lekarzem, który posługuje się fachową, nie zawsze zrozumiałą dla pacjenta, terminologią. Używanie zbyt naukowych sformułowań, rzadko kiedy tłumaczonych pacjentom, przypomina nieco praktyki stosowane przez znachorów, którzy szepotali jakieś zaklęcia i formułki, aby uleczyć chorego. Analogię taką podkreśla również niechęć lekarzy do objaśniania pojęć, jak również celowości podejmowania pewnych zabiegów, czy stosowania konkretnych leków. Takie traktowanie pacjentów przez lekarza stwarza w ich relacjach nieporozumienia, co w konsekwencji może prowadzić do całkowitego zniechęcenia w stosunku do lekarzy.

Parę osób wspomniało niesławną aferę „łowców skór” z łódzkiego pogotowia ujawnioną w 2002 r.: „pełno było takich afer, korupcja i sprzedawanie zwłok, ludzie stracili zaufanie⁴⁹⁹, „biorą kasę i dobijają⁵⁰⁰, co oczywiście stało się kolejną przesłanką do tego, aby nie ufać lekarzom. Afera w łódzkim pogotowiu na początku 2002 r. zbulwersowała całe społeczeństwo, ale przecież nie tylko z tego powodu lekarze utracili swój autorytet. Pojawiające się co jakiś czas artykuły w prasie, bądź reportaże telewizyjne i radiowe pokazujące niekompetencję lekarzy, nie wpływają dobrze na ocenę ich pracy. Przykładem może być tutaj artykuł zamieszczony w 2003 r. w tygodniku „Wprost”, który opisuje najczęstsze błędy lekarskie popełniane w szpitalach, czyli: przepisanie niewłaściwego leku (45%), podanie leku o niewłaściwym czasie (43%), przeoczenie zalecenia, by podać choremu lek (30%), zastosowanie niewłaściwej dawki (17%), oraz zalecenia zbyt częstego zażywania leku (10%)⁵⁰¹. Komisja zdrowia na III Kongresie Nauki Polskiej przedstawiła raport, w którym stwierdza, że trafność diagnoz w zakresie chorób wewnętrznych stawianych w polskich klinikach nie przekracza 50%⁵⁰², co świadczy o fakcie, iż lekarze sami zaczynają sobie zdawać sprawę z błędów, jakie popełniają. Takie błędy ze strony lekarzy powodują, że zwiększa się liczba pacjentów z powikłaniami zdrowotnymi na skutek niekompetencji lekarzy. Jakże częstym komunikatem radiowym, prasowym lub telewizyjnym jest informacja o chirurgu, który w trakcie zabiegu zaszył pacjentowi jakiś przedmiot w organizmie lub pielęgniarkach, które nie dopilnowały zabiegu.

⁴⁹⁶ K., Wierzbna 2003.

⁴⁹⁷ M., Bocanovice 2001.

⁴⁹⁸ M., Sulisławice 2002.

⁴⁹⁹ K., Świdnica 2003.

⁵⁰⁰ M., Mrowiny 2003.

⁵⁰¹ Z. Wojtasiński, *Choroba na receptę*, „Wprost” 2003, nr 20, s. 86.

⁵⁰² Paluch, *Wizerunek nasz...*, s. 126, przyp. 32.

Trudno się dziwić, że ludzie decydują się raczej na próby samoleczenia – 34,13% respondentów, niż pójście do lekarza, czy w najgorszym wypadku do szpitala, większość starszych osób nie chce nawet myśleć o takiej możliwości. Trzeba jednocześnie podkreślić, że leczenie samodzielne odnosi się przede wszystkim do lżejszych dolegliwości typu przeziębienie, zatrucia, bóle gardła, ponieważ większość respondentów deklaruje, że w sytuacjach poważniejszych stara się dostać do lekarza. „Stara się”, ponieważ wielokrotnie informatorzy podkreślają ogromne trudności z zarejestrowaniem się do lekarza pierwszego kontaktu, a cóż dopiero mówić o specjalistach: „lekarze nie chcą dawać skierowań, nie można liczyć na ubezpieczenie, trzeba się leczyć prywatnie, a to kosztuje”⁵⁰³; „u nas lekarz jeden na tyle ludzi, trzeba się zapisywać, to ja wolę do miasta do apteki i pani coś da; reformy się zmieniają, stołki zmieniają, kasę biją”⁵⁰⁴; „jeżeli płacę to wiem, że się mną opiekują, a jak idę społecznie, na kasę chorych, to jakiś Kaszpirowski stoi i od razu receptę daje”⁵⁰⁵. Odpowiedzi wskazują m.in. na brak czasu, jaki lekarze mogliby poświęcić pacjentom.

W raporcie „Polityki” z 1995 roku (tab. 4), dotyczącym samodzielnie stosowanych środków leczniczych w naszym kraju, najwięcej osób pytanych wskazało na użycie preparatów witaminowych – 43% zażywała je stale, natomiast 11,2% w sytuacjach sporadycznych, natomiast zioła na drugim miejscu, adekwatnie 33,9% i 9,6%⁵⁰⁶. Raport GUS z 2018 r. *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, a konkretnie wykres 16, pokazuje ile leków i suplementów diet spożywają Polacy, ponad 60% osób korzysta z „innych” leków, natomiast prawie 50% z suplementów diety. Widać więc tendencje wzrostowe⁵⁰⁷.

Tabela 4. Środki używane w trakcie samoleczenia

Czym się można leczyć	Stale	Sporadycznie
Witaminy	43,0%	11,2%
Zioła	33,9%	9,6%
Proszki od bólu głowy	18,4%	4,3%
Środki uspokajające	11,8%	4,5%
Środki na sen	5,9%	2,5%
Środki pobudzające	2,2%	1,7%

Źródło: W. Pawłowski, *op.cit.*, s. 15.

⁵⁰³ K., Mrowiny 2003.

⁵⁰⁴ K., Kalno 2003.

⁵⁰⁵ K., Mietków 2003.

⁵⁰⁶ W. Pawłowski, *Polak chory na życie*, „Polityka” 1995, R. 39, nr 15, s. 15.

⁵⁰⁷ *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r,-2,6.html>, s. 35, dostęp: 30.08.2021.

Najczęściej korzystamy z leków zakupionych w aptece bez recepty (przede wszystkim na przeziębienie i różnego rodzaju bóle), preparatów homeopatycznych, również do nabycia w aptekach, mieszanek ziołowych, przeważnie gotowych np. z Herbapolu, czy leków zakupionych na targowiskach, których autentyczność oraz ważność jest nie do sprawdzenia⁵⁰⁸.

Na wsi praktykuje się jeszcze hodowanie lub samodzielne zbieranie i przygotowywanie ziół, ale oczywiście kupowane także są gotowe: „niektóre ziołowe leki są powszechnie stosowane”⁵⁰⁹. Zazwyczaj chodzi o podstawowe zioła typu mięta, rumianek, lipa, dziurawiec, czarny bez itp. Jeśli chodzi o samodzielne kupowanie leków jest jeszcze kwestia różnego typu preparatów witaminowych i wzmacniających. Jak pisała Ewa Winnicka w 1995 r. Polacy zakupili 65 mln opakowań witamin i związków mineralnych, a w roku 2001 liczba ta uległa podwojeniu⁵¹⁰. W przypadku mieszkańców wsi jest to raczej sporadyczna praktyka, ze względu na niedostateczne finanse, na które narzekają prawie wszyscy, zarówno w kwestii wizyt u lekarzy, dawania łąpówek, jak i wykupywania przepisanych leków. Równie ważnym powodem, dla jakiego mieszkańcy wsi sięgają częściej po leki naturalne, jest kwestia tzw. chemii, która w mniemaniu pytanych osób jest znacznie bardziej szkodliwa dla zdrowia człowieka, niż np. zioła.

Respondenci podkreślają także, że zwracają się do lekarzy, aby starali się przepisać tańsze odpowiedniki leków, ale nie zawsze ich prośby są brane pod uwagę. Jedna z informaterek wspomina: „Miałam kiedyś ostatnie 50 złotych i 2 tygodnie do końca miesiąca. Zapytałam od razu u lekarza, czy będzie kilka złotych, bo jak drożej to lepiej niech nawet nie wypisuje. Powiedział, że nie. Poszłam do apteki, a tam kobieta mówi 48 zł. Już chciałam poprosić, żeby oddała mi te 50 zł, ale w kolejce za mną znajomi stali. Wstyd. I zostałam z tymi 2 zł na 2 tygodnie. – I jak tak wyżyć?”⁵¹¹. Oprócz tego więc, że trudno jest dostać się do lekarza, nie ma za co wykupić leków i nie można się porozumieć z lekarzem, który rzadko kiedy bierze pod uwagę co do niego mówi chory, choroba staje się źródłem wstydu dla pacjentów. Zarówno ze względu na swoją ułomność, bo są słabi i nieporadni, ale także przez wzgląd na brak środków na zakup leków. Łatwiej w takich wypadkach zdać się na sprawdzone i stare metody, na przykład zioła.

Z drugiej strony nie można generalizować twierdząc, że wszyscy lekarze są przekupni, nie słuchają swoich pacjentów, np. fakt, że nie mają dla pacjentów zbyt wiele czasu często wynika z różnego rodzaju układów wewnętrznych w konkretnej przychodni. 12% respondentów (tab. 3) deklaruje zaufanie, bądź pozytywny stosunek do znanych sobie lekarzy: „bardzo pozytywny, ja

⁵⁰⁸ E. Winnicka, *Odchodzi baba od lekarza*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 40, s. 81.

⁵⁰⁹ K., Milikowice 2003.

⁵¹⁰ Winnicka, *op.cit.*, s. 81.

⁵¹¹ K., Sulisławice 2002.

akurat na swojej drodze spotkałam prawdziwych z powołaniem”⁵¹², „ja lekarzy szanuję, wiele razy mi pomogli”⁵¹³, „lekarze tu dobrze zarabiają nie są przekupni”⁵¹⁴, „ja zawsze do lekarzy chodzę i dzieci wysyłam”⁵¹⁵.

Prawie 20% pytanych osób nie było w stanie udzielić wiążącej odpowiedzi w kwestii zaufania, bądź jego braku, w stosunku do lekarzy akademickich. Jak już wyżej zostało wspomniane, część z 21,15% respondentów niezadowolonych z opieki lekarskiej to osoby negatywnie nastawione do całego systemu zdrowotnego w Polsce. Trzeba brać pod uwagę, że może liczba ta byłaby niższa, gdyby respondenci byli w stanie oddzielić niechęć do lekarzy od tej wynikającej z niezadowolająco działającego systemu opieki zdrowotnej. W przypadku wyrażania pozytywnej opinii na temat pracy lekarzy pojawia się aspekt „oswajania” obcego, czyli lekarza. Tak jak bywało wcześniej w kulturze ludowej informatorzy mówią: „mam dwoje dzieci i oboje są lekarzami i ufam im...”⁵¹⁶, albo „ogólnie to dobry, ale tylko dlatego, że mam we Wrocławiu kolegę lekarza i on mi załatwia ważne rzeczy; inni lekarze są fatalni”⁵¹⁷. Powtarza się sytuacja opisana w trzecim rozdziale z okresu, gdy usługi lekarskie nie były ogólnodostępne, zaś lekarze wywodzili się najczęściej z innego niż pacjenci środowiska. Jedną z form osvajania obcości lekarzy było wtedy legitymowanie się pochodzeniem chłopskim lub umiejętnością powiązania wierzeń ludowych i wiedzy akademickiej.

Światowa Organizacja Zdrowia wyróżniła trzy formy nieprofesjonalnej opieki zdrowotnej: laicy, czyli rodzina, sąsiedzi, znajomi i grupy samopomocy; instytucje działające w społeczności lokalnej, na przykład organizacje charytatywne, kościelne i przyparafialne oraz przedstawiciele medycyny nieprofesjonalnej⁵¹⁸. Efektem niezadowolenia społeczeństwa z opieki zdrowotnej jest m.in. korzystanie z różnego autoramentu uzdrowicieli, zarówno na wsi, jak i w mieście, chociaż informatorzy podkreślali, że w mieście jest ich więcej: „znachorzy są w większych miastach”⁵¹⁹. 10,81% pytanych osób potwierdziło, iż kiedykolwiek w przeszłości korzystało z usług znachorów, zielarzy, uzdrowicieli itd.; 4,08% wypowiedało się w stylu: „jak ktoś ma za dużo kasy jeździ po szarlatanach”⁵²⁰, zaś 2,4% informatorów uważa, że do znachorów udajemy się tylko w ostateczności, gdy wszystkie inne środki zawodzą.

Można te informacje porównać z danymi uzyskanymi przez CBOS, cytowanymi w „Polityce” w 2002 r. 11% respondentów odpowiedziało, że raz

⁵¹² K., Wierzbna 2003.

⁵¹³ K., Bagieniec 2003.

⁵¹⁴ M., Navsi 2001.

⁵¹⁵ K., Wierzbna 2003.

⁵¹⁶ K., Bystřice 2001.

⁵¹⁷ K., Mrowiny 2003

⁵¹⁸ Firkowska-Mankiewicz, *op.cit.*, s. 21.

⁵¹⁹ M., Navsi 2001.

⁵²⁰ M., Panków 2003.

odwiedzili leczącego, nie będącego lekarzem medycyny, 20% – kilka razy, 4% – wiele razy, natomiast 64% pytanym osób stwierdziło, że nigdy nie leczyli się u uzdrowicieli⁵²¹. Zasadniczo osoby, które udają się do współczesnych uzdrowicieli można podzielić na kilka kategorii: chorych nieuleczalnie, przeważnie wspomina się chorobę nowotworową (tutaj także można zaliczyć 2,4% społeczeństwa, które uważa, iż do znachorów udajemy się tylko w ostateczności, gdy inne środki zawodzą); osoby, które nie widzą skutków leczenia podejmowanego przez lekarzy; tych, którym lekarze nie gwarantują szans na skuteczne leczenie; zainteresowanych metodami znachorów; osoby obawiające się bólu oraz ulegające masowej sugestii⁵²². Pomimo, iż podział ten został stworzony ponad sześćdziesiąt lat temu, jest nadal aktualny, a sądząc po wynikach badań jeszcze długo stan taki będzie trwać, gdyż rynek oferuje zbyt wiele możliwości korzystania z usług uzdrowicieli, natomiast niezadowolenie z pracy lekarzy jest stosunkowo duże. Chwilowo nie ma także szans na poprawę zaistniałej sytuacji, ponieważ wymagałoby to ogromnych nakładów finansowych na służbę zdrowia i wprowadzenia ze strony państwa polskiego nowych rozwiązań prawnych, dotyczących praktyk uzdrowicieli. Doskonale zostało to uwidocznione w okresie pandemii, kiedy po kilku miesiącach okazało się że system opieki zdrowotnej jest w Polsce absolutnie niewydolny i brakuje rozwiązań usprawniających tę sytuację. Dodatkowo istnieje problem odhumanizowania współczesnej medycyny akademickiej, która zamieniła się w wyspecjalizowane kombinaty do leczenia poszczególnych jednostek chorobowych, a nie ludzi⁵²³.

Wśród osób niezdecydowanych, jeśli chodzi o opinię na temat lekarzy i znachorów, jest wielu respondentów, którzy co prawda nie deklarują, iż leczą się u znachorów, ale słyszeli o praktykujących gdzieś w okolicy: „w Gródku jest Kaleta, zielarz, ale leczy tylko wybrane choroby”⁵²⁴, „jest we wsi taki jeden, ale nie powiem nazwiska, może to i znachor; taki, co ręce przykłada; zawsze potem to ciężko odchorowuje; często pomaga chorym na depresję, leczy ze stresu”⁵²⁵. Jak zresztą wskazują wyniki badań nie była to jedyna osoba w tej miejscowości, która podejmowała leczenie innych: „była znachorka zajmowała się zwichnięciami i niemowlakami”⁵²⁶. Zdarzają się przypadki, że leczący pochodził z rodziny: „teść był zielarzem, ale już nie żyje”⁵²⁷, „a na zwichnięcia to mój ojciec umiał zamawiać; jak sobie raz dziecko rączkę zwichnęło to tato

⁵²¹ Winnicka, *op.cit.*, s. 78.

⁵²² J. Radzicki, *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*, Warszawa 1960, s. 105.

⁵²³ Paluch, *Wizerunek nasz...*, s. 126.

⁵²⁴ K., Bocanovice 2001.

⁵²⁵ K., Mrowiny 2002.

⁵²⁶ M., Mrowiny 2003.

⁵²⁷ K., Mościsko 2003.

szeptał nad tę rączynką, wodą zimną polewał i zawijał szmatką⁵²⁸. Informacje dotyczą także uzdrowicieli z dalszych stron: „tutaj nie; wiem, że znajomy jeździł do takiego, co tylko ziołami leczył, ale to aż za Łódź; we Wrocławiu franciszkanie leczą ziołami, w Świdnicy Chinka była, leczyła akupunkturą, ale tylko rok, potem lekarze... nie miała zezwolenia⁵²⁹, a w przypadku Czeskiego Śląska: „pojechałem do Oławy pierwszy raz, trafiliśmy do proboszcza, on nie chciał powiedzieć jak dojechać... Domański leczy przez dotyk misyjnym krzyżem⁵³⁰, czy stwierdzenie: „ludzie stąd mają kontakt z polskimi zielarzami⁵³¹”.

Wielu respondentów wspominało o osobach uzdrawiających, związanych z Kościołem, na przykład siostry zakonne z Sobótki, które leczą ludzi ziołami: „w Sobótce są siostry zakonne, co ponoć uzdrawiają⁵³², „siostry zakonne leczą, tzn. robią leki ziołowe⁵³³, „podobno w Sobótce jest jakiś dom, w którym mieszkają siostry zakonne; słyszałem, że potrafią uzdrawiać, ludzie przyjeżdżają do nich z całej Polski⁵³⁴. Ale jak widać, nikt nie twierdził, że się u nich leczy, wszyscy tylko „słyszeli”, najprawdopodobniej pomyłono także miejscowość, ponieważ w jednym przypadku podano, iż chodzi o Strzelin, nie Sobótkę. Wymieniano również franciszkanów z Wrocławia, którzy mają leczyć ziołami⁵³⁵, ojca Grande, także z Wrocławia, przepisującego mieszanki ziołowe⁵³⁶, czy księdza z miejscowości Żelów, który leczy ziołami⁵³⁷. Jedna z respondentek jeździła do ojca Grzegorza z Rychwałdu w okolicy Żywca po zioła, który najpierw zdiagnozował jej problemy, a później zalecił odpowiednią mieszankę⁵³⁸.

Zarówno w Polsce, jak i w Republice Czeskiej bardzo często można było spotkać uzdrowicieli zza wschodniej granicy: „w Dolnej Łomnej jest Białorusinka, która leczy bioprądami i masażem⁵³⁹, „kupiła tu dom Ukrainka i ona pono ziołami leczy⁵⁴⁰, „mama leczyła się u Rosjanki w Świdnicy akupunkturą na stwardnienie; pomogło na dwa dni⁵⁴¹, „są kręgarze z Rosji⁵⁴², „w Świdnicy Ukrainka przyjeżdża, zioła daje, kręgosłup nastawia⁵⁴³. Leki, o których pisałam wcześniej, najprawdopodobniej także pochodzą zza wschodniej

⁵²⁸ K. Mrowiny 2003.

⁵²⁹ M., Sulisławice 2002.

⁵³⁰ M., Bocanovice 2001.

⁵³¹ K., Bocanovice 2001.

⁵³² K., Wierzbną 2003.

⁵³³ K., Tuszyn 2003.

⁵³⁴ M., Wiśniowa 2003.

⁵³⁵ M., Sulisławice 2002.

⁵³⁶ M., Śmiałowice 2002.

⁵³⁷ K., Nasławice 2003.

⁵³⁸ K., Bolesławice 2002.

⁵³⁹ K., Bocanovice 2001.

⁵⁴⁰ K., Bytřice 2001.

⁵⁴¹ K., Niegoszów 2002.

⁵⁴² K., Wierzbną 2002.

⁵⁴³ M., Wiśniowa 2003.

granicy, ale niestety nie zawsze są przebadane i korzystanie z nich może wywołać chorobę, jak w przypadku pewnej mieszkanki Łodzi, której kuracja lekami z targu zakończyła się wizytą w szpitalu i poważnymi komplikacjami zdrowotnymi⁵⁴⁴.

10,81% respondentów deklaruje, że przynajmniej raz próbowali się leczyć przy pomocy znachorów, uzdrowicieli, kręgarzy, czy zielarzy. W większości przypadków byli zadowoleni z efektów takich kuracji: „ja byłam w Kudowie u mężczyzny, który miał *rentgen* w palcach; nastawił mi kostkę, wcześniej złamaną i składaną przez chirurga; wciąż mnie bolała... tak mi nastawił, że przestało mnie boleć”⁵⁴⁵, „w Zagórzcu Śląskim jest znachor, który zamyka oczy i wie co ci jest; ojciec leczy u niego guz mózgu i bardzo mu to pomaga, nie chodzi już do lekarzy”⁵⁴⁶, „moja siostra korzystała z pomocy Japonki; leczyła ona ziołami, akupunkturą... mojej siostrze pomogły te zabiegi”⁵⁴⁷, lub „korzystałam z jednego z uzdrowicieli w Legnicy; miałam wielkie kłopoty z moimi migrenami... posadził mnie na krześle i wahadełkiem ruszał mi nad głową i jakieś zaburzenia nerwów wyczuł... pomogło na to i bóle przeszły”⁵⁴⁸. Oczywiście są to jedynie wrywki, gdyż wypowiedzi w podobnych w tonie jest znacznie więcej, a jak widać metody leczenia są bardzo różne, począwszy od tych, które można nazwać naturalnymi, typu ziołolecznictwo, czy akupunktura, a skończywszy na wykrywaniu źródła choroby za pomocą waha-delka, czy przesyłaniu sił magnetycznych poprzez dotyk.

Powstaje pytanie, skąd w naszym kraju tak wielu „dyplomowanych” uzdrowicieli i dlaczego ludzie tak chętnie i ufnie zwracają się do nich o pomoc. Po latach starań podjętych w celu propagowania medycyny akademickiej w okresie powojennym, kiedy wydawało się, że wszelkie problemy rozwiąże społeczny system zdrowotny, pod koniec lat 70. XX w., w momencie zahamowania procesu medykalizacji, ponownie pojawiło się zapotrzebowanie na praktyki przedstawicieli medycyny niekonwencjonalnej. Lecznictwo ludowe nigdy nie znikło ze wsi, niemożliwy byłby całkowity zanik tradycyjnych metod leczenia, ale nigdy też do tej pory omawiane zjawisko nie przyjęło takich rozmiarów jak współcześnie. Na uwagę zasługuje tutaj także fakt, że zwiększył się procent ludności miejskiej korzystającej z pomocy przedstawicieli medycyny nieprofesjonalnej. Spotkania z przyjeżdżającym do Polski duchowym uzdrowicielem Clivem Harrisem w latach 1978–1984, czy ze znanym polskim bioenergoterapeutą Stanisławem Nardellim w latach 1980–1984 przybrały formy mityngów, na które przychodziło po kilka tysięcy ludzi⁵⁴⁹.

⁵⁴⁴ Winnicka, *op.cit.*, s. 81.

⁵⁴⁵ K., Kielczyn 2003.

⁵⁴⁶ K., Mrowiny 2003.

⁵⁴⁷ K., Mrowiny 2002.

⁵⁴⁸ K. Świdnica 2002.

⁵⁴⁹ W. Piątkowski, *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990, s. 74.

Wydarzenia te spowodowały przełom w medycynie niekonwencjonalnej, której ekspansja spowodowała potrzebę utworzenia nowych instytucji społecznych w celu regulacji tego typu działalności.

Od początku lat 90. XX w. w telewizji polskiej zaczęto emitować programy z udziałem znanego u nas już wcześniej Anatolija Kaszpirowskiego, zaś wyniki CBOS świadczą, że cieszyły się one ogromną oglądalnością. Aż 59% Polaków deklaruowało, iż ogląda seanse Kaszpirowskiego, które przybrały formę serialu telewizyjnego⁵⁵⁰. Sam Kaszpirowski miał podobno powiedzieć o swojej metodzie:

jestem w większym stopniu praktykiem niż teoretykiem. Uważam, że w czasie seansu zachodzi pobudzenie samoregulacji, nastawienie ludzi na wyleczenie. Nasz mózg posiada informacje o wszystkich niesprawnościach w organizmie, o których my możemy nawet nie wiedzieć⁵⁵¹.

Na marginesie trzeba dodać, że jak wskazywały ówczesne badania nad kulturą masową, właśnie seriale z zaznaczonym wątkiem medycznym, na przykład *Szpital na peryferiach* czy *Doktor Kildare*, cieszyły się bardzo dużą popularnością⁵⁵², a o tym, że jest tak nadal świadczy chociażby wspomniany przez respondentów w trakcie badań serial polski, *Na dobre i na złe*. Wzorem amerykańskiego serialu *Ostry dyżur*, toczy się on głównie na terenie szpitala, natomiast o jego ogromnej popularności wśród telewidzów świadczy chociażby fakt uhonorowania go licznymi nagrodami publiczności (np. Małgorzata Foremniak i Artur Żmijewski dwukrotnie otrzymali nagrody „Tele Tygodnia” za główne role). Serial, pomimo licznych rozszarpaności obsady, kręcony jest nieprzerwanie od 1999 r. Inne popularne polskie seriale „medyczne” to *Lekarze*, *Echo serca* czy *Diagnoza*. Z zagranicznych seriali, których akcja toczy się w szpitalu/przychodni można wymienić najbardziej chyba popularne: *Dr House* – kilka sezonów przygód ekscentrycznego ale bardzo błyskotliwego lekarza diagnosty, czy *Chirurdzy* – opowieść o życiu zawodowym i prywatnym stażystów w szpitalu w Seattle.

Warto wspomnieć, że zarówno Kaszpirowski, jak i Harris są nadal pamiętani przez część pytaných osób: „kuzynka jeździła do Harrisa z Anglii, bo nie mogła zająć w ciąży”⁵⁵³.

⁵⁵⁰ Fenomen Kaszpirowskiego został dokładnie przeanalizowany przez W. Piątkowskiego w pracy *Listy do Kaszpirowskiego*, Lublin 1993. Przedstawił w niej listy jakie nadeszły do redakcji telewizji polskiej w trakcie i po nadaniu programów z udziałem Anatolija Kaszpirowskiego. Znajduje się tam statystyczna analiza oddziaływania Kaszpirowskiego na ludzi, czyli negatywne lub pozytywne efekty jego działalności.

⁵⁵¹ W. Gubariew, *Spotkania z doktorem Kaszpirowskim*, Warszawa 1990, s. 11.

⁵⁵² W. Piątkowski, *Listy do Kaszpirowskiego*, Lublin 1993, s. 13.

⁵⁵³ K., Wiśniowa 2002.

W tym okresie rozpoczął również działalność Zbigniew Nowak – bioenergoterapeuta, który występował w telewizji w cyklicznym programie „Ręce, które leczą”, ale w przeciwieństwie do Nardellego, Kaszpirowskiego i Harrisa, Nowak nadal praktykuje. Jest właścicielem swoistego imperium stworzonego w odpowiedzi na wzrastające w społeczeństwie zapotrzebowanie na uzdrawianie. Nowak jest pamiętany przez ludzi, zwłaszcza dzięki programowi telewizyjnemu: „tutaj są tylko pielęgniarki, ale w telewizji to był ten Nowak – uzdrowiciel co rękami potrafił wszystko wyleczyć”⁵⁵⁴, „Nowak co leczy rękami i wiele ludzi w niego wierzy”⁵⁵⁵, „tu nie, ale w Warszawie Zbyszek Nowak, ręce które leczą, ja bym nie wierzył, ale ludzie się wypowiadają”⁵⁵⁶. Warto podkreślić, że świadectwa osób wyleczonych, które występują w tego typu programach, dodają uzdrowicielowi prestiżu i powodują, iż ludzie mają do niego zaufanie. Na pytanie, w jakich wypadkach ludzie udają się do znachorów otrzymaliśmy na przykład odpowiedź: „wtedy, kiedy medycyna nie pomaga, ale też gdy oglądają w telewizji ludzi, którzy zostali uzdrowieni przez np. człowieka leczącego rękoma, powiedzmy Zbigniewa Nowaka”⁵⁵⁷.

Prawie równocześnie z pojawieniem się różnego typu uzdrowicieli zaczęły się ukazywać w prasie artykuły demaskujące ich praktyki, np. W.A. Nolena o amerykańskim chirurgu, który odkrył oszustwa „chirurgii psychicznej”, niezwykle podobnej do tzw. bezkrwawych operacji, przeprowadzanych przez Filipinczyków⁵⁵⁸, oraz artykuły wskazujące na bardzo częste uchybienie znachorów, czyli nakłanianie pacjentów do rezygnacji z fachowej opieki lekarskiej⁵⁵⁹.

Właściwie telewizyjne seanse Kaszpirowskiego wywołały kolejną falę zainteresowania medycyną niekonwencjonalną, co za tym idzie pojawiła się rzesza różnego autoramentu uzdrowicieli. Ogłoszenia dotyczące praktyk uzdrawiaczy ukazywały się w licznych czasopismach, a także na słupach ogłoszeniowych, 20 lat temu w budkach telefonicznych, w każdym regionie kraju. Ogłoszenie umieszczone w tekście (il. 24) zapewnia wszystkich chorych, nawet na AIDS, że nowy lek – Vilcacora – jest w stanie wyleczyć wszystko. W jednej z dolnośląskich gazet pojawił się anons Jerzego Łaniewskiego: „leczę prawie wszystko”, w *Głosie Wielkopolskim*: „Mam dar od Boga uzdrawiania ludzi”, natomiast w *Gazecie Wyborczej* ogłaszał się „amerykański profesor” leczący przy pomocy „technik medycznych – 2000 roku”⁵⁶⁰. Ogłoszenia tego typu nadal ukazują się w różnych gazetach o zasięgu zarówno krajowym, jak i lokalnym, że przytoczę tylko przykład „Nowej Gazety Lokalnej” ukazującej się na

⁵⁵⁴ K., Domanice 2003.

⁵⁵⁵ K., Wierzbna 2003.

⁵⁵⁶ M., Sulisławice 2002.

⁵⁵⁷ M., Sulisławice 2003.

⁵⁵⁸ W.A. Nolen, *Uzdrowiciele*, „Polityka” 1984, R. 28, nr 52, s. 10–11.

⁵⁵⁹ B. Kamiński, *Uzdrowicielu – uzdrawiaj się sam*, „Polityka” 1986, R. 30, nr 3, s. 10.

⁵⁶⁰ M. Henzler, V. Krasnowska, *Dar od Boga*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 4, s. 9.

Opolszczyźnie, w której na przestrzeni lat 2015–2018 w sezonie wiosennym i jesiennym ukazywały się ogłoszenia o filipińskich uzdrowicielach leczących praktycznie wszystkie choroby. W większości przypadków ogłoszeń oferty zawierały opis leczonych przypadłości, wspaniałe efekty, jakie przynosi kuracja, oczywiście z wymienianymi przykładami konkretnych osób, a czasem także wyliczały posiadane przez uzdrowiciela tytuły „naukowe”. Działający w Łodzi od początku lat 90. XX w. Aleksander Ostrogorski był „dyplomantem Centrum Medycyny Niekonwencjonalnej przy Akademii Nauk Medycznych ZSRR”, zaś mieszkający w Polsce od wielu lat Holender J. Ronge, przedstawiał się jako „Generalny Konsultant i Ekspert ds. Bioenergoterapii. Magnetiseur. Prof. Johannes Hubertus Christian Roengen – Holender”⁵⁶¹. W taki oto sposób dokonała się przemiana zwykłego człowieka w dyplomowanego uzdrowiciela, która nobilitowała go w oczach potencjalnych klientów i dodawała pewnego rodzaju autentyczności. Bardzo popularnym uzdrowicielem w ostatnich latach jest Jerzy Zięba, który nie tak dawno przekonywał swoich wyznawców, że nowotwory można leczyć „lewoskrętną witaminą C”, która w przypadku COVID-19 również miała być niezwykle skuteczna⁵⁶².

Dodatkowo na rynku pojawiły się spółki, legalizujące praktyki uzdrowicieli, starających się o uzyskanie pozwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej. W urzędach administracji terytorialnej nikt się w latach 80. i 90. XX w. nie zastanawiał, czy istnieją jakieś dodatkowe artykuły regulujące pracę uzdrowicieli⁵⁶³. Problematyczny przede wszystkim powinien być fakt, iż leczeniem zajmują się osoby, które nie mają do tego żadnych uprawnień, a co za tym idzie nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności za swoje praktyki, m.in. dlatego, że stałą praktyką tego typu znachorów jest ciągle przemieszczanie się po całym kraju. Oczywiście na efekty wykorzystania luki prawnej nie trzeba było długo czekać. W prasie pojawiły się wzmianki o procesach znachorów, którzy doprowadzili swych pacjentów do utraty zdrowia; na przykład opisujące uzdrowiciela, który usiłował wyleczyć pacjenta chorego na cukrzycę i przepisał mu w tym celu łykanie żywych rybek i moczu. Chory został doprowadzony do stanu krytycznego, zaś znachora poszukiwano listem gończym na terenie województwa koszalińskiego, ale ten w międzyczasie przeniósł się do Poznania⁵⁶⁴. W 2014 r. głośny był przypadek zagłodzenia dziewczynki przez rodziców⁵⁶⁵, co stało się w wyniku proponowanej przez

⁵⁶¹ *Ibidem*, s. 9.

⁵⁶² <https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/zieba-chcial-leczyc-koronawirusa-lewoskretna-witamina-c-i-dozylnym-perhydrolem/301tw53>, dostęp: 30.08.2021.

⁵⁶³ *Ibidem*.

⁵⁶⁴ A. Kaczyński, *Proces znachora*, „Rzeczpospolita”, 8.03.1995, s. 3.

⁵⁶⁵ A. Fałek, *Prokuratura uchyliła areszt rodziców zagłodzonej Madzi*, <https://gazetakrakowska.pl/prokuratura-uchyliła-areszt-rodzicow-zaglodzonej-madzi-wideo/ar/3677394>, dostęp: 30.07.2021.

znachora kuracji. Jego sprawa odbiła się szerokim echem w mediach i zakończyła, po długim procesie, wyrokiem skazującym za nieumyślne spowodowanie śmierci oraz świadczenie usług medycznych bez uprawnień⁵⁶⁶.

W przypadku znachorów leczących na wsi sytuacja wygląda nieco inaczej. Nie ogłaszają się w prasie, ponieważ nie muszą, gdyż znani są powszechnie i zazwyczaj, ze względu na posiadaną wiedzę, cieszą się szacunkiem całej społeczności. Często jednak zdarza się, że lepiej zna się tych, którzy mieszkają dalej, mieszkają w oddalonej od naszej miejscowości. „Był kiedyś w Ligotce taki pan Wojnar – on to był dobry, poważany; ale zmarł jakiś czas temu; sam doszedł do takiej wiedzy i wykształcenia nie miał”⁵⁶⁷, „tylko znachorzy dobrze wykreślają choroby; u nas we wsi był taki jeden, co mu palce u nóggniły i lekarze nie mieli żadnego ratunku, a u nas znalazła się taka znachorka, że natychmiast rany ustąpiły... to jest panie lekarz prawdziwy a nie ci lekarze wyszkoleni”⁵⁶⁸. Zresztą, jak twierdzi Libera, w dużej ilości przypadków ludność wiejska udawała się niegdyś do znachorów, którzy zamieszkiwali w odległych okolicach, a nie do tych we własnych wioskach, m.in. dlatego, że znachorzy mieszkający w sąsiedztwie byli znani i wiedziano, czego można się po nich spodziewać⁵⁶⁹. W trakcie badań pojawił się również ciekawy aspekt działalności znachora wiejskiego, ponieważ jak się okazało nie każdy może zostać do niego skierowany, o czym może świadczyć wypowiedź, gdzie usłyszeliśmy: „jest we wsi taki jeden, ale nie powiem nazwiska”. Pytanie tylko, czy nie powiem, bo uważam, że to szarlatan i szkoda czasu, czy też dlatego, aby obce osoby nie wiedziały, kim jest rzeczony znachor? Zresztą w większości przypadków usłyszeliśmy wiele powtarzających się w danych miejscowościach nazwisk, więc był to odosobniony przypadek.

Warto zastanowić się, w czym tkwi przyczyna tak wielkiego zainteresowania i popularności medycyny komplementarnej. Niewielka liczba respondentów jest w stanie przyznać, że leczenie takimi metodami opiera się w głównej mierze na sugestii i wierze w pozytywne efekty: „mój mąż mówił po powrocie, że mu pomogło, ale nie wiem, czy to nie była bardziej sprawa wiary”⁵⁷⁰, „niektórzy ludzie udają się do bioenergoterapeutów, do zielarzy ze swymi problemami; ale to chyba bardziej ze strony psychologicznej pomaga”⁵⁷¹, „nie wiem, co decyduje o wyleczeniu, czy też nie; może wiara w jego skuteczność”⁵⁷². Czyli znowu pojawia się czynnik psychogeny, na zasadzie „wiara czyni

⁵⁶⁶ *Nowy Sącz. Wyrok dla znachora: 3,5 roku więzienia*, <https://gazetakrakowska.pl/nowy-sacz-wyrok-dla-znachora-35-roku-wiezienia-wideo/ar/11817080>, dostęp: 10.06.2021.

⁵⁶⁷ K., Bystrzyca 2001.

⁵⁶⁸ M., Hrádek 2001.

⁵⁶⁹ Libera, *Znachor w tradycjach...*, s. 101–103.

⁵⁷⁰ K., Krasków 2002.

⁵⁷¹ M., Sulisławice 2002.

⁵⁷² K., Mrowiny 2002.

cuda”, głębokie przekonanie ludzi poddających się kuracjom, że musi w tym tkwić jakiś sens, skoro inni się wyleczyli, ja także mam szansę. Właśnie nadzieja, jaką w przeciwieństwie do lekarzy chorzy uzyskują u uzdrowicieli, jest jednym z ważniejszych czynników wpływających na lepszy przebieg kuracji. Drugą, bardzo istotną kwestią jest czas, jaki poświęca się chorym, wiadomo im dłuższy, tym lepiej. Jest szansa na nawiązanie lepszego kontaktu z uzdrowicielem, znachorem, być może poznania korzeni danego schorzenia; sama rozmowa potrafi zdziałać wiele. W sytuacji, gdy w przychodniach i szpitalach ludzie czują się bezosobowo, są niezauważani przez lekarzy i pielęgniarki, potrzeba takiego kontaktu jest ogromna. Dokładnie tak samo jak przed laty, ludzie chętniej powierzają swoje zdrowie osobom wywodzącym się z tego samego środowiska, co oczywiście opiera się również na lepszym porozumieniu chorego z osobą leczącą. Argument ten jednak wydaje się nieaktualny w przypadku zawodowych bioenergoterapeutów, mających swe gabinety w miastach. Mają oni przecież na względzie korzyści materialne, jakie można osiągnąć w wypadku częstych wizyt pacjentów, co z kolei musi mieć wpływ na czas przeznaczony chorym.

Obecnie jest wiele metod leczniczych zaliczanych do medycyny alternatywnej, czy komplementarnej. Podobnie jak w przypadku oceny znachorstwa, można ponownie zacytować Badurę, który dzielił lekarzy wiejskich na „oszustów z umysłu”, tych, co leczyli przez przypadek i lekarzy prawdziwych⁵⁷³. Współcześnie sytuacja jest identyczna. Uzdrowiciele leczący przy pomocy akupunktury, ziół lub innych metod naturalnych, znachorzy, którzy wierzą, że mają jakiś dar – najczęściej od Boga, pomagający innym wyzdrowieć (co faktycznie czasem działa) oraz ci, którzy oszukują naiwnych i schorowanych ludzi, na przykład wzmacniając ich niewiarygodnie silną dawką energii. O tych ostatnich opowiada film dokumentalny Kingi Dębskiej pt. *Szamani i szarlatani*, przedstawiony 18.09.2002 r. w programie 2 TVP, w serii „Polska bez fikcji”. Rzecz jest o targach, na których spotykają się uzdrowiciele, gdzie promują swoje usługi, zachęcając do wizyt w ich gabinetach za jedyne 50 czy 100 złotych i pamiętać trzeba, że są to stawki sprzed 20 lat. Z ogromnym przekonaniem o własnej słuszności i umiejętnościach opisywali przypadki, jakie leczyli oraz tłumaczyli skąd mają w sobie uzdrawiającą energię. Na zakończenie filmu jeden z występujących w nim uzdrowicieli przesłał widzom, niczym Nowak lub Kaszpirowski, dawkę energii życiowej, która miał pomóc na odległość wszystkim potrzebującym.

Wśród terapii nadal budzących w Polsce kontrowersje jest homeopatia, która od kilku lat jest najprężniej rozwijającą się dziedziną medycyny alternatywnej w Europie. Homeopatyki w znacznym stopniu opanowały już rynek leków we Francji i Niemczech, pomimo że nadal prowadzone są badania nad

⁵⁷³ Badura, *op.cit.*, s. 296.

ich skutecznością⁵⁷⁴. Do preparatów homeopatycznych zalicza się np. preparat na przeziębienie, chętnie reklamowany również w polskiej telewizji, zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym, *oscillococcinum*. Na rynku polskim jest takich preparatów coraz więcej, pojawiają się także homeopatyki na nadwagę, które mają pomagać pozbyć się zbędnych kilogramów.

Kolejna popularna metoda to akupunktura, która według badań przedstawionych na konferencji dotyczącej tradycyjnej chińskiej terapii w Pekinie, okazała się najskuteczniejszą w leczeniu chorób przewlekłych. Opiera się na nakłuwaniu ciała ludzkiego igłami w możliwych dwóch tysiącach punktów, które leżą na tzw. meridianach, kanałach, którymi przepływa energia. Lekarze stosujący *evidence based medicine* twierdzą, że meridiany nie mają nic wspólnego z systemem anatomicznym człowieka. Przeprowadzono wiele badań nad skutecznością akupunktury, które wykazały m.in., że przynosi ona ulgę w bólu i nudnościach⁵⁷⁵.

Jak jednak wskazują wyniki badań przeprowadzonych dla celów tej pracy, pomimo, iż akupunktura jest znana jako metoda medycyny alternatywnej, jest również dostępna, skoro wspomina się o niej: „w Świdnicy kobieta leczy akupunkturą”⁵⁷⁶, „w Świdnicy Chinka była, leczyła akupunkturą”, zaledwie kilka osób próbowało takiego sposobu leczenia. „Mama leczyła się u Rosjanki akupunkturą na stwardnienie”⁵⁷⁷, „do lekarza lepiej nie iść... więc ja to akupunkturę biorę i ćwiczę jogę, to jest dla mnie najlepsze”⁵⁷⁸ albo „moja siostra korzystała z pomocy Japonki; leczyła ona ziołami i akupunkturą”⁵⁷⁹. Bardzo podobnie jest z preparatami homeopatycznymi, w ogólnej liczbie badanych tylko 2 osoby potwierdzają ich stosowanie: „teraz lecę się homeopatią, to jest lepsze niż tablety; na bazie olejów, ziół”⁵⁸⁰, „chciałabym leczyć dzieci naturalnie, ale to bardzo drogo; byliśmy u homeopaty w Cieszynie, ale to finansowo drogie, jedno spotkanie 2000 koron”⁵⁸¹.

W tabeli nr 3 można zobaczyć, że 4,08% respondentów nigdy nie korzystało z usług znachorów wiejskich, ani miejskich, gdyż uważają, że to absolutna strata czasu i pieniędzy. Przyczyny niechęci w stosunku do uzdrowicieli są bardzo różne, na przykład: „ja nie zwróciłbym się do nich po pomoc; mogą

⁵⁷⁴ B. Nadenau, D. Romanowska, *Kuracja chorobą*, „Newsweek” 2002, nr 49, s. 58; E. Krawczyk, J. Weiner, J. Belowski, *Nie daj się wkręcać szarlatanom. Posłuchaj co o zdrowiu mówi nauka!*, Bielsko-Biała 2019, s. 135–136, 148–152.

⁵⁷⁵ M. Liu, A. Underwood, *Uczymy się od Chińczyków*, „Newsweek” 2002, nr 49, s. 53; E. Edzard, S. Simon, *Lekarze czy znachorzy? Medycyna alternatywna pod lupą*, tłum. J. Gładysiek, Warszawa 2012, s. 45–88.

⁵⁷⁶ K., Wierzbna 2003.

⁵⁷⁷ K., Niegoszów 2002.

⁵⁷⁸ K., Bocanovice 2001.

⁵⁷⁹ K., Mrowiny 2002.

⁵⁸⁰ K., Navsi 2001.

⁵⁸¹ K., Bocanovice 2001.

człowiekowi coś wcisnąć, naciągnąć go; być może są w stanie pomagać, ale nie do końca – nie można się wyleczyć ziołami; pomoc mogą tylko lekarstwa⁵⁸² albo „są ludzie, którzy na księżyc patrzą i specjalne proszki, płyny robią i nimi leczą. Dla mnie to zabobony. Ale ludzie chodzą do takich zielarzy”⁵⁸³. Opowiadano historię o akuszerce wiejskiej, która odbierała poród pijana, ponieważ przed porodem poprosiła o wódkę⁵⁸⁴, czy na przykład o dziewczynce, której rodzice zgodzili się na kurację znachora, co w efekcie doprowadziło dziecko do śmierci⁵⁸⁵. Powtarzającym się określeniem używanym dla opisu znachorów jest szarlatan lub oszust: „dużo się pojawia tych, ja ich nazywam szarlatanami; tu nie ma, są w Cieszynie, we Frydku, bioprądami leczą, przepisują wyciągi z ziół w tabletkach”⁵⁸⁶, „znachorzy to oszuści, nie wierzę im, wymyślają cuda, a i tak nic nie umieją”⁵⁸⁷, „nie ma znachorów, bioenergoterapeutów, to są oszuści”⁵⁸⁸. Respondenci podkreślają również, że leczenie u uzdrowicieli nie jest tanią usługą: „jak ktoś ma za dużo kasy to szuka i jeździ po jakichś szarlatanach”⁵⁸⁹, „chodzą ci, co mają za dużo kasy i są naiwni”⁵⁹⁰. Niektórzy uważają nawet, że zjawisko znachorstwa już nie funkcjonuje: „do znachorów chodzą raczej stare babcie po zioła, teraz to już nikt tak nie chodzi”⁵⁹¹, „nie ma już znachorów, już te wszystkie babuleńki poumieraly”⁵⁹². Zastanawia w tym wypadku, że mocno podkreśla się fakt wieku, zarówno u znachorów, jak i pacjentów. Czy tylko osoby starsze leczyły i były leczone? Dawniej faktycznie prestiż konkretnego znachora mógł wiązać się m.in. z jego wiekiem, ale obecnie, jak twierdzą informatorzy: „teraz to, co drugi mówi, że jest jasnowidzem czy znachorem”⁵⁹³. Trudno więc sądzić, aby wszyscy uzdrowiciele byli tylko i wyłącznie osobami w starszym wieku. Kolejny zarzut: „medycyna leczy powoli, u znachora z dnia na dzień, ale to nie przez te mikstury, to leczy go jego własna psychika, zna pani leki placebo, to działa tak samo, sugestia”⁵⁹⁴, czyli ponowne stwierdzenie ogromnej roli sugestii w toku leczenia. Wyniki badań wyraźnie wskazują, że mężczyźni są bardziej sceptyczni, jeśli chodzi o wiarę w działanie medycyny niekonwencjonalnej, co wiąże się również z faktem, iż wg badań mężczyźni lepiej oceniają swoje zdrowie, niż kobiety. Nie ulegają

⁵⁸² M., Zawiszow 2002.

⁵⁸³ M., Sulisławice 2002.

⁵⁸⁴ K., Milikowice 2003.

⁵⁸⁵ K., Bocanovice 2001.

⁵⁸⁶ M., Dolni Lomná 2001.

⁵⁸⁷ M., Wałbrzych 2003.

⁵⁸⁸ M., Kielczyn 2003.

⁵⁸⁹ M., Panków 2003.

⁵⁹⁰ M., Gołszyce 2003.

⁵⁹¹ M., Pożarzysko 2003.

⁵⁹² K., Wierzbna 2003.

⁵⁹³ M., Gołszyce 2003.

⁵⁹⁴ M., Kielczyn 2003.

tak łatwo fascynacjom uzdrowicielami i ich metodami, są mniej podatni na indoktrynację reklam, patrząc zaś w odwrotną stronę, trzeba zauważyć, że to właśnie mężczyźni częściej niż kobiety zajmują się metodami leczenia opierającymi się w znacznej mierze na sugestii. Sytuacja często wygląda w taki sposób, że kobiety leczą ziołami, akupunkturą, zajmują się leczeniem dzieci, czy właściwie niemowląt, mężczyźni – zajmują się bioenergoterapią i leczą przy pomocy wahadełka. Zresztą uprawa, jak i zbieranie ziół często kojarzy się jeszcze z kobietą – zielarką, również gospodynią: „sąsiadka suszy zioła, robi nalewki”⁵⁹⁵, „jest jakaś starsza pani zielarka”⁵⁹⁶. Taki podział zarysował się bardzo wyraźnie w dwóch z badanych miejscowości, gdzie mężczyzna zajmuje się bioenergoterapią, natomiast kobieta odbiera porody, odczynia uroki i nastawia zwichnięcia: „Jest tu taki jeden, co leczy dotykiem”⁵⁹⁷, „znachorka zajmowała się zwichnięciami i niemowlętami”⁵⁹⁸, „pan Ostrowski to bioenergoterapeuta, a pani Maksymora odbiera porody i nastawia zwichnięcia”⁵⁹⁹.

Można stwierdzić, że przez ostatnie 40 lat zwiększyła się liczba osób chętnie korzystających z pomocy przedstawicieli medycyny komplementarnej, czy alternatywnej. Fakt ten wynika przede wszystkim ze zmniejszającego się zaufania ludności w stosunku do lekarzy akademickich, czy służby zdrowia, ocenianej negatywnie. Ponad 30% respondentów deklaruje również podejmowanie praktyk samoleczniczych, głównie w niezbyt poważnych przypadkach zachorowań, m.in. aby uniknąć starty czasu w przychodniach i pieniędzy. W Polsce funkcjonują trzy formy nieprofesjonalnej opieki nad chorymi, do których zaliczyć można właśnie samoleczenie, instytucje społeczności lokalnej oraz przedstawicieli medycyny nieprofesjonalnej. Do ostatniej grupy zalicza się kilku bardzo znanych uzdrowicieli, których działalność, propagowana również przez telewizję, przypada na lata 70. i 80. Coraz większą popularnością cieszą się metody medycyny komplementarnej, typu homeopatia, czy akupunktura, o których informacje można znaleźć w prasie, książkach i telewizji.

3. WSPÓŁCZESNE CHOROBY CYWILIZACYJNE I SPOŁECZNE

Współczesne choroby cywilizacyjne i społeczne, o które pytaliśmy w trakcie badań to gruźlica, o której sądzono, że zanika, jednak ponownie zaczyna się rozwijać; choroba Alzheimera, rak, anoreksja i bulimia, BSE, czyli choroba

⁵⁹⁵ K., Kielczyn 2003.

⁵⁹⁶ K., Kielczyn 2003

⁵⁹⁷ K., Mrowiny 2002.

⁵⁹⁸ M., Mrowiny 2003.

⁵⁹⁹ K., Pieszce 2003.

Creutzfeldta-Jakoba, stres, różnego typu fobie i związane z nimi strach, SARS, AIDS oraz COVID-19, który pojawił się po raz pierwszy w Chinach. Zjawiskiem obserwowanym przez ostatnich kilkadziesiąt lat jest medykalizacja życia społecznego, czyli ekspansja medycyny w obszary do tej pory przez nią nie zajmowane. Zaczyna dochodzić do sytuacji kiedy każde odstępstwo od normy przyjętej przez ogół, przeradza się w problem wymagający leczenia. Doskonale ukazują to na kilku różnych przykładach autorzy francuskiego filmu dokumentalnego *Choroby na sprzedaż* z 2011 r.

3.1. GRUŻLICA I SARS

Niektórzy badacze uważali, iż właśnie gruźlica będzie w najbliższych dziesięcioleciach chorobą, które spowoduje największą ilość zgonów. Uznano ją za chorobę historyczną, a tymczasem, jak pisała 30 lat temu Barbara Olszewska, jedna trzecia mieszkańców całego świata była ówczesznie zakażona prątkami Kocha. Najwięcej osób zarażonych znajdowało się w Azji – ponad 1 mld ludzi, oraz w Afryce Centralnej i Południowej⁶⁰⁰. Według szacunków WHO w 2019 r. na świecie zachorowało ok. 10 mln ludzi, z czego 2/3 to nadal mieszkańcy krajów azjatyckich oraz RPA⁶⁰¹.

Gruźlica, której ofiary w przeszłości uznawano za uduchowione i poetyckie, nie ma w sobie nic z poezji. Pojawia się niezauważalnie, jej objawy wskazują raczej na niegroźną grypę lub przeziębienie, zwłaszcza iż bardzo często jest to przewlekły, lekceważony przez wszystkich kaszel. Problemem jest również fakt, że również grypa przybiera obecnie formę epidemii, którymi straszy się społeczeństwo przed każdym sezonem jesienno-zimowym, zaś kolejną odmianą choroby zaczynającej się od niewinnego przeziębienia jest SARS, czyli nietypowe zapalenie płuc, w większości przypadków kończące się śmiercią. W latach 80. XX w. w Polsce uznano, iż gruźlica nie jest już problemem społecznym. W obecnej chwili, wraz z Rumunią, Maltą, Litwą, Bułgarią i Portugalią, nasz kraj znajduje się w „czołówce” europejskich krajów pod względem zapadalności na gruźlicę⁶⁰². Najbardziej niepokojący w tych danych jest fakt, iż gruźlica jest silnie związana z pojawianiem się AIDS, ponieważ wirus HIV powoduje szybszy rozwój prątków Kocha. Problemem stało się również pojawienie się na początku lat 90. XX w. nowej, odpornej na leki odmiany gruźlicy.

Chorzy na gruźlicę byli tematem licznych książek i filmów, zazwyczaj jako osoby natchnione i uduchowione, czasem jak w przypadku *Damy Kameliowej*

⁶⁰⁰ B. Olszewska, *Galopujące suchoty*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 47, s. 12.

⁶⁰¹ *Światowy dzień gruźlicy – 24.03.2021*, <https://www.igichp.edu.pl/2021/04/14/swiatowy-dzien-gruzlicy-24-03-2021>, dostęp: 15.08.2021.

⁶⁰² *Ibidem*.

Aleksandra Dumasa, gruźlica przydawała osobie chorej erotyzmu. W mniemaniu ludowym suchotnikiem była osoba, która traciła ciało, wysychała, stawała się blada i prawie przezroczysta. Po ludowym wierzeniu pozostało etykietowanie kogoś o słabowitym, wychudzonym wyglądzie lub kaszlącego „gruźlikiem” albo „suchotnikiem”. Z drugiej strony gruźlica zawsze była kojarzona z wilgocią, była „przypadłością parnych i cuchnących miast”⁶⁰³, dlatego często łączy się ją z metaforami wilgoci i flegmy, a jak powiada słowiański mit apokryficzny o stworzeniu człowieka, wszelkie choroby i nieczystości wydzielające się z ciała człowieka to ślina diabła⁶⁰⁴. Mit gruźlicy znany był już pod koniec XVIII w., kiedy powoli choroba ta stawała się synonimem subtelności i wrażliwości. Gruźlica była pewnym sposobem przedstawiania się, bladość i suchotniczy wygląd były w „dobrym tonie”. Stworzono nowy arystokratyczny ideał ludzkiego ciała, w postawie osoby chorującej na gruźlicę dostrzegano dostojeństwo i dobre maniery⁶⁰⁵. Liczni przedstawiciele bohemy chorowali lub umierali na gruźlicę, w Polsce Słowacki, Uniłowski, Chopin, Szymanowski, Gotlieb, Mierzejewski, a w Europie Kafka, Shelley, Keats i wielu innych. Ich smutek był jednym z aspektów, dla których, według romantycznego spojrzenia na gruźlicę, stawali się bardziej interesujący dla swego otoczenia, ponieważ człowiek smutny był jednocześnie bardziej wrażliwym. Jak twierdzi Sontag „mit gruźlicy stanowi przedostatni epizod w długiej karierze prastarej idei melancholii, która zgodnie z teorią czterech humorów była chorobą artystów”⁶⁰⁶. Mit gruźlicy, który stał się kanwą wielu opowieści, był również wytłumaczeniem nowego stylu życia, ciągłych podróży, przyłączenia się do cyganerii, prostym wyjaśnieniem nieróbstwa. Tak jak w przypadku bohatera *Czarodziejskiej góry* Tomasza Manna, Hansa Castorpa, który po ukończeniu studiów wyjechał w odwiedziny do swego kuzyna Joachima do sanatorium w Davos. Wyjechał i został, prowadząc w nieskończoność uczone dysputy, m.in. na temat mitu gruźlicy, pomimo że autor nie używa takiego właśnie sformułowania. Mann wkłada w usta Castorpa twierdzenie: „Sądzi się na ogół, że człowiek głupi musi być zdrowy i normalny i że choroba musi czynić człowieka mądrym, subtelnym i niezwykłym. Tak nam się zwykle wydaje”⁶⁰⁷, które daje powód do dyskusji i zastanowienia, czy tak jest w istocie. Z jednej strony Mann podtrzymuje więc mit gruźlicy jako choroby, która powoduje uduchowienie, także poprzez fakt, iż jego bohater pozostaje w mitycznej krainie na górze, ale wywołuje jednocześnie dyskusję, która ma zaprzeczyć takiemu twierdzeniu. Ryszard Przybyłski określa *Czarodziejską górę* jako swoisty traktat o fenomenologii gruźlicy⁶⁰⁸,

⁶⁰³ Sontag, *Choroba jako metafora...*, s. 19.

⁶⁰⁴ Tomicki, *Słowiański mit...*, s. 87.

⁶⁰⁵ Sontag, *Choroba jako metafora...*, s. 32.

⁶⁰⁶ *Ibidem*, s. 36.

⁶⁰⁷ T. Mann, *Czarodziejska góra*, t. 1, tłum. J. Kramsztyk, Warszawa 1982, s. 119.

⁶⁰⁸ R. Przybyłski, *Eros i Tanatos*, Warszawa 1970, s. 186.

co niejako potwierdzają filozoficzne dysputy o życiu, chorobie i śmierci zawarte w utworze.

W dwóch opowiadaniach Jarosława Iwaszkiewicza, *Brzezina* i *Kochankowie z Marony*, bohaterowie są chorzy na gruźlicę, czy raczej umierają na gruźlicę. O *Brzezynie* pisano, że jest pewnego rodzaju repliką *Śmierci Iwana Ilijicza* Lwa Tołstoja, tyle że bohater tego drugiego opowiadania umiera na raka. Zgodnie z XIX-wiecznym kanonem Tołstoj potraktował śmierć jako początek nowego życia, poszukiwał więc jej sensu, natomiast Iwaszkiewicz uważał, że śmierć jest fenomenem egzystencjalnym⁶⁰⁹. Jednak obydwa opowiadania Iwaszkiewicza, tak jak później okaże się to w przypadku filmów o chorobach nowotworowych, opowiadają o umieraniu, a nie konkretnej chorobie. Pokazują ostatnie dni osób chorych, które z pełną świadomością, rzec by można z premedytacją, wklajają się w sytuacje, które normalnie, tzn. w zdrowiu, mogłyby się im nie przytrafić. Najbardziej paradoksalnym wydaje się fakt, iż śmierć Stasia w *Brzezynie* pokazuje jego bratu zupełnie nowe oblicze życia, które można przeżyć bez zbędnego pogrążania się w smutku.

Na początku 2003 r. w Hongkongu wykryto pierwszy przypadek nieznanej, śmiertelnej choroby, czyli nietypowego zapalenia płuc, określonego mianem wirusa SARS. Jak się później okazało choroba szerzyła się już wcześniej w południowych Chinach, ale władze ukryły wszystkie fakty na ten temat. W drugiej połowie marca zanotowano już 400 przypadków SARS na całym świecie, w tym 12 śmiertelnych⁶¹⁰. W początkowej fazie uważano, iż SARS jest kolejną odmianą „hiszpanki”, co wywołało panikę, zwłaszcza, gdy wiadomo o coraz nowszych mutacjach wirusa grypy, ale kolejne odkrycia zaprzeczyły takim rewelacjom. Hongkong stał się miastem izolowanym, odwoływano koncerty, konferencje, władze państw (w tym Polski – 20 kwietnia 2003 r.) wystosowały do swych obywateli ostrzeżenie, aby omijali zarażone miasto. W momencie, kiedy w Belgii pojawiła się, znana dotąd jedynie w Azji, ptasia grypa, zaczęto podejrzewać, że zarówno SARS jak i epidemia ptasiej grypy zostały wywołane atakiem terrorystycznym. Podobnie miałyby wyglądać sytuacja w Stanach Zjednoczonych, gdzie efektem takiego ataku miało być przeniesienie wirusa Zachodniego Nilu do USA, kiedy zarażonych zostało 4 tysiące obywateli, a ponad 200 osób zmarło⁶¹¹. Oprócz pojawienia się obu chorób w tym samym czasie, nie ma żadnego związku pomiędzy SARS, a ptasią gripą. Wiadomo, że wirusy SARS mogą się rozprzestrzeniać „drogą kropelkową”⁶¹², czego repondenci mieli na ogół świadomość. Do tej pory nie wykryto lekarstwa niszczącego wirus.

⁶⁰⁹ *Ibidem*, s. 196.

⁶¹⁰ M. Kruczkowska, *Gość z hotelu Metropol*, „Duży Format”, dodatek Gazety Wyborczej, 2003, nr 15, s. 17.

⁶¹¹ Z. Wojtasiński, *Pandemia bioterroru?*, „Wprost” 2003, nr 18, s. 77.

⁶¹² M., *Bagieniec* 2003.

W Polsce uważano raczej, że SARS był chorobą, która nie zagrażała naszemu krajowi: „To jest to w Chinach”⁶¹³, „chyba w powietrzu na terenie Chin, Kanady, USA”⁶¹⁴, chociaż w odpowiedzi na pytanie o możliwość przedostania się wirusa do Polski, usłyszeliśmy wypowiedź „może już jest, tylko rząd przed nami ukrywa”⁶¹⁵. Pod wpływem wiadomości z prasy i telewizji, respondenci w większości przypadków wiedzieli, czym jest i w jaki sposób SARS się roznosi, ale zdarzały się również opinie typu: „SARS to choroba także zesłana przez Boga, ludzie którzy na nią chorują musieli umrzeć, bo tak było im nakazane, przeznaczone”⁶¹⁶, „oni tam jedzą nawet takie malutkie bezbronne piecki; człowiek jak świnia wszystko zje, niech się nie dziwią, że od tego jedzenia chorują”⁶¹⁷, „od zwierzęcia, od owcy”⁶¹⁸, czy „to ptasia choroba”⁶¹⁹. Ten ostatni cytat wskazuje, iż pojawienie się chorób w tym samym czasie spowodowało utożsamianie ich ze sobą, lub mylenie. Respondenci nie obawiali się choroby, ponieważ rozprzestrzeniła się głównie w Azji, poza tym jak mogliśmy usłyszeć „już były wzmianki, że SARS był w Polsce, ale ja się nie boję”⁶²⁰.

Chiny są wylęgarnią światowych epidemii i standardowo zaprzeczają jakikolwiek doniesieniom o nowych chorobach. Dopiero po kilku miesiącach od momentu pojawienia się wirusa SARS w tym kraju władze ujawniły, iż zaatakował on ponad 2 tysiące osób. Panika wywołana informacjami, że psy i koty roznoszą wirus SARS, spowodowała m.in. masowe wybijanie wszystkich zwierząt domowych z domów, gdzie żyła zarażona osoba⁶²¹. Wszystkiemu winien był wirus złej informacji, czy raczej dezinformacji, kiedy dla uspokojenia podawano fałszywe wiadomości roznoszące się znacznie szybciej niż prawdziwe. Ten mechanizm powtarza się zawsze w przypadku nowych chorób zakaźnych, o których pochodzeniu oraz sposobie zarażania nic nie wiadomo, co kiedyś najbardziej było widoczne na przykładzie AIDS, a jak pokazały ostatnie dwa lata – COVID-19.

3.2. ANOREKSJA I BULIMIA

Pewnego rodzaju kontynuacją mitu gruźlicy jest wszechobecna moda współczesności na smukłą sylwetkę, co niestety w dużej liczbie przypadków kończy się anoreksją lub bulimią. Najważniejszym chyba elementem warunkującym

⁶¹³ K., Wierzbna 2003.

⁶¹⁴ K., Świdnica 2003.

⁶¹⁵ M., Panków 2003.

⁶¹⁶ K., Nowizna 2003.

⁶¹⁷ K. Nowizna 2003.

⁶¹⁸ K., Tuszyń 2003.

⁶¹⁹ K., Wierzbna 2003.

⁶²⁰ K., Mrowiny 2003.

⁶²¹ T. Raczek, *Chiński holocaust zwierząt*, „Wprost” 2003, nr 20, s. 78.

rozwój anoreksji jest obecnie lansowany ideał kobiecej urody. Występujące w telewizji, reklamach, wideoklipach i na billboardach szczupłe, często wręcz chude modelki stały się niedoścignionym wzorem dla milionów nastolatków na całym świecie. Smukła sylwetka związana jest nie tylko z kanonem urody, ale również z określonym stylem życia, którego efektem jest zdrowie i sukces społeczny, a w konsekwencji świadczy o niezależności i sprzyja wysokiej samoocenie. Kiedy nadchodzi sezon wiosenny każde czasopismo kobiece zamieszcza przeróżne diety odchudzające oraz poradniki z gatunku „jak zmienić swoje życie”, „jak osiągnąć sukces”, „jak zdobyć i zatrzymać mężczyznę”. Jednak takie poradniki skierowane są już zazwyczaj do osób dorosłych, natomiast nastolatki bardziej narażone są na przekazy o charakterze wizualnym, przede wszystkim relacje z pokazów mody. Mniej więcej w połowie 2003 r. w TVP prezentowany był angielski film dokumentalny przedstawiający małe dziewczynki, około 10 roku życia, które już w tym wieku chodzą do siłowni, aby zachować dobrą sylwetkę i wspomóc sobie w przyszłej karierze. Zdziwienie może tutaj wzbudzić fakt, że bohaterki tego filmu, wypowiadały się tak jak dorosłe osoby, opowiadając o kształtowaniu się ich kariery, która w znacznym stopniu będzie zależeć od ich teraźniejszych dokonań. Być może taka sytuacja staje się standardem, na pewno jednak może doprowadzić do licznych zaburzeń w zdrowiu i psychice dziesięciolatek. Zresztą wszystkie dzieci podatne są również na wpływy produktów kultury masowej, takich jak na przykład lalka Barbie o idealnej figurze. Okres dorastania jest wiekiem, kiedy anoreksja najczęściej ujawnia się jako choroba, m.in. dlatego, iż pojawiają się wtedy u nastolatków problemy z określeniem własnej tożsamości⁶²².

Uważa się, że zjawisko anoreksji jest starsze niż popkultura, zaś psychiatrzy dopatrują się w żywotach niektórych świętych pierwszych symptomów objawiania się choroby. Była to anoreksja o podłożu religijnym, związana z ascetyzmem. W opinii psychiatrów i psychologów osoba, która zapada na anoreksję ma do tego skłonności, jest zazwyczaj perfekcyjna (przeważnie dziewczęta chorują na anoreksję – il. 25), bardzo ambitna i niezadowolona z siebie.

Zaledwie 2,88% respondentów nie ma zupełnie pojęcia, czym jest anoreksja i bulimia, natomiast 3,60% osób ma błędne mniemanie o tych chorobach. Najczęściej pomyłki wynikają z utożsamiania anoreksji i anemii: „anoreksja to coś z krwią, mało białych krwinek, albo czerwonych”⁶²³ lub o dziwo z alergią: „nam wszystko smakuje... ale wiem, co to jest; najczęściej dziewczęta w takim wieku... nie, nie znam, żeby ktoś miał alergię”⁶²⁴. W tym drugim przypadku może być to zwykła pomyłka, bo sądząc po objawach anoreksja została dobrze rozpoznana. Często bulimia traktowana jest jak odmiana anoreksji,

⁶²² J. Wycisk, *Anoreksja – popularny sposób (nie)istnienia*, [w:] *Kobiety w kulturze popularnej*, red. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, Wrocław 2002, s. 110.

⁶²³ K., Bocanovice 2001.

⁶²⁴ K., Bystrice 2001.

lub odwrotnie: „nie wiem, dla mnie to jest to samo”⁶²⁵, „bulimia to siostra anoreksji”⁶²⁶, ale generalnie większość respondentów twierdzi, iż „to coś z odchudzaniem” lub „wstręt do jedzenia”, tyle, że nie potrafili sprecyzować różnicy pomiędzy anoreksją i bulimią. Bulimia ze względu na objawy w postaci wymiotów jest także mylona z zatruciem pokarmowym: „to coś z jedzeniem, czytałam w gazecie, jakieś zatrucia, człowiek wymiotuje”⁶²⁷.

Uważa się, iż anoreksja i bulimia jest m.in. konsekwencją oglądania telewizji: „głupie młode się odchudzają, bo myślą, że to, co w telewizji, to zawsze dobre”⁶²⁸, „choroba z telewizji; przy odchudzaniu”⁶²⁹, „ja myślę, że to jest choroba cywilizacyjna i media za bardzo to rozdmuchały, głównie tym to jest spowodowane”⁶³⁰, „zły wzór z telewizji”⁶³¹. Obie określane są również mianem choroby o podłożu psychicznym: „jak ktoś jest głupi i nic nie je, to kobiety to mają”⁶³²; „ta choroba rodzi się gdzieś w psychice; dziewczyny chcą idealnie wyglądać; to taka fobia, dążenie do doskonałości; jest to poniekąd choroba psychiczna”⁶³³; „myślę, że to bardziej psychicznie uwarunkowana; zahamowanie, wstręt do siebie – nie tyle do jedzenia; brak akceptacji siebie powoduje niewłaściwe podejście; niezrozumienie swojej wartości, szukanie uzupełnienia tych swoich wartości w zmienianiu własnej sylwetki”⁶³⁴.

Anoreksja określana „odchudzaniem się na sztachetkę”⁶³⁵, bierze się „z chęci bycia szczupłym – unikanie jedzenia i wymyślenia sposobów ukrywania tego przed bliskimi”⁶³⁶. Tak jak w przypadku jednej z bohaterek reportażu Joanny Podgórskiej, która udawała, że je, aby pocieszyć swoich rodziców, ale jedzenie chowała do puszek, zakopywała w doniczkach albo topiła w sedesie⁶³⁷. Osoby, które trafiają do szpitala w celu leczenia anoreksji są bardzo pilnowane, gdyż ze względu na niesamowitą determinację, aby nie jeść potrafią np. wkładać jedzenie do uszu, masło wsmarowywać we włosy, natomiast płyny wsączają w chusteczki, które później suszą na kaloryferach. Anorektyczki mają zupełnie inny obraz samych siebie, nierealnie wyolbrzymiony, po każdym posiłku biegną do lustra, aby sprawdzić, czy nie „obrosły” tłuszczem, przy czym posiłek w tym wypadku może oznaczać pomidora

⁶²⁵ K., Pożarzysko 2003.

⁶²⁶ K., Marcinowice 2003.

⁶²⁷ K., Sulisławice 2003.

⁶²⁸ M., Wierzbna 2003.

⁶²⁹ K., Żarów 2003.

⁶³⁰ K., Bystřice 2001.

⁶³¹ K., Sulisławice 2003.

⁶³² M., Navsi 2001.

⁶³³ K., Marcinowice 2003.

⁶³⁴ M., Śmiałowice 2002.

⁶³⁵ M., Śmiałowice 2002.

⁶³⁶ K., Bolesławice 2002.

⁶³⁷ Podgórska, *op.cit.*, s. 82.

podzielonego na cząstki. Ideałem dla chorujących na anoreksję stały się dwie bliźniaczki, określane mianem „współczesnych świętych anoreksji”, których zdjęcie można odnaleźć w internecie. Anorektyczki wspomagają się nawzajem w nieustającej pogoni za szczupłą sylwetką, na stronach internetowych przekazują sobie sposoby ukrywania jedzenia, ćwiczenia, czy diety. Potrafią nawet w trakcie pobytu w szpitalu, na przymusowej diecie podtrzymującej działanie organizmu, stworzyć grupę, która będzie ćwiczyć, oczywiście w tajemnicy przed lekarzami⁶³⁸. A zaczyna się bardzo niewinnie, jak w przypadku bohaterki opowiadania M. Gretkowskiej *Sandra K.*, która przekonywała samą siebie: „Straszył mnie anoreksją. Anorektyczki zmuszają się do niejedzenia. Ja jem, tyle że racjonalnie. Dietą wyleczyłam się z zaburzeń skórnych, bólów głowy. Dymię energią. Chodzę na basen. W pracy nie czuję się zmęczona. Nigdy nie byłam tak zdrowa”⁶³⁹.

Czasem jednak ludzie traktują anoreksję jako wymysł współczesnej kultury: „panie, to nie żadna anoreksja tylko zwykłe suchoty”⁶⁴⁰ albo wydaje im się, że każda szczupła lub chuda osoba musi być chora na anoreksję: „widziałam taką panią, jest taka chuda, że tu (na szyi) kości jej widać, jest fryzjerką”⁶⁴¹.

Bulimia to „wilczy apetyt; po najedzeniu się chora osoba wywołuje wymioty; choroba ta może doprowadzić do śmierci, podobnie jak anoreksja”⁶⁴². Często jednak na temat bulimii respondenci mają bardzo nietypowe informacje: „no ja miewam tę bulimię, która jest, że jak zachce mi się słodkie jeść to nie mogę skończyć”⁶⁴³, co oznaczałoby, że każda osoba, która za bardzo lubi słodczyce jest bulimikiem, a tak przecież nie jest. Albo na przykład: „cierpię na to młodzi, lekarze i profesorowie nie, cierpi średnia warstwa, jeśli chodzi o wykształcenie, tym prymitywnym to obojętne”⁶⁴⁴. W jakimś stopniu, w mniemaniu informatora, bulimia wiąże się z poziomem wykształcenia, tak jak anoreksję powiązano z zamożnością: „anoreksję mają laluszki z dobrych domów”⁶⁴⁵. Podobnie jest z wiekiem, wg informatorów bardziej podatne na anoreksję są młode dziewczęta, natomiast na bulimię kobiety w średnim wieku⁶⁴⁶. Ale na bulimię zapadają także nastolatki, czasem bywa, że anoreksja przechodzi w bulimię, jak w przypadku młodej bohaterki reportażu Podgórskiej. Kasia mówiła o sobie: „Zjadałam bochenek chleba, kostkę masła, wafelki, kilka tabliczek czekolady i zaraz biegłam zwracać. Przez ostatni rok obgadałam się, wymiotowałam prawie non stop, sześć–siedem razy dziennie...

⁶³⁸ *Ibidem*, s. 84.

⁶³⁹ M. Gretkowska, *Sandra K.*, [w:] *eadem*, *Namiętnik*, Warszawa 2001, s. 30.

⁶⁴⁰ M., Hrádek 2001.

⁶⁴¹ K., Łażany 2003.

⁶⁴² K., Mrowiny 2002.

⁶⁴³ K., Bystřice 2001.

⁶⁴⁴ K., Navsi 2001.

⁶⁴⁵ K., Mikszawa 2003.

⁶⁴⁶ K., Wierzba 2003.

przystałam sobie radzić ze szkołą, z życiem, ze sobą. Zamykałam się w pokoju i zakrywałam twarz włosami. Często myślałam o samobójstwie”⁶⁴⁷.

Anoreksja i bulimia kojarzone są najczęściej ze światem mody i aktorkami: „dziewczyny chcą wyglądać jak Cindy”⁶⁴⁸, „modelki, sławni ludzie, co muszą ładnie wyglądać, bo kamera poszerza”⁶⁴⁹, „ze światkiem artystów, aktorów, modelek, młodych dziewcząt pragnących mieć piękne, modne ciało”⁶⁵⁰. Ale również konkretne, często bardzo znane osoby, według wiedzy respondentów chorowały na anoreksję: „anoreksja to coś z jedzeniem; tak, jak Hannawald ma anoreksję; jak na plaży się rozebrał, to go nie było widać zza sztachetki”⁶⁵¹, „kojarzy mi się jeszcze ten skoczek narciarski Hannawald”⁶⁵², „modelki, ale też sportowcy, na przykład Hannawald”⁶⁵³. Hannawald stał się niejako uosobieniem anoreksji, znaczone zostało zastąpione znaczącym, jakby powiedzieli strukturaliści. Główna bohaterka emitowanego przez kilka sezonów w TV Polsat serialu „Ally McBeal” również, według respondentów, jest chora na anoreksję⁶⁵⁴. Natomiast na Zaolziu wiele osób wspominało księżną Dianę: „czytałam w gazecie o princeznie Dianie”⁶⁵⁵, „bulimia to jest ta choroba, na którą cierpiała princezna Diana, ta choroba z odchudzania się bierze, dużo się je, a później ma się wyrzuty sumienia i się zwraca – tak jak widziałam na filmie o Dianie; zjadała cały tort, a później szła do toalety”⁶⁵⁶, „napady żarłoczności, a potem wywoływanie torsji, ma psychiczne podłoże; księżna Diana na to cierpiała”⁶⁵⁷. Jak można zauważyć wszystkie te informacje pochodzą z różnego typu mediów; o anoreksję podejrzewana jest każda wychudzona modelka lub aktorka, którą można zobaczyć w telewizji, natomiast o bulimii księżny Diany można było poczytać w kolorowej prasie plotkarskiej.

3.3. CHOROBA CREUTZFELDTA-JAKOBA

BSE w pierwszej fazie pojawiania się wywołało panikę równą AIDS, ale po jakimś czasie, m.in. poprzez masowe wybijanie całych stad krów, społeczeństwo zostało uspokojone. Zaledwie 1,68% respondentów przyznaje, że zmniejszyło spożycie wołowiny w efekcie pojawienia się BSE, zwanej chorobą wściekłych

⁶⁴⁷ Podgórska, *op.cit.*, s. 84.

⁶⁴⁸ K., Wierzbna 2003.

⁶⁴⁹ K., Kalno 2003.

⁶⁵⁰ K., Świdnica 2002.

⁶⁵¹ M., Wiśniowa 2002.

⁶⁵² K., Pożarzyno 2003.

⁶⁵³ M., Wierzbna 2003.

⁶⁵⁴ M., Panków 2003.

⁶⁵⁵ M., Bocanovice 2001.

⁶⁵⁶ K., Navsi 2001.

⁶⁵⁷ K., Navsi-Potoky 2001.

lub szalonych krów, natomiast 2,40% pytanych osób nie miało żadnego pojęcia o tym, czym jest ta choroba. Zdecydowana większość doskonale zdaje sobie sprawę, w jaki sposób można się zarazić chorobą i skąd się bierze⁶⁵⁸. Oczywiście zdarzają się także bardzo intrygujące wytłumaczenia, które nie mają nic wspólnego z rzeczywistością. Najbardziej złowrogo brzmią tłumaczenia typu: „Bóg dopuścił, że te krowy są chore, a że później następny będzie człowiek”⁶⁵⁹; „przyczyna zachorowań na chorobę wściekłych krów jest taka, że egzorcysta wyrzuca z ciała człowieka podczas leczenia złego ducha, który przenosi się na zwierzęta, krowa ta zaczyna chorować, co prowadzi ją do śmierci”⁶⁶⁰ albo „BSE z Anglii przyszło, Husajn zrobił bomby i mógł rzucić to na Europę”⁶⁶¹. Choroba wściekłych krów może pochodzić od zwierząt: „u nas powiadają, że ptaki przenoszą”⁶⁶², „to choroba od much”⁶⁶³ albo może być efektem „karmienia krów innymi krowami, to taki kanibalizm w zwierzęcym wydaniu”⁶⁶⁴. Przyczynami są także, w mniemaniu respondentów, próby atomowe, chemia i genetyczne szpicowanie żywności⁶⁶⁵, dodatkowo sądzono, że krowy zarażają się przez ślinę, kiedy wspólnie piją wodę⁶⁶⁶. Objawami BSE jest wiotczenie mięśni i „lasowanie się mózgu”⁶⁶⁷, natomiast grupą zawodową najbardziej narażoną na zarażenie się chorobą szalonych krów są weterynarze⁶⁶⁸.

Strach spowodowany istniejącą możliwością zarażenia się BSE został w krótkim czasie zredukowany poprzez wymyślanie dowcipów dotyczących choroby lub etykietowanie czyjegoś zachowania od nazwy choroby. Na Zalogiu najpopularniejszy był związany z człowiekiem idącym do baru: „chłop idzie do baru ma ślinawkę (choroba krów), jak wraca do domu ma kulawkę (niedowład nóg u krów), a kiedy wraca do domu czeka na niego wściekła krowa”⁶⁶⁹. Na Dolnym Śląsku znanych było kilka dowcipów, z czego jeden w dwóch odmianach. Pierwsza o krowie, która wchodzi do sklepu i prosi sprzedawcę o 30 kilogramów mączki, a na zdziwioną minę ekspedienta odpowiada: „a co, jak szaleć to szaleć”⁶⁷⁰. W drugiej wersji mężczyzna wchodzi do baru i zamawia trzy porcje wołowiny, a zdziwionemu barmanowi mówi:

⁶⁵⁸ Na podstawie badań terenowych przeprowadzonych w latach 2001–2003, cytowanych już wcześniej w pracy

⁶⁵⁹ K., Bystřice 2001.

⁶⁶⁰ K., Nowizna 2003.

⁶⁶¹ M., Navsi 2001.

⁶⁶² M., Bocanovice 2001.

⁶⁶³ K., Marcinowice 2003.

⁶⁶⁴ K., Wierzbna 2003.

⁶⁶⁵ M., Śmiałowice 2002.

⁶⁶⁶ K., Bagieniec 2002.

⁶⁶⁷ K., Bolesławice 2002.

⁶⁶⁸ M., Śmiałowice 2002.

⁶⁶⁹ K., Bystřice 2001.

⁶⁷⁰ M., Panków 2002.

„jak szaleć to szaleć”⁶⁷¹. Kolejny dowcip opowiada o dwóch krowach pasących się na łące, jedna pyta drugiej: „słyszałaś o chorobie szalonych krów?”, na co uzyskuje odpowiedź: „jak dobrze, że jesteśmy pingwinami”⁶⁷². Niektórzy pamiętają, że był jakiś żart o krowach i politykach i najprawdopodobniej chodzi o dowcip cytowany również w Republice Czeskiej: „krowy dostały tę chorobę od parlamentu, więc cały parlament trzeba wybić”⁶⁷³. Użytkownicy Internetu, po obu stronach granicy, kojarzą wizerunek krowy w dwóch wersjach. Kiedy kliknie się myszką na pierwszy obrazek, gdzie jest zdrowa krowa, krowa buczy, natomiast na drugim chora krowa dostaje ataku śmiechu⁶⁷⁴. Spotkaliśmy się także z nową nazwą wódki: „woda od wściekłych krów”⁶⁷⁵, co ma zapewne wskazywać na podobne szalonym krowom zachowanie ludzi pijanych. Często używa się pejoratywnych określeń, pochodzących od potocznej nazwy choroby Creutzfeldta-Jakoba (choroba wściekłych krów), w stosunku do innych osób, np. „śmiejesz się jak wściekła krowa”⁶⁷⁶, „zachowujesz się jakbyś zjadł mięso od wściekłej krowy”⁶⁷⁷, „zachowujesz się jak wściekła krowa”⁶⁷⁸, „wściekła krowo, to tak czasami mówi chłop o swojej żonie”⁶⁷⁹ albo, jeśli ktoś się dziwnie zachowuje, mówi się, że został ugryziony przez wściekłą krowę⁶⁸⁰.

Wydaje się, że początkowa panika związana z pojawieniem się nowej choroby zamieniła się szybko w przeświadczenie, iż choroba Creutzfeldta-Jakoba została rozdmuchana przez media, być może dla celów politycznych lub gospodarczych: „nie wiem, skąd się bierze, ale powiem pani, że to wszystko przekręty polityczne, chodzi o handel”⁶⁸¹ lub „a czy to w ogóle prawda, czy to raczej polityczne, kto to może wiedzieć”⁶⁸². Pojawiały się również wypowiedzi typu: „w Polsce to zbyt mocno rozdmuchane, szoł z tego robią”⁶⁸³, „to mistyfikacja, wprowadzanie ludzi w błąd, ogłupianie ich”⁶⁸⁴, z którymi zapewne zgodziłby się autor artykułu zamieszczonego w „Rzeczpospolitej”, dotyczącego zachowań polskich mediów w kwestii BSE. Uważa, iż katastroficzne opinie wyrażane na temat pojawiania się w Polsce przypadków choroby Creutzfeldta-Jakoba były przesadne i prowadziły do dezinformacji.

⁶⁷¹ M., Panków 2002.

⁶⁷² M., Wierzbna 2003.

⁶⁷³ K., Bystrice 2001.

⁶⁷⁴ K., Mrowiny 2003.

⁶⁷⁵ K., Domanice 2003.

⁶⁷⁶ K., Mrowiny 2002.

⁶⁷⁷ K., Wiśniowa 2002.

⁶⁷⁸ K., Mrowiny 2003.

⁶⁷⁹ K., Bystrice 2001.

⁶⁸⁰ K., Bagieniec 2003.

⁶⁸¹ K., Bolesławice 2002.

⁶⁸² K., Kalno 2002.

⁶⁸³ M., Navsi-Jaseni 2001

⁶⁸⁴ K., Mościsko 2003.

W pewnym tygodniku, pokpiwając z naiwności czytelników, napisano że choroba szalonych krów mogła występować w naszym kraju od dawna, ale nie byliśmy tego świadomi⁶⁸⁵. Efekty straszenia społeczeństwa można znaleźć w wypowiedziach respondentów: „czytałam ostatnio w polskiej gazecie, że ta choroba jest już od dawna, ale dopiero teraz ją ujawnili; pewno jest więcej takich chorób, o których przeciętni ludzie nic nie wiedzą i dowiadują się dopiero na końcu”⁶⁸⁶, „dwadzieścia lat temu, kiedy pracowałem w tutejszej spółdzielni produkcyjnej, oszalały krowy – padły trzy krowy, chodziły do tyłu”⁶⁸⁷. Druga wypowiedź wyraźnie wskazuje, że po dłuższym namyśle wiele wypadków tajemniczych zachorowań zwierząt z przeszłości można byłoby uznać za ówczesne występowanie choroby wściekłych krów. Akurat ten przypadek może dotyczyć zatrucia się krów szalejem jadowitym często występującym na naszych łąkach, przecież nie bez kozery wzięto się powiedzenie, że ktoś się zachowuje jakby „się szaleju najadł”. Na szczęście nie wszyscy wierzą w spiskowe teorie dziejów: „nie poddaję się wymysłom na ten temat”⁶⁸⁸, a niektórzy z kolei zaprzeczają w ogóle istnieniu takiej choroby „choroba krów – to jakiś wymysł zagraniczny i tyle”⁶⁸⁹, „nie ma takiej choroby, może nawet propaganda i nieprawda?”⁶⁹⁰, „jem wołowinę, bo u nas jest zdrowa. To na Zachodzie jest zakażenie, w Polsce nie”⁶⁹¹.

Jak już zostało wspomniane, zaledwie 1,68% pytaných osób odpowiedziało twierdząco na pytanie o zmianę swojej diety w związku z pojawieniem się przypadków wykrycia zarażonej wołowiny. Wśród nich nie ma osób, które całkowicie zaprzestałyby jeść mięso wołowe, natomiast znakomita większość zmniejszyła zakup: „ja np. zaczęłam mniej kupować mięsa wołowego i z tego, co wiem to inni ludzie też; mówili o tym przecież nawet w telewizji”⁶⁹² albo zrezygnowała z konkretnych dań zakupywanych w miejscach publicznych: „przestałam jeść hamburgery”⁶⁹³. Bardzo wielu respondentów odpowiadało, że na początku zwracali uwagę na skład produktów lub pochodzenie mięsa⁶⁹⁴, tylko jedna osoba stwierdziła, iż „ludzie nie czytają, bo w sklepach dają wołowinę zapakowaną, a napisane jest, że to wieprzowina”⁶⁹⁵. Ludzie korzystają z pewnych źródeł przy zakupie: „w sklepie nie kupuję, bo się boję”⁶⁹⁶,

⁶⁸⁵ H. Lis, *Spokojnie o chorobie szalonych krów*, „Rzeczpospolita”, 13.08.2002, s. 10.

⁶⁸⁶ K., Bystřice 2001.

⁶⁸⁷ M., Wiśniowa 2002.

⁶⁸⁸ M., Sulisławice 2002.

⁶⁸⁹ M., Krasków 2002.

⁶⁹⁰ K., Navsi 2001.

⁶⁹¹ K., Szprotawa 2001.

⁶⁹² K., Bagieniec 2003.

⁶⁹³ K., Wrocław 2003.

⁶⁹⁴ K., Mościsko 2003.

⁶⁹⁵ K., Navsi 2001.

⁶⁹⁶ K., Marcinowice 2003.

„ja jem, bo wiem gdzie kupić, aby mięso było zdrowe, u ludzi, nie w sklepie, bo nie ma żadnej gwarancji, że to zdrowe”⁶⁹⁷ lub korzystają jedynie z mięsa pochodzącego z własnego chowu⁶⁹⁸. Jak widać więc, początkowa panika szybko przerodziła się w żarty lub insynuacje o politycznym charakterze choroby szalonych krów. Również zmiana w składzie pożywienia była chwilowa i tak naprawdę nieliczne osoby kontynuują dietę ze zmniejszoną zawartością mięsa wołowego.

Na marginesie uwag nad BSE można przypomnieć o innej chorobie odzwierzęcej, o której wspominali respondenci, już tylko w formie żartów. Chodzi oczywiście o pojawiającą się na początku lat 90. XX w. pryszczycę, w przypadku której człowiek jest bardzo mało wrażliwy na działanie wirusa choroby, ale mimo to przez krótki moment również budziła panikę. Jej efektem było m.in. zamknięcie granic EWG na import zwierząt i mięsa pochodzącego ze Wschodu, w tym Polski, a niejako w odwecie Polska uczyniła taki krok w stosunku do 32 państw⁶⁹⁹. Strach przed pryszczycą, podobnie jak w przypadku choroby szalonych krów, przerodził się w dowcipy o chorobie, a respondenci pamiętali zwłaszcza jeden: „Dlaczego Kubuś Puchatek przestał kolegować się z Prosiaczkiem? Bo boi się pryszczycy”⁷⁰⁰. Trzeba jeszcze dodać, iż co jakiś czas te wszystkie dowcipy o chorobach współczesnych są w internecie na nowo przypominane, zwłaszcza w momencie pojawiania się nowych epidemii chorób odzwierzęcych.

3.4. CHOROBA ALZHEIMERA

Dopiero niedawno głośno zaczęto mówić na temat choroby Alzheimera, kojarzonej bardzo często ze sklerozą; nie wszyscy wiedzą, czym ona jest i w jaki sposób można się jej nabawić. Barbara Pietkiewicz stwierdziła, że choroba ta jest gorsza od ślepoty, głuchoty i wszelkich protez, bo zrywa kontakt – i ze światem, i z samym sobą⁷⁰¹. Chorobą Alzheimera nie można się zarazić od chorego, atakuje ona mózg, powodując nieodwracalne zmiany, kiedy postępuje degeneracja komórek nerwowych. Najgorszym problemem dla osób chorych i ich rodzin jest chyba świadomość, że choroba Alzheimera jest w obecnej chwili nieuleczalna, zaś chorzy umierają, podobnie jak w przypadku AIDS, na skutek powikłań chorobowych⁷⁰².

⁶⁹⁷ K., Bystrice 2001.

⁶⁹⁸ K., Navsi-Jasenie 2001.

⁶⁹⁹ H. Lis, *Atak pryszczycy?*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 18, s. 19.

⁷⁰⁰ M., Bocanovice 2001.

⁷⁰¹ B. Pietkiewicz, *Bez pamięci*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 49, s. 22.

⁷⁰² E. Nowakowska, *Uwięzieni w sobie*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 49, s. 22

W Polsce, ale także na Zaolziu, wiedza na temat choroby Alzheimera jest niewystarczająca. Respondenci podawali bardzo dziwne przyczyny choroby, na przykład: „to jest choroba psychiczna i bierze się z żywota uprzykrzonego”⁷⁰³, „choroba Alzheimera jest wynikiem zatrucia wody związkami, które uwalniają się podczas ścierania się asfaltu”⁷⁰⁴, „zaburzenia błędnika, błędnik nie nadąża za człowiekiem, człowiek pamięta przeszłość, a zapomina o teraźniejszości, bo błędnik nie nadąża”⁷⁰⁵, „ludzie młodzi tego dostają, to ze złego powietrza, odżywiania; obniża się granica wieku zachorowania”⁷⁰⁶. Wiele osób uważa, że choroba Alzheimera jest chorobą psychiczną: „to chyba jak ktoś głupieje”⁷⁰⁷, ale także, według słów informatorki, która na pytanie o znane sobie przypadki choroby odpowiedziała: „nie, u mnie nie, moja rodzina to dobra, pobożna, Bóg nie karze pomieszaniem zmysłów”⁷⁰⁸, jest karą Bożą. Najbardziej nieprawdopodobna wypowiedź odnosi się do religii i stwierdza, że „Alzheimer jest to Jezus Chrystus, który wciela się w daną osobę i uznawana za chorą, aby sprawdzić jej rodzinę, ludzie ci traktują chorą osobę jak wariata czy dziecko... rodzina taka w zależności za swoje postępowanie zostanie ukarana lub nagrodzona”⁷⁰⁹. Wspomniany wcześniej ojciec Grande miał napisać w swych poradach, że nie należy pić herbaty z cytryną, bo uwalnia się wtedy aluminium i może spowodować Alzheimera⁷¹⁰. Bardzo ciekawym określeniem w stosunku do ludzi chorych na Alzheimera jest stwierdzenie, że „tracą samych siebie”.

Aby wyjaśnić i zrozumieć chorobę Alzheimera, ludzie poszukują bardzo różnych teorii, chociaż nadal niektórzy mówią, iż to „zwykła skleroza”⁷¹¹ i dlatego każda starsza osoba, która zapomina o czymś traktowana jest od razu jak chora na Alzheimera: „sama miałam takie przypadki w rodzinie. Moja babcia zapominała, gdzie co kładła, gdzie co jest”⁷¹². Prawda jest jednak inna, jak twierdzi autor artykułu o chorobie Alzheimera, starsza pani może po tygodniu zapomnieć o ślubie wnuczki i to jest skleroza, natomiast jej chora rówieśniczka zapomni, że w ogóle posiadała jakąś wnuczkę⁷¹³.

Ze względu na niedoinformowanie choroba Alzheimera bywa mylona z chorobą Parkinsona: „chodzi o drżenie rąk, problemy z poruszaniem, tę chorobę to chyba nasz papież ma”⁷¹⁴, „to nieskoordynowane ruchy, nad którymi

⁷⁰³ K., Navsi 2001.

⁷⁰⁴ K., Sulisławice 2002.

⁷⁰⁵ M., Kielczyn 2003.

⁷⁰⁶ K., Bocanovice 2001.

⁷⁰⁷ M., Bagieniec 2003.

⁷⁰⁸ K., Wierzbną 2003.

⁷⁰⁹ K., Nowizna 2003.

⁷¹⁰ K., Sulisławice 2003.

⁷¹¹ M., Hrádek 2001.

⁷¹² K., Wiśniowa 2002.

⁷¹³ P. Walewski, *Uwięzieni we mgle*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 38, s. 80

⁷¹⁴ K., Wierzbną 2003.

ciężko jest zapanować⁷¹⁵ albo, co dziwne, z AIDS: „to z nieczystości – młodzież jedzie do pracy nie wie dokładnie dokąd, albo czy w zaułku ktoś zgwałci, czy jak ktoś robi w domu publicznym – to badania musi sobie robić; później można umrzeć, nie ma lekarstwa na to”⁷¹⁶. Z tej ostatniej wypowiedzi tylko jedna rzecz jest prawdziwa, zarówno na chorobę Alzheimera, Parkinsona, jak i AIDS, jak dotąd nie odkryto lekarstwa.

Brak wiadomości na temat choroby powoduje nieporozumienia w rodzinie, w której jest ktoś chory, co prowadzi często do nieodpowiedniego traktowania osób chorych. Opieka nad chorymi jest bardzo ciężka i wymaga poświęceń, mnóstwa czasu i cierpliwości. Nie zawsze jest jednak tak idealnie: „mój wujek miał tę chorobę, pamiętał co za młodu było... z domu uciekał, nie wiedział co robi; zięć jego nie wiedział, że to choroba i bił go; ja tam czasem coś mówiłem, ale ten zięć to ciemny”⁷¹⁷. Zazwyczaj ludzie odnoszą się ze współczuciem do chorych, ale można spotkać i takie wypowiedzi: „pocieszna to kobieta była; gubiła się na własnym podwórku; potrafiła się rozebrać do naga i wyjść tak z domu; dużo śmiechu przez nią było”⁷¹⁸, „to paraliż systemu nerwowego – nie chciałabym mieć styku z osobą chorą”⁷¹⁹, czy już oceniając postępowanie innych: „negatywny, ludzie zdrowi wyszydzą chorych, traktują ich jak niedorozwiniętych”⁷²⁰, „nienawiść, wstyd, że się kontaktują z taką osobą”⁷²¹.

Choroba Alzheimera jest kojarzona z osobami znanymi lub postaciami z serialu, na przykład: „to jest chyba ta choroba, na którą cierpi Władysław Lubicz z Klanu”⁷²². Z osób publicznych często wspomniano byłego prezydenta USA, Ronalda Reagana, ale ciekawą próbą interpretacji jego choroby jest stwierdzenie: „zdziwiło mnie to, taki mądry człowiek”⁷²³, co oznaczałoby, że mądrość człowieka, w jakiś przedziwny sposób miałyby chronić go przed chorobą.

W przypadku choroby Alzheimera również pojawiły się dowcipy o chorych, podkreślające przede wszystkim zapomnianie przez chorych o pozostawionych gdzieś rzeczach. Dowcipy takie jak ten: „Wnusi, jak nazywa się ten Niemiec co mi wszystko zabiera? Alzheimer, odpowiada wnuczek”⁷²⁴, powodują że ludzie, zwłaszcza młodzi, zaczynają żartobliwie traktować chorobę, która dla wielu jest tematem wstydliwym. Chorzy działają bez jakiegokolwiek

⁷¹⁵ K., Tuszyn 2003.

⁷¹⁶ K., Śmiałowice 2002.

⁷¹⁷ M., Bocanovice 2001.

⁷¹⁸ K., Mrowiny 2002.

⁷¹⁹ K., Milikov 2001.

⁷²⁰ M., Żarów 2003.

⁷²¹ K., Mrowiny 2003.

⁷²² K., Śmiałowice 2002.

⁷²³ K., Navsi-Jaseni 2001.

⁷²⁴ M., Wierzbna 2003.

złośliwości w tak irracjonalny sposób, że czasami przynoszą wstyd swoim bliskim, ponieważ zupełnie nie kontrolują swoich poczynań. Tym bardziej dziwne wydają się dowcipy osób, które zapominając na przykład o kluczach do samochodu stwierdzają z rozbawieniem, że to początki Alzheimera⁷²⁵. Czasem zdziwienie wywołują próby połączenia choroby Alzheimera z poczynaniami polityków, jak w przypadku uwagi jednego z respondentów: „Alzheimer to jest, że ja daję pieniądze na rząd, a on chce do Unii żeby zakatrupić rolnika”⁷²⁶. Nie bardzo daje się odnieść objawy choroby Alzheimera w stosunku do działań naszego rządu, tak jak zrobiono to na przykład w żarcie o wściekłych krowach i parlamencie.

W Polsce problematyka choroby Alzheimera jest mało znana, a jak pokazują wyniki badań, bardzo wiele osób nie ma w ogóle pojęcia, czym jest ta choroba, w jaki sposób można stać się jej ofiarą, a przede wszystkim jak traktować chorych. Szacuje się, że w Polsce jest około 370–460 tysięcy przypadków choroby Alzheimera⁷²⁷.

3.5. CHOROBY NOWOTWOROWE

Wstrząsające wyznanie prezentera telewizyjnego Kamila Durczoka, sprzed kilkunasty laty, w którym oświadczył, że ma raka, poruszyło widzów, którzy wcześniej oburzali się na jego nowy wizerunek, pisząc do TVP, iż Durczok nie powinien być ścinać włosów, bo w ten sposób lekceważy widzów. Momentalnie wzrosła jego popularność, na dodatek, jak twierdzi prof. J. Leoński, na tle wszystkich afer korupcyjnych, agresji i chamstwa wszechobecnego w polityce Durczok wyrósł wtedy na jednego z nielicznych, który potrafił się godnie zachować⁷²⁸. Oczywiście takie zachowanie od razu zostało docenione przez wielu respondentów: „podooba mi się, że powiedział publicznie, że ta fryzura to nie wybrzyk, że dziękuje za współczucie, że nie załamał się”⁷²⁹; „czytałam artykuł w gazecie o Kamilu Durczoku i jego chorobie; oceniam go pozytywnie; nie wyrzucili go też z TV, bo go żałują”⁷³⁰; „Jacek Kaczmarski ma raka krtani, Kamil Durczok raka; uważam że ludzie ci wykazali dużo odwagi, wyznali swoją chorobę i z nią walczą”⁷³¹. Publiczne komunikaty osób chorych, nie tylko na raka, w których opowiadają, że chcą żyć i walczyć, bo mają po co, stają

⁷²⁵ Walewski, *op.cit.*, s. 80.

⁷²⁶ M., Sulisławice 2002.

⁷²⁷ *Kiedy człowiek traci siebie*, <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/kiedy-czlowiek-traci-siebie>, dostęp: 15.08.2021.

⁷²⁸ I. Konarska, *Jak mówić o raku*, „Przegląd” 2003, nr 12, s. 21.

⁷²⁹ K., Bagieniec 2003.

⁷³⁰ K., Tuszyn 2003.

⁷³¹ K., Wierzbna 2003.

się formą walki z tematami tabu, metodą odczarowywania chorób, o których się dotąd nie mówiło.

Historie walki z chorobą kończące się pomyślnie, jak w przypadku popularnego amerykańskiego kolarza Lance'a Armstronga, który swe największe sukcesy osiągnął już po przezwyciężeniu raka, to także forma terapii dla osób chorych. Tak samo jest w przypadku anonimowych osób, które walczą z chorobą i samym sobą: „Czytałam ostatnio w gazecie o młodej dziewczynie chorej na raka, która przeszła wszystkie stadia tej choroby, ale udało jej się wyzdrowieć... podziwiam tę dziewczynę, że miała tyle samozaparcia i wiary, że potrafiła pokonać chorobę”⁷³².

Jak bardzo doskwierał brak informacji i rozmowy na temat raka, może świadczyć przypadek zakładania hospicjum na początku lat 90. XX w. w Poznaniu. Okazało się, że również w przypadku chorych na raka, którzy przecież nikogo nie zarażają, a hospicjum miało być miejscem, gdzie mogliby godnie i spokojnie umrzeć, mieszkańcy osiedla, na którym miało powstać, zaprotestowali przeciwko jego budowie. Dopiero długa rozmowa prof. J. Łuczaka z kilkusetosobową grupą mieszkańców osiedla przekonała ludzi, że hospicjum nie jest kostnicą i w niczym nie zagraża psychice dzieci, bo takie były główne argumenty przeciwko budowie ośrodka⁷³³.

Brak rozmowy o chorobie jest częstą praktyką lekarzy, którzy nadal uważają, że nie trzeba informować pacjentów o nowotworach, a jeśli tak się staje, informacje podawane są w sposób lakoniczny i mało konkretny, zwłaszcza że w Polsce nie ma na razie szans, aby przy takiej rozmowie obecny był psycholog. Fakt, że rozmowa na temat raka jest tematem tabu, to również wina lekarzy, którzy nauczyli swych pacjentów wstydu, nie używania nazwy choroby oraz kluczenia w kwestii wyjaśniania choroby⁷³⁴. Praktyka zatajania przed chorym jego choroby jest jeszcze wciąż popularna w całej Europie. Jak twierdzi Sontag, lekarze zakładają, że tylko jednostki szczególnie dojrzałe, o wysokim stopniu inteligencji, mogą się pogodzić z prawdą, dlatego prawdę zna tylko rodzina, a nie chory. W Stanach Zjednoczonych, przez wzgląd na m.in. częste procesy sądowe o błąd w sztuce lekarskiej, zdecydowano się na większą jawność, ale tylko do pewnego stopnia. Ustawa o jawności z 1966 r. umieściła bowiem „kurację onkologiczną” w kategorii faktów, których ujawnienie stanowi „nieuzasadnione naruszenie prywatności obywatela”⁷³⁵.

Najgorsze są wypadki choroby nowotworowej, kiedy chorują dzieci, którym lekarze i rodzice nie chcą zdradzać prawdy, a jeszcze gorzej jest, gdy dziecko zaczyna się domyślać, że umiera. W takich sytuacjach ujawnia się

⁷³² M., Panków 2003.

⁷³³ E. Wanat, *Kłopotliwa śmierć*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 20, s. 6.

⁷³⁴ Konarska, *op.cit.*, s. 22.

⁷³⁵ Sontag, *Choroba jako metafora...*, s. 11–12.

najczęściej kryzys w rodzinie. Zmienia się całkowicie odbiór rzeczywistości, czasem rodzice obwiniają się nawzajem o chorobę dziecka, co prowadzi do dalszych konfliktów i nieporozumień. W takiej sytuacji dziecko zostaje samo, gdyż rodzice nie są w stanie sprostać nowym warunkom, kiedy dziecko szybciej dojrzewa i rozumie rzeczy, których dorośli nie potrafią zrozumieć. Jeżeli jest w istocie tak jak twierdzi Barbara Zaorska, że dzieci patrząc na filmy i inne przekazy medialne tworzą w sobie przekonanie, iż śmierć jest tylko i wyłącznie elementem świata fikcyjnego⁷³⁶, to ten swoisty stan zawieszenia, jaki następuje przed śmiercią, jest czasem rozgrywania rodzinnego spektaklu o nieumieraniu, w którym rodzice nie chcą przyjąć do wiadomości możliwości śmierci swego dziecka. Jak powiedziała jedna z matek, którą Zaorska spotkała w międzynarodowym ośrodku leczenia chorób nowotworowych u dzieci: „We wszystkich językach istnieje słowo na określenie, że się straciło ojca, sieroctwo, męża, wdowieństwo, ale nie ma słowa, by wyrazić, że się straciło dziecko, tak jest to nienaturalne”⁷³⁷. Dlatego też chyba choroba nowotworowa jest uważana przez respondentów za największe zagrożenie współczesnego świata. Pomimo bowiem, że w kwestionariuszu nie znalazły się pytania wprost o choroby nowotworowe, pojawiło się wiele informacji z nimi związanych.

Uważa się, iż rak to „choroba dzisiejszych czasów... zżera wszystko wewnątrz ciała”⁷³⁸, a także „najpoważniejsza choroba naszych czasów”⁷³⁹. Zdarzały się także wypowiedzi w tonie bardzo pesymistycznym: „jest tylko jedna choroba, wewnętrzna zgnilizna, próchnica organów ludzkich; po co to nazywać? Teraz to nazywają rakiem albo innym AIDS, 30 lat temu nazywali inaczej; ale to wszystko jedna choroba”⁷⁴⁰. Zastanawiać może w tym przypadku porównanie raka z AIDS, ale jeśli ktoś traktuje chorobę w kategorii wewnętrznej zgnilizny, zarówno AIDS, jak i rak ze swymi mitologiami doskonale pasują. Lęk przed zachorowaniem na raka spowodował powstanie różnych tłumaczeń jego etiologii: „rak z niedożywienia, z dopustu Bożego, gdy życzą drugiemu, co tobie niemiło; rak wszedł w chorobę mamy, kuzyn się z niej śmiał i teraz ma raka gardła”⁷⁴¹; „mówią, że każdy ma w sobie raka, tylko nie każdy rak się budzi – musi być przyczyna jakaś, np. jak się zadrasnie”⁷⁴². Pojawiają się także stwierdzenia, że „w Polsce panuje epidemia raka; nie wiemy o tym, ponieważ w statystykach nie uwzględnia się ludzi będących

⁷³⁶ B. Zaorska, *Rozmowy z dziećmi umierającymi na choroby nowotworowe*, [w:] *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 2, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 1999, s. 67.

⁷³⁷ *Ibidem*, s. 74.

⁷³⁸ K., Wiśniowa 2003.

⁷³⁹ K., Bagieniec 2003.

⁷⁴⁰ M., Sulisławice 2002.

⁷⁴¹ K., Mrowiny 2003.

⁷⁴² K., Śmiałowice 2002.

na emeryturze⁷⁴³ albo „dużo raka jest po Czernobylu”⁷⁴⁴. Takie tłumaczenie zrzuca całkowicie odpowiedzialność za liczne zachorowania na raka na państwo, co wydaje się pewną metodą obrony, ponieważ jak widać wcześniej, rak często traktowany jest w kategorii kary Bożej.

Rak, a właściwie umieranie na raka, to częsty motyw dramatyczny, będący kanwą jakiegoś filmu: „Love Story – białaczka; dużo jest raka w filmie, to jest takie pokazowe. Matka dwojga dzieci zachorowała na raka, świadomie odchodziła, poprosiła koleżankę o opiekę nad dziećmi”⁷⁴⁵. Wydawałoby się, że rak ze względu na ciężką i często powolną śmierć nie jest chętnie wykorzystywany w filmach, czy literaturze, ale tak naprawdę autorzy przede wszystkim kładą nacisk nie na umieranie, ale poświęcenie, walkę z chorobą albo, jak w przypadku wielokrotnie wspomnianego przez respondentów *Love Story*, na dramat zakochanych. W pokazywaniu dramatów obyczajowych opartych na prawdziwych lub wymyślonych historiach przoduje chyba program 1 TVP, który 20 lat temu ustanowił standardową porę tygodnia, czyli środę godziną 20.00, na pokazywanie właśnie takich filmów. Oczywiście nie dotyczą one jedynie raka: „w środy na jedyńce lecą takie filmy o rodzinach, dzieciach, które są na coś chore, różne; jedne choroby są śmiertelne, inni walczą o zaakceptowanie swoich chorób, rehabilitacja po chorobach”⁷⁴⁶. Prawdopodobnie w tej serii został wyświetlony film, którego dramat opiera się na pomysle szukania przez matkę nowych rodziców dla swych dzieci, czyli *Kto pokocha moje dzieci*⁷⁴⁷. Galerię postaci chorujących na raka można znaleźć w serialach, m.in. w *Klanie*, który przekroczył już chyba limit osób chorujących na różne choroby, a autorzy scenariusza traktują chorobę jako nowy ciekawy zwrot akcji. Zresztą taka sytuacja jest w większości seriali, nie tylko polskich.

Można stwierdzić, że choroby współczesne są znane właściwie wszystkim respondentom, problemy pojawiają się w momencie, gdy trzeba wskazać na przyczyny zachorowania na poszczególne choroby.

3.6. WYOBRAŻENIA O AIDS W ŚWIADOMOŚCI LUDNOŚCI WIEJSKIEJ

Pierwszy wypadek zachorowania na AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), czyli zespół nabytego upośledzenia odporności, wykryto w roku 1968, tyle że wtedy nie zdawano sobie sprawy, na jaką chorobę zmarł młody pacjent. Dopiero na początku lat osiemdziesiątych, na skutek coraz licz-

⁷⁴³ K., Sulisławice 2002.

⁷⁴⁴ K., Milikiv 2001.

⁷⁴⁵ K., Navsi-Potoky 2001.

⁷⁴⁶ K., Gołszyce 2003.

⁷⁴⁷ M., Wierzbna 2003.

niejszych zachorowań, podjęto badania nad nieznaną dotychczas chorobą. Jeszcze jesienią 1981 r., kiedy zdołano powiązać już zachorowania na tajemniczą chorobę z grupą homoseksualistów, nazywano ją GRID (Gay Related Immuno Deficiency) – upośledzenie odporności związane z homoseksualizmem, a niektórzy lekarze ochrzcili ją mianem *The Wrath of God*, czyli Gniew Boży⁷⁴⁸. Badania nad pochodzeniem choroby podjęły dwa niezależne, żeby nie powiedzieć, zwalczające się zespoły, we Francji pod kierunkiem prof. Luca Montagniera i w Stanach Zjednoczonych pod przewodnictwem prof. Roberta Gallo. Do momentu odkrycia wirusa odpowiedzialnego za chorobę, powstało wiele teorii pochodzenia AIDS, m.in. taka, która obciąża winą eksperymenty biochemiczne wojska Stanów Zjednoczonych w Fortcie Derrick⁷⁴⁹. Na przełomie 1983 i 1984 r. odkryto wirus HIV (Human Immundeficiency Virus) odpowiedzialny za powstanie choroby AIDS, który, jak się niebawem okazało, jest zdolny do mutacji. Można wyróżnić dwa typy wirusa: charakterystyczny dla krajów wysoko rozwiniętych, który przenosi się przede wszystkim drogą homoseksualnych kontaktów płciowych i bezpośrednio zakażonymi igłami oraz charakterystyczny dla krajów Trzeciego Świata, który przenosi się drogą kontaktów heteroseksualnych⁷⁵⁰.

Powstały liczne teorie na temat pojawienia się AIDS, ich pochodzenie jest bardzo różne. Na przykład sensacyjny artykuł, jaki ukazał się w rosyjskiej prasie, powielił pomysł dziennika indyjskiego „Patriot”, który dowodził stworzenia wirusa w laboratoriach wojskowych Fortu Derrick. Specjaliści wojskowi z Medycznego Instytutu Badawczego Chorób Zakaźnych, którzy prowadzili prace w zakresie immunologii, stworzyli nowy rodzaj broni biologicznej. Mieli oni w trakcie swych podróży do krajów Afryki zbierać materiały o silnie chorobotwórczych wirusach, które po odpowiednim przygotowaniu stały się wirusem roznoszącym AIDS⁷⁵¹. Bardzo częstą praktyką stosowaną wówczas było spychanie odpowiedzialności za powstanie i rozwój AIDS na inne państwa bądź ludy. Oskarżano na przykład Haitańczyków, którzy poprzez kult voodoo, czy raczej praktyki stosowane w trakcie odprawiania rytuałów voodoo, mieli roznosić wirus AIDS. Przedstawiciele islamu, na łamach licznych arabskich gazet, zastanawiali się, czy AIDS rzeczywiście dotyczy wszystkich mieszkańców świata, czy tylko części amerykańsko-europejskiej. Twierdzili przy tym, że wszystkiemu winna jest rozwiązłość, i że jedynie zdrowy seks, czyli stosunki heteroseksualne, mogą zapewnić absolutną ochronę przed chorobą⁷⁵². Późniejsze badania wykazały, że nie mieli racji.

⁷⁴⁸ D. Lapierre, *Więksi niż miłość*, Warszawa 1992, s. 119.

⁷⁴⁹ *AIDS – dżuma XX wieku*, zebra. i oprac. J. Zalewski, Edmonton 1988, s. 11.

⁷⁵⁰ Wills, *op.cit.*, s. 244.

⁷⁵¹ W. Zapiewałow, *Panika na Zachodzie albo co się kryje za sensacją AIDS*, [w:] *AIDS – fakty, opinie, prognozy (wybór artykułów publicystycznych)*, red. K. Fekecz, Warszawa 1987, s. 20.

⁷⁵² M. Głogowski, *Strach czasów AIDS*, „Prawo i Życie” 1987, nr 41, s. 12.

Takich oskarżeń w istocie można było wysuwać mnóstwo, a wszystkie teorie nadal tkwią w świadomości ludzi, którzy kiedykolwiek zetknęli się z nimi.

Pierwsze przypadki zakażenia wirusem HIV w Polsce zanotowano w 1985 r., a w rok później stwierdzono pierwszy przypadek zachorowania na AIDS u pacjenta, który powrócił ze Stanów Zjednoczonych⁷⁵³. Zaczęły się pojawiać wzmianki w prasie o traktowaniu chorych i ich rodzin. W jednej z opisywanych miejscowości ksiądz z ambony ogłosił o fakcie choroby mężczyzny, który wrócił z USA; rodzina pomimo przeprowadzenia badań wykluczających chorobę była szykanowana, listonosz bał się wejść na podwórko, a ze względu na podejrzenie, że wirusy przeskakują jak pchły z sierści, odpędzono psa chorego człowieka⁷⁵⁴. Również w Stalowej Woli szykanowano chorego, który wrócił z USA, i jego rodzinę⁷⁵⁵, a w innym przypadku mieszkańcy wsi zażądali „wywiezienia gdzieś tej rodziny”⁷⁵⁶.

Kościół katolicki w pierwszej fazie rozwoju „dżumy XX wieku”, jak często określano AIDS, potępiał chorych, ze względu na powiązanie AIDS ze środowiskiem homoseksualistów, uważając, że choroba jest karą Bożą. Tadeusz Komendant napisał: „AIDS spełnia marzenia katechetów: będziesz się onaniżował, uschnie ci ręka; zataisz przy konfesjonale, że okłamywałeś matkę, szlag cię trafi; kochasz się inaczej niż Pan Bóg przykazał – zachorujesz na AIDS. Tu skutek ma swoją oczywistą przyczynę (grzech), a zarazem przyczyna ma zawsze wiadomy skutek; to relacja właściwa myśleniu magicznemu”⁷⁵⁷. Nie jest przesadą takie stwierdzenie, a w kraju, gdzie 95% ludności deklaruje, że jest katolikami, ten stereotyp powiela się cały czas. Utwierdzany zresztą był licznymi komunikatami i kazaniem, nawet prymas Polski Józef Glemp nie ustrzegł się przed potraktowaniem AIDS jako kary Bożej. W kazaniu wygłoszonym na Jasnej Górze 15 VIII 1992 r., zwracając się do zgromadzonych, w większości młodzieży, mówił:

jest to zło, które przede wszystkim zaczyna się od postawy moralnej, a w konsekwencji zagraża zdrowiu i życiu i wywołuje ogromne zakłócenia społeczne, przyprawiając o cierpienie i śmierć także niewinne osoby. (...) Im więcej jest chorych z powodu winy moralnej, tym proporcjonalnie większe jest zagrożenie niewinnych, szczególnie dzieci. (...) Rzecz jest zbyt poważna, aby ją oddać w ręce krzykliwych amatorów i na siłę tworzyć ośrodki dla chorych na AIDS pośród skupisk ludzkich. (...) Urąga to demokracji, jeżeli niechęć społeczna, dla przypadkowych rozwiązań podnieca się, rozdrażnia ludzi, a potem rozdrażnionych i podnieconych ukazuje w telewizji jako przykład nietolerancji.

⁷⁵³ V. Krawczyk-Wasilewska, *AIDS. Studium antropologiczne*, Łódź 2000, s. 24.

⁷⁵⁴ B. Pietkiewicz, *Bilet powrotny*, „Polityka” 1987, R. 31, nr 16, s. 7.

⁷⁵⁵ J. Wilczak, *Panika*, „Polityka” 1989, R. 33, nr 7, s. 5.

⁷⁵⁶ I. Szenkowa, *Izolacja chorych od zdrowych*, „Tygodnik Polski” 1987, R. 6, nr 22, s. 7.

⁷⁵⁷ T. Komendant, *Alien*, „Twórczość” 1993, R. 49, nr 9, s. 74.

Jest to nadużywanie pojęcia tolerancji i ubliżanie ludziom i całym wspólnotom lokalnym, którym nie powinno się bez ich zgody narzucać stanu lęku⁷⁵⁸.

Ten być może przydługi cytat jakby jednym słowem przekreśla starania ludzi próbujących tłumaczyć, że chory na AIDS nie jest wyklęty moralnie ze społeczeństwa, a jednocześnie tłumaczy agresywne zachowanie mieszkańców Lasek, Głokowa, Piastowa, Józefowa i Rembertowa, gdzie próbowano zakładać ośrodki dla chorych na AIDS i zarażonych wirusem HIV. Słowa te stały się także podstawą twierdzenia, wielokrotnie pojawiającego się w trakcie badań, iż homoseksualiści i narkomani sami są sobie winni, że chorują na AIDS.

Największym problemem wydaje się tutaj seksualny sposób transmisji choroby, który w mniemaniu większości ludzi oznacza przyzwolenie na dobrowolne ściągnięcie na siebie choroby, co z kolei osądzane jest surowiej niż inne sposoby zarażenia, ponieważ zbyt często AIDS kojarzony był z rozwiązłością, czy wręcz perwersją seksualną⁷⁵⁹. Znamienne są więc słowa biskupa Falcão z Brazylii, że AIDS to „następstwo moralnej dekadencji” lub kardynała Rio de Janeiro Eugenio Salesa, który nie mogąc się do końca zdecydować nazwał AIDS „zemstą natury” oraz „karą Boską”⁷⁶⁰.

Jeszcze na początku lat 90. XX w., kiedy ustalono już wszelkie definicje choroby i sposoby zarażania się wirusem HIV, panika na wieść, że ktoś jest zarażony była jednak tak ogromna, że nie pomagały żadne rozsądne tłumaczenia. Nadal ludzie kojarzyli AIDS jedynie z narkomanami i homoseksualistami, oceniając ich postępowanie jako naganne i niemoralne. Z drugiej jednak strony, jeśli ówczesny wiceminister zdrowia (rok 1991) potrafił w trakcie publicznej wypowiedzi stwierdzić: „uważam, że sprawa szerzenia się schorzeń typu HIV jest właśnie ograniczona przede wszystkim jednak do grupy, która w naszym pojęciu jest zboczeniem, czyli do kontaktów homoseksualnych”⁷⁶¹, nie można się dziwić, iż część społeczeństwa przyjmowała te słowa jak oczywiste wytłumaczenie.

3.6.1. MITYZACJA AIDS

Używanie w stosunku do choroby AIDS określeń typu „dżuma XX wieku”, „zaraza”, „plaga”, czy „epidemia” oraz fakt, że po raz pierwszy od epidemii kiły, jaka wybuchła pod koniec XV w., seks kojarzony jest w tak bezpośredni sposób ze śmiercią, spowodował bardzo szybki proces mityzacji choroby.

⁷⁵⁸ *AIDS-Nowe wyzwanie, stare problemy*, red. T. Nasierowski, H. Matsumoto, Warszawa 1992, s. 17.

⁷⁵⁹ Sontag, *AIDS i jego metafory...*, s. 113.

⁷⁶⁰ S. Sontag, *Metafory AIDS*, „Odra” 1989, nr 4, s. 26.

⁷⁶¹ J. Rakowiecki, *Co wolno ministrowi*, „Gazeta Wyborcza”, 9.05.1991, s. 3.

W wizerunku zmytyzowanej choroby dominuje motyw skalania seksualnego⁷⁶². Apokaliptyczna wizja świata, który pogrąży się w totalnym chaosie za sprawą AIDS oraz jego katastrofalnych skutków, przedstawił m.in. Gene Antonio w książce *AIDS – zmowa milczenia*: „jeżeli nie zostaną szybko podjęte kroki, które zapobiegną błyskawicznemu rozwojowi epidemii, skutkiem będzie katastrofa nie mająca precedensu w całych dziejach ludzkości”⁷⁶³. Do mityzacji wizerunku choroby przyczyniła się także opinia traktująca AIDS jako epitemię, czyli zarazę będącą efektem kary Bożej, a jednocześnie czymś w rodzaju oczyszczającego khatarsis. Epitemia, z greckiego oznacza karę nałożoną na grzesznika, ale ze względu na to, iż grzech traktowano jak chorobę, w bizantyjskiej praktyce pokutniczej i teologii, epitemia była traktowana również jako środek zapobiegawczy⁷⁶⁴.

Monika Sznajderman podzieliła proces mityzacji AIDS na dwa etapy. Pierwszy, kiedy choroba w sposób jednoznaczny kojarzyła się grzechem i obcością, przypisywano ją bowiem jedynie niemoralnym homoseksualistom, narkomanom, Haitańczykom i mieszkańcom Afryki. Przełom nastąpił, gdy zmarł Rock Hudson, amerykański gwiazdor filmowy, a choroba zyskała, jak podkreśla Lapiere, „twarz jednego z półbogów tego kraju”⁷⁶⁵. Późniejsza śmierć Freddiego Mercury’ego oraz komunikat Earvina „Magica” Johnsona, o tym, że jest nosicielem wirusa HIV, przyniosły zmiany w postrzeganiu choroby, która była wcześniej synonimem zła. Jak podkreślała jedna z respondentek, AIDS kojarzy się przede wszystkim z osobami znanymi, które poprzez swą chorobę stały się wybrańcami kultury masowej⁷⁶⁶. W dalszym ciągu jednak jednym z podstawowych wyznaczników AIDS jest obcość. Już wcześniej w licznych teoriach o pochodzeniu choroby powoływano się na mitycznych „obcych”, Haitańczyków czy biochemików z Fortu Derrick, ale współcześnie również, jak będzie to widać na przykładzie wyników badań, winni są obcy.

Komunikat wygłoszony przez „Magica” Johnsona „jestem silny i jeszcze wiele mogę dać”, w ciągu siedmiu tygodni od jego wyemitowania w amerykańskiej telewizji spowodował wzrost liczby badań w kierunku zakażenia HIV⁷⁶⁷. Duże znaczenie miał w tym wypadku fakt, iż Johnson nie jest homoseksualistą i nie używa narkotyków. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wskazały, iż jego deklaracja przyczyniła się do zwiększenia liczby chętnych niesienia pomocy nosicielom wirusa HIV⁷⁶⁸. Widać więc,

⁷⁶² M. Sznajderman, *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*, Warszawa 1994, s. 120.

⁷⁶³ G. Antonio, *AIDS zmowa milczenia*, tłum. J. Szacki, Gdańsk 1993, s. 108.

⁷⁶⁴ L. Uspienski, *Teologia ikony*, tłum. M. Żurowska, Poznań 1993, s. 201.

⁷⁶⁵ Lapiere, *op.cit.*, s. 277.

⁷⁶⁶ Sznajderman, *op.cit.*, s. 115.

⁷⁶⁷ J. Juszczak, *Efekt „Magica”*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 32, s. 7.

⁷⁶⁸ M. Wójcik, *Komunikat dla wszystkich*, „Przekrój” 2003, nr 11, s. 18.

że przykłady ludzi reprezentujących znaną nam kulturę masową, którzy są nosicielami, bądź osobami zdrowymi, które chcą pomóc, mogą pozytywnie wpływać na zmianę wizerunku AIDS. Nieco odmiennym przykładem jest tutaj śmierć Michela Foucaulta, po której wydano trzy książki, m.in. Jamesa Millera *The Passion of Michel Foucault* i Hervéa Guiberta *Przyjacielowi, który nie uratował mi życia*, sugerujące, iż ten znakomity filozof z pełną świadomością własnej choroby zarażał innych⁷⁶⁹. Guibert, który sam zachorował na AIDS, nie pisze wprost o kogo chodzi, ponieważ używa pseudonimu mówiąc o swojej chorobie: „pragnąłem, jak Muzil, mieć siłę, niedorzeczną dumę, ale i wspaniałomyślność zarazem, nie wyznać tego nikomu, aby pozwolić trwać przyjaźniom, wolnym jak ptak, beztroskim i wiecznym”⁷⁷⁰.

Po śmierci Hudsona, artyści po obu stronach oceanu zaczęli organizować imprezy charytatywne na rzecz chorych na AIDS, gdzie występowały gwiazdy, takie jak Liz Taylor, Shirley Bassey czy Michaił Barysznikow⁷⁷¹. Pojawiało się coraz więcej filmów, których treść stanowiła walka z uprzedzeniami dotyczącymi AIDS, zarówno filmy fabularne, jak i dokumentalne. Na przykład na corocznym festiwalu Międzynarodowy Tydzień Filmowy, odbywającym się w Mannheim na początku października 1987 r., przedstawiono serię filmów o AIDS, jak podkreśla autorka artykułu o festiwalu, „tej pladze naszego wieku”⁷⁷². Francuska nagroda filmowa Cezar w 1993 r. w kategorii za najlepszy film i najlepszy debiut filmowy została przyznana filmowi *Drapieżne noce*. Jego twórcą był młody francuski reżyser Cyrill Collard, który jednocześnie zagrał główną rolę, człowieka zarażonego wirusem HIV. Collard, który praktycznie rzecz biorąc zagrał sam siebie, zmarł w wieku 35 lat na AIDS, na trzy dni przed rozdaniem Cezarów⁷⁷³.

Najbardziej znanym filmem w tym gatunku, bo chyba można już o takowym mówić, jest prawdopodobnie *Filadelfia*. Jak wynika z badań przeprowadzonych dla celów tej pracy, jest najczęściej przywoływanym filmem, gdy zapytać o AIDS. 3 marca 2000 r., kiedy po raz kolejny wyświetlono *Filadelfię*, tym razem w cyklu „Patrz i sądz”, autorzy cyklu, czyli Zygmunt Kałużyński i Tomasz Raczek zadali widzom pytanie: „czy można usprawiedliwić ludzi, którzy unikają ludzi chorych na AIDS?”. Po wyemitowaniu filmu okazało się, że 531 widzów odpowiedziało tak, natomiast 1718 – nie. Niestety, jak twierdził Kałużyński, *Filadelfia* jest filmem – propagandą, a w życiu sytuacja wygląda zupełnie inaczej.

Oprócz wyznań ludzi popularnych, przedstawicieli kultury masowej, prezentowano również przypadki osób mniej znanych lub anonimowych. Była to

⁷⁶⁹ Sznajderman, *op.cit.*, s. 127.

⁷⁷⁰ H. Guibert, *Przyjacielowi, który nie uratował mi życia*, Warszawa 1993, s. 8.

⁷⁷¹ B. Puchalska, *Trudna prawda*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 2, s. 11.

⁷⁷² B. Mruklik, *AIDS i temat śmierci*, „Wiedza i Życie” 1988, nr 1, s. 50.

⁷⁷³ J. Szygiel, *Cezar chory na AIDS*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 12, s. 9

forma obalania muru milczenia i ostracyzmu wokół chorych na AIDS. Barbara Pietkiewicz rozmawiała na przykład ze starszą kobietą, która została zarażona w trakcie transfuzji krwi. O tym, że jest chora wiedzieli jej synowie, ale nie ich rodziny. Stwierdziła, iż kiedy przyjdzie czas, gdy zaczną chorować na skutek osłabienia organizmu przez AIDS, odseparuje się od swojej rodziny, bo nie chce zarazić wnuków. Jej słowa: „tylko ktoś, kto zachoruje na śmiertelną chorobę, wie, czym naprawdę jest samotność. Ludzie nie wiedzą co czynią, odwracając się od swoich chorych najbliższych”⁷⁷⁴, są potwierdzeniem, że bez wsparcia rodziny proces kuracji przebiega zdecydowanie gorzej. Innym przypadkiem jest amerykańska multimilionerka z Detroit, zarażona przez męża, który w latach młodości zażywał narkotyki. Po wystąpieniu publicznym „Magica” Johnsona, postanowiła zorganizować publiczną kampanię w celu uświadomienia ludziom sposobów zarażenia się wirusem HIV. Wypowiedziane przez nią słowa o tym, że kobieta śpiąc ze znanym sobie mężczyzną, śpi nie tylko z nim, ale również z wszystkim, co przydarzyło mu się w życiu, uświadomiły wtedy ludziom, że nie tylko homoseksualiści i narkomani mogą zachorować⁷⁷⁵. Był to początek lat 90. XX w. kiedy teorie na temat dróg zarażenia się wirusem HIV zostały już sprecyzowane, ale nadal część społeczeństwa wierzyła, że tylko ludziom z grup tzw. wysokiego ryzyka, czyli właśnie narkomanom, homoseksualistom, prostytutkom, może się przytrafić AIDS.

Mitologia AIDS zbudowana została na lękach człowieka przed mitycznym obcym. Byli nimi wspomniany już Haitańczycy, Amerykanie, ale dopiero przypadki tzw. Aniołów Śmierci, czyli ludzi, którzy umyślnie zarażali innych, pokazały jak szybko ten lęk się rozprzestrzenił. Istnieją dwie równorzędne wersje dotyczące działalności tzw. Aniołów Śmierci. Przypadek pierwszy, opisany w skandynawskiej prasie, później przez Manuellę Gretkowską w felietonie, opisuje młodego, „zabójczo przystojnego Amerykanina”, który odwiedzał dyskoteki w Szwecji, gdzie podrywał młode kobiety. W świadomy sposób zaraził od 100 do 200 osób, zaś miejscowa prasa ochrzciła go mianem „HIV-man” albo „Anioł Śmierci”⁷⁷⁶. Drugi przypadek opisany został m.in. w „Gazecie Wyborczej”, dotyczył włoskiej prostytutki, która przez dwa lata umyślnie zarażała swoich klientów. Tutaj jednak, ze względu na fakt, iż policja aresztowała Giuseppinę Barbieri, można było pokazać jej zdjęcie w prasie, aby byli klienci zgłaszali się na badania. Włoska prasa ochrzciła ją mianem „Anioła Śmierci”, pisali również, że „działała z premedytacją jak seryjny morderca, a jej bronią było AIDS”⁷⁷⁷. W Szwecji „Anioł Śmierci” nie został

⁷⁷⁴ B. Pietkiewicz, *Nadzieja jest jak narkotyk*, „Twój STYL” 1992, nr 10, s. 57.

⁷⁷⁵ E. Juńczyk, *Mam w sobie śmierć*, „Twój STYL” 1992, nr 11, s. 56.

⁷⁷⁶ M. Gretkowska, *Szczepionka na kobiety, czyli ekologia seksu*, [w:] *eadem, Silikon*, Warszawa 2000, s. 83.

⁷⁷⁷ A. Hollanek, *Twarz Giuseppiny*, „Gazeta Wyborcza”, 24.02.1998, s. 8.

złapanym, policji udało się ustalić, że nie był Amerykaninem, a obywatelem jednego z państw Bliskiego Wschodu. Historie, jakie powstały po ujawnieniu tego typu przypadków, mogą stanowić projekcję wszystkich lęków społeczeństwa, ale mogą być również jego efektem. Opowieści o osobach umyślnie zarażających krążyły już w latach 80. XX w., więc działalność „Aniołów Śmierci” z lat 90., jest niejako podsumowaniem wszystkich wersji tych historii. Przypominają one wydarzenia z połowy XIV w., kiedy w trakcie trwania epidemii dżumy, po Europie krążyły historie o Żydach umyślnie zatruwających studnie i inne źródła wody pitnej. Lęk jaki został wywołany w społeczeństwie przez wszystkie te przypadki składa się na ilustrację antropologii strachu. A jak stwierdził cytowany już wcześniej Jarosław Brozi kulturą formą neutralizacji granicy lęku jest jego mityzacja⁷⁷⁸, a środki jakie mają służyć w tym celu to religia, mit, czy działalność uzdrowicieli.

Do mityzowania AIDS przyczyniły się także historie o agresywnych młodych ludziach, przeważnie narkomanach, którzy rzucali się na ludzi w miejscach publicznych i ich zarażali. Jedna z wersji opowiada o narkomanach, którzy przesiadywali w Bielsku-Białej, w okolicy byłego domu towarowego Klimczok, a kiedy ktoś im się nie spodobał kłuli strzykawkami⁷⁷⁹. W różnych wersjach podobne historie przetrwały do dnia dzisiejszego i stanowią podstawowe wyjaśnienie wytłumaczenia strachu, jaki ogarnia ludzi na myśl o założeniu w okolicy ich zamieszkania ośrodka dla nosicieli. Zresztą wszystkie tłumaczenia w takich wypadkach wydają się społeczności lokalnej przydatne, nawet te najbardziej absurdalne, co będzie widoczne w wynikach badań.

3.6.2. AIDS W ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNOŚCI WIEJSKIEJ

Teoretycznie, duża część pytanych osób wie, w jaki sposób może dojść do zakażenia wirusem HIV. Jest tak w rzeczywistości, ale w momencie kiedy pojawiłby się problem powstania w okolicy ośrodka dla nosicieli wirusa HIV i chorych na AIDS, okazuje się, że z pozoru dobrze poinformowani ludzie, przypominają sobie lub wymyślają bardzo dziwne drogi zarażania.

Wśród teorii tłumaczących sposoby zarażania przeważa opcja dotycząca homoseksualistów i narkomanów, ale pojawiły się także inne, bardziej zaskakujące. Na przykład „zarażają się ci, co z psami mają stosunki; jedna moja znajoma leżała na leżaku i wszedł na nią pies no i ona z nim miała stosunek. Także słyszałem, że ktoś w stadninie to miał stosunek z koniem, a tak też się można zarazić”⁷⁸⁰, „kiedyś człowiek mógł współżyć z małpą i od niej się

⁷⁷⁸ Brozi, *op.cit.*, s. 15.

⁷⁷⁹ J. Tyc, *Motywy strachu w modelowaniu świata. Przekazy ustne z okolic Czechowic-Dziedzic*, „Literatura Ludowa” 1996, nr 6, s. 51.

⁷⁸⁰ M., Sulisławice 2002.

zarazić⁷⁸¹, „przez grupowy seks; u nas nie ma takiej grupy, w Afryce to jest dobre pytanie⁷⁸². Jak widać w tych odpowiedziach najbardziej absorbujące wydaje się dla wszystkich to, iż jednym ze sposobów zarażenia się AIDS jest stosunek seksualny. Takie wyobrażenia stanowią podstawę mityzacji choroby, kiedy można tłumaczyć, że jest ona skutkiem perwersji, jakiegoś wynaturzenia. O ile jeszcze drugą wypowiedź można łączyć z podawanymi w prasie informacjami, że AIDS mogło „przeskoczyć” z małp na ludzi, poprzez kontakt z krwią upolowanego zwierzęcia⁷⁸³, o tyle dwie pozostałe wypowiedzi ciężko jest logicznie wytłumaczyć. Ale przecież mit rządzi się własną logiką, nie potrzebuje wytłumaczenia.

Nadal przeważają opinie o przenoszeniu wirusa HIV poprzez kontakty homoseksualne. Respondenci odpowiadali na przykład: „to Pan Bóg pokarał wszystkich tych facetów, co do innych leżą⁷⁸⁴, „wiadomo, że porządny człowiek się tym głównym nie zarazi, tylko jakiś pedał albo co⁷⁸⁵, „pewno to od zbrojeńców, czarnuchów jakichś przyszło⁷⁸⁶, „HIV pochodzi z Monachium od gejów, którzy rozprzestrzenili to po całym świecie⁷⁸⁷ albo „to paskudne choróbsko, pedały to mają⁷⁸⁸. Ten motyw pojawia się także przy pytaniu dotyczącym otwarcia ośrodka, ponieważ homoseksualiści, jako osoby odpowiedzialne za swoją chorobę, stanowią wraz z narkomanami grupę bardzo niechętnie widzianą w roli sąsiadów. Homoseksualiści ponoszą winę za swoją chorobę, ponieważ „złamali zakazy Pana Boga⁷⁸⁹, „a dobrze im tak, chcieli, prosili o tę chorobę to niech teraz mają⁷⁹⁰, „geje są sami sobie winni i nie zasługują na litość⁷⁹¹, poza tym ich orientacja seksualna skłania do stwierdzenia, że są chorzy. Jeden z respondentów wyjaśnił, że ich nie lubi, „kiedyś to się nie nagłaśniało tej sprawy; jest to gatunek choroby, to jest choroba w każdym razie dla mnie⁷⁹². Bardzo często pojawia się także motyw winy „jak już ktoś jest zarażony to znaczy, że nie jest bez winy... kto go tam wie co on wyprawiał⁷⁹³, „kara Boża za to jak się prowadzili, jak żyli⁷⁹⁴, lub „a nie chcemy tu takich, oni pokarani przez Boga⁷⁹⁵.

⁷⁸¹ K., Wiśniowa 2003.

⁷⁸² M., Bocanovice 2001.

⁷⁸³ M. Rotkiewicz, *Tajemnica bolimuszki*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 37, s. 76–77.

⁷⁸⁴ M., Bocanovice 2001.

⁷⁸⁵ M., Bagieniec 2002.

⁷⁸⁶ M., Sulisławice 2002.

⁷⁸⁷ K., Nowizna 2003.

⁷⁸⁸ M., Marcinowice 2003.

⁷⁸⁹ K., Navsi 2001.

⁷⁹⁰ K., Tuszyn 2003.

⁷⁹¹ K., Pieszycy 2003.

⁷⁹² M., Bystřice 2001.

⁷⁹³ K., Przemków 2001.

⁷⁹⁴ K., Panków 2003.

⁷⁹⁵ K., Żarów 2003.

Na temat narkomanów krążą różne opowieści, m.in. tak makabryczne, jak o rzekomym fakcie zjedzenia przez parę narkomanów własnego dziecka na skutek halucynacji po używkach: „zjedli bo myśleli, że to kurczak”⁷⁹⁶ lub mniej drastyczna historia o chłopakach z poprawczaka, którzy pomagali w malowaniu szkoły i rozdali dzieciom narkotyki w gumach do żucia⁷⁹⁷. Uważa się także, że skuteczną metodą walki z narkomanią może być pozbycie się po prostu wszystkich narkomanów: „a tym narkomanom by dać te narkotyki, niech pomrą z tego”⁷⁹⁸. Takie opowieści przypominają bardzo historię skierowaną przeciwko Żydom w trakcie licznych epidemii, tak samo jak stwierdzenie, że „jak się taki (homoseksualista), do rzeki wyszcza to potem cała wieś zarażona”⁷⁹⁹, przypomina oskarżenia skierowane przeciwko trędowatym o umyślne zatrucie studni. Oczywiście był to koronny argument przeciwko założeniu we wsi ośrodka dla osób chorych i zarażonych. Przy okazji trzeba stwierdzić, że wiele osób myli chorobę AIDS i wirus HIV traktując je niejako wymiennie, jak coś równorzędnego: „HIV można zarazić się przez krew, tak samo AIDS”⁸⁰⁰, albo odwraca kolejność, traktując AIDS jako wirus, natomiast HIV jako chorobę⁸⁰¹.

Bardzo mocno zaznacza się podział na chorych winnych i niewinnych, co jest efektem propagowania tej teorii m.in. przez Kościół, jak już wcześniej można było zauważyć. Istnieją jakby dwie odrębne kategorie chorych, z jednej strony osoby zarażone przez pomyłkę, np. hemofilicy oraz małe dzieci, które zarażyły się krwią matki, a z drugiej narkomani, homoseksualiści i prostytutki. Oczywiście „dzieci szkoda, a tamci mają, na co zasłużyli”⁸⁰², „jak z jego winy – to bym się go bała, ale jak nie z jego winy, to trzeba pomóc”⁸⁰³ czy „tego, co przez przypadek to szkoda, ale pedałów i narkomanów to mi nie żal”⁸⁰⁴. Zresztą pojawiają się twierdzenia wprost „Kościół tego nie popiera, tak czują to: starsze praktykujące pokolenie nie patrzy przychylnie”⁸⁰⁵, a ciężko chyba nazwać przychylnym patrzeniem, sugerowanie spalenia ośrodka, gdyby takiowy miał powstać⁸⁰⁶.

26,20% respondentów (tab. 5), na pytanie o możliwość otwarcia ośrodka w miejscowościach przez nich zamieszkanymi⁸⁰⁷, odpowiedziało tak,

⁷⁹⁶ M., Sulisławice 2002.

⁷⁹⁷ M., Sulisławice 2002.

⁷⁹⁸ K., Bystřice 2001.

⁷⁹⁹ M., Bocanovice 2001.

⁸⁰⁰ K., Krasków 2002.

⁸⁰¹ M. Krasków 2002.

⁸⁰² K., Bożanowice 2003.

⁸⁰³ K., Świdnica 2003.

⁸⁰⁴ K., Panków 2002.

⁸⁰⁵ K., Mrowiny 2002.

⁸⁰⁶ K., Przemków 2001.

⁸⁰⁷ Konkretnie chodzi o teren, gdzie przeprowadzano w latach 2001–2003 badania, czyli Śląsk Cieszyński i Dolny Śląsk.

natomiast 37,25% zdecydowanie negatywnie zareagowało na taką ewentualność. Osoby, które deklarowały zgodę, to w przeważającej większości kobiety, które współczują chorym. Pojawiały się stwierdzenia typu: „ludzie zgodziliby się, bo chorzy nie mogą zrobić krzywdy”⁸⁰⁸, „najważniejsza jest pomoc w trudnych momentach, bo często nawet rodziny opuszczają takich ludzi”⁸⁰⁹ lub „jak bym taką osobę spotkała, to bym traktowała ją tak jak inne osoby; jak ze zdrową osobą”⁸¹⁰.

Osoby, które odpowiedziały nie, podawały bardzo różne motywy swoich decyzji, z których na przykład odpowiedź „tylko obawa o zdrowie dzieci nie pozwala myśleć o założeniu tu ośrodka”⁸¹¹ jest jedną z bardziej wywarzonych i spokojnych. Inne argumenty to na przykład: „bo to jakieś niebezpieczne, mogą człowieka napaść, okraść; dlatego bym się bała”⁸¹²; „takich ludzi wszyscy się boją bo zarazić się łatwo, a wyleczyć nie można”; „niech te męty trzymają się w jakichś lasach. A tak będą grozić strzykawkami albo co”⁸¹³; „nie chciałbym, bo to straszni ludzie są”⁸¹⁴; „takich to trzeba obchodzić z daleka, bo jak taki plunie, to przelezie na drugiego; tacy też ze strzykawkami biegają i zarażają”⁸¹⁵. Powtarzającym się motywem jest strach przed umyślnym zarażeniem właśnie poprzez klucie strzykawkami. Agresywni narkomani „ośrodek nie, bo byliby tam tylko narkomani, a oni są agresywni”⁸¹⁶, w mniemaniu dużej części społeczeństwa, są największym zagrożeniem. Twierdzenia „a tak w ogóle jak on to sam sobie zrobił, to ja bym już nie wierzyła, że on i mnie specjalnie nie zarazi”⁸¹⁷, „niedawno ukłuli zarażoną igłą policjanta na dworcu”⁸¹⁸, „o siebie się nie boję, ale o dzieci tak; oni kłują igłami”⁸¹⁹, czy „niedawno mężczyzna ukłuł celowo dziewczynkę, zakażoną igłą, bo nie chciała mu dać pieniążków; to było na dworcu we Wrocławiu”⁸²⁰, świadczą, że opowieści tego typu są bardzo trwałe. Jak widać było wcześniej, pojawiły się one w drugiej fazie tworzenia się informacji o AIDS, były aktualne na początku lat 90. XX w., a i obecnie nie zapowiada się na ich rychłe wyeliminowanie.

Innym aspektem zmytyzowanego AIDS jest stwierdzenie, że taka choroba nie istnieje, a jeśli nawet, na pewno nie tam, gdzie mieszkamy. Wypchnięcie

⁸⁰⁸ K., Śmiałowice 2002.

⁸⁰⁹ M., Panków 2003.

⁸¹⁰ K., Mrowiny 2002.

⁸¹¹ K., Świdnica 2002.

⁸¹² K., Mrowiny 2002.

⁸¹³ M., Bagieniec 2002.

⁸¹⁴ K., Domanice 2003.

⁸¹⁵ M., Mrowiny 2003.

⁸¹⁶ K., Wałbrzych 2003.

⁸¹⁷ K., Bocanovice 2001.

⁸¹⁸ M., Śmiałowice 2002.

⁸¹⁹ M., Wiśniowa 2002.

⁸²⁰ M., Śmiałowice 2002.

AIDS poza nasz świat, granice naszego tu i teraz, swoiste wyobcowanie powoduje, że groźba zachorowania oddala się „tu w okolicy nie ma nikogo chorego”⁸²¹, „tu w Milikowie to tego u nas nie ma”⁸²², „AIDS tu nie ma na Zaolziu”⁸²³, „coś tam słyszałem, ale dla mnie to cudze choroby”⁸²⁴ czy wręcz „po co tu obcych trzymać”⁸²⁵. Bezpieczniej jest myśleć, że nikt nie choruje, nie znamy nikogo takiego, a skoro tak jest, po cóż otwierać ośrodek, dla kogo? Z tym aspektem AIDS wiąże się także teoria, że AIDS to plaga z telewizji⁸²⁶, „ale to do nas nie doszło, o tym to się w telewizji tylko słyszy, że ktoś zachorował albo umarł”⁸²⁷, która również w jakimś sensie jest próbą zneutralizowania lęków związanych z AIDS.

Jednocześnie pojawił się pomysł izolowania ludzi chorych, poparty przykładami ze świata: „tak powinni robić jak na Kubie... na Kubie jest ileś wiosek, zamykają tam tych ludzi i dają jeść”⁸²⁸. Ludzie chętnie widzieliby ośrodki, gdzieś w miejscach odosobnionych: „niech te męty trzymają się w jakichś lasach”⁸²⁹, „w lesie na górze mogliby mieszkać”⁸³⁰, „niech będą te domy, ale nie tutaj”⁸³¹, „chorzy muszą być odizolowani, nie mogą krzywdzić drugich – to grzech”⁸³² czy „niech sobie żyją, ale z daleka ode mnie”⁸³³. Znowu pojawia się motyw zagrożenia społeczności lokalnej przez osoby chore na AIDS, a jak podkreślał jeden z felietonistów, nikt nie bierze pod uwagę, że właśnie chorzy na AIDS są bardziej zagrożeni niż zdrowi. Zdrowy człowiek dzięki systemowi odpornościowemu organizmu, nie musi się przejmować drobnymi infekcjami, bo wie, że szybko się wyleczy. Osoba chora na AIDS, podatna jest na wszystkie przeziębienia, nie umiera się przecież na AIDS, tylko na skutek powikłań na przykład wywołanych zapaleniem płuc.

Jak widać w tabeli 5, 13,70% respondentów stwierdziło, iż zgodziliby się na powstanie ośrodka, ale „inni” w miejscowości nie, natomiast ponad 10% pytanym osób wyraziłoby zgodę na powstanie ośrodka, z czego 5,04% pod określonymi warunkami, a 6,25% w innej okolicy. W tym pierwszym przypadku następuje zrzucenie odpowiedzialności za decyzje o nie wyrażeniu zgody na powstanie ośrodka na innych: sąsiadów, władze gminy. Słyszeliśmy

⁸²¹ M., Navsi-Potoky 2001.

⁸²² K., Navsi 2001.

⁸²³ K., Navsi-Jasenie 2001.

⁸²⁴ K., Navsi 2001.

⁸²⁵ M., Mrowiny 2002.

⁸²⁶ K., Bystřice 2001.

⁸²⁷ K., Navsi 2001.

⁸²⁸ M., Navsi-Jasenie 2001.

⁸²⁹ M., Bagieniec 2002.

⁸³⁰ K., Bagieniec 2002.

⁸³¹ M., Hrádek 2001.

⁸³² K., Navsi 2001.

⁸³³ M., Wierzbna 2003.

więc: „ja bym się zgodziła, ale ludzie to chyba nie bardzo”⁸³⁴, „młodszy bardziej tolerancyjni, ale starszych nie da się przekonać”⁸³⁵, „ja bym była za, a reszta podzielona – większość na nie”⁸³⁶. Druga wypowiedź wskazuje, że młodzi ludzie chętniej zgodziliby się na powstanie ośrodka, co zresztą widać także w ocenie zachowania starszego pokolenia, gdzie pojawiają się wypowiedzi typu „oj masakra by była! Chodzi o mentalność! Tutaj jest bardzo dużo osób starszych, młodzieży jest mało, więc nie zgodziliby się”⁸³⁷. Zdarzały się również wypowiedzi bardzo wywarzone, gdzie respondenci stwierdzali, iż ciężko się wypowiadać w sytuacji, kiedy nikt tak na prawdę nie wie jakby się zachował, skoro nigdy przedtem nie mieli kontaktu z osobą chorą na AIDS⁸³⁸. Aż 11,53% respondentów nie potrafiło zdecydować, czy chciałoby założenia ośrodka, czy nie.

Tabela 5. Opinie na temat wybudowania ośrodka w miejscowości zamieszkaanej przez respondentów

Opinia	Procent
Zgadzam się	26,20%
Nie zgadzam się	37,25%
Zgadzam się, ale inni w miejscowości na pewno nie	13,70%
Tak ale nie w naszej miejscowości	6,25%
Tak ale pod warunkiem że...	5,04%
Nie mam zdania	11,56%

Opracowanie własne na podstawie ankiet.

Osoby, które wyraziłyby zgodę na powstanie ośrodka pod pewnymi warunkami, przede wszystkim podkreślają, że „należałoby po prostu zachować pewną ostrożność zwłaszcza z higieną”⁸³⁹, a także osoba zarażona „musi być świadoma jak postępować”⁸⁴⁰. Zaznacza się także, iż nosiciele powinni być ludźmi odpowiedzialnymi, którzy by „nie straszili strzykawkami”⁸⁴¹ i w takim przypadku ludzie wyrażą zgodę. Niektórzy oczekują również „rozumienia od tych ludzi”⁸⁴², co jak mierniam oznacza, że niekoniecznie chcieliby się

⁸³⁴ K., Kalno 2002.

⁸³⁵ K., Krasków 2002.

⁸³⁶ K., Świdnica 2002.

⁸³⁷ K., Wierzbna 2003.

⁸³⁸ M., Bolesławice 2002.

⁸³⁹ K., Marcinowice 2002.

⁸⁴⁰ M., Śmiałowice 2003.

⁸⁴¹ M., Gola Świdnicka 2003.

⁸⁴² M., Sulisławice 2003.

kontaktować z chorymi w obawie przed zarażeniem. Natomiast w sytuacji warunku ulokowania ośrodka w innej okolicy (prócz umieszczonych powyżej odpowiedzi), w kwestii izolacji osób chorych padały stwierdzenia „a tam to niech będą, bo też tacy kajsni musza mieszkać”⁸⁴³.

W sytuacji, gdyby chore osoby miały chodzić do tych samych szkół lub pracować w tym samym zakładzie pracy, odpowiedzi są w większości przypadków negatywne. Przede wszystkim w grę wchodzi ewentualność korzystania ze wspólnych toalet i naczyń: „bałbym się, że mogę się zarazić, bo jak oni będą korzystał z tej samej ubikacji”⁸⁴⁴, „trzeba by było uważać, nie korzystał z tego samego kubka, z którego pił”⁸⁴⁵, ale dzieci wskazywały również na protesty ze strony rodziców, jakie na pewno by nastąpiły.

Wydaje się, że edukacja młodzieży w szkołach dotycząca sposobów zarażenia się wirusem HIV jest już wystarczająca, gdyż większość młodych ludzi udziela poprawnych odpowiedzi. Badania tego typu przeprowadzono w połowie lat 90. XX w., m.in. w jednym z wrocławskich liceów ogólnokształcących. Wyniki wskazały, że 84% dziewcząt i 91,5% chłopców wie, iż można się zakażać wirusem HIV poprzez stosunek płciowy z nosicielem, natomiast 75% dziewcząt i 65% chłopców uważa, że do zakażenia dochodzi przez brudne strzykawki. Nadal jednak 30% dziewcząt twierdziło, że ukąszenie owada może spowodować zakażenie⁸⁴⁶. Badań tego typu przeprowadzono bardzo wiele, we wszystkich grupach młodzieżowych⁸⁴⁷, ale także w niektórych środowiskach pracy.

Krajowe Centrum ds. AIDS wraz z UNDP, czyli Programem Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, przeprowadziło w latach 1997–1999 badania wśród lekarzy, pielęgniarek i pracowników socjalnych, dotyczące postaw wobec osób zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS. W odpowiedzi na pytanie (tab. 6), jakie zjawiska obarczają największą odpowiedzialnością za szerzenie się zakażeń wirusem HIV, lekarze uznali, iż są to narkomania – 82,5%, homoseksualizm – 66,9% i niestosowanie prezerwatyw – 48,5%. Pielęgniarki wskazały narkomanię – 83,5%, homoseksualizm – 68,7% i prostytutkę – 52,9%, zaś pracownicy służb socjalnych, w takiej samej kolejności jak pielęgniarki, ale w innych proporcjach, narkomania – 78,5%, homoseksualizm – 55,0% i prostytutka – 53,2%⁸⁴⁸. Dopiero w dalszej części klasyfikacji, jakby

⁸⁴³ K., Bocanovice 2001.

⁸⁴⁴ M., Pożarzysko 2003.

⁸⁴⁵ K., Śmiałowice 2003.

⁸⁴⁶ A. Lintowska, *AIDS w świadomości grup młodzieżowych*, [w:] *AIDS w świadomości społecznej*, red. Z. Czaplicki, W. Muzyka, Olsztyn 1995, s. 46.

⁸⁴⁷ Opracowanie, z którego pochodzą wspomniane dane, zawiera liczne artykuły, w których znajdują się wyniki badań przeprowadzonych w szkołach podstawowych, miejskich i wiejskich, średnich, na uczelniach wyższych, jak również wśród nauczycieli.

⁸⁴⁸ E. Ciałoń-Przeclawska, *Lekarze, pielęgniarki i pracownicy służb socjalnych wobec wybranych zagadnień HIV i AIDS*, Warszawa 2000, s. 23–25.

takich przypadków było mało, lekarze i pielęgniarki uważają, że można się zarazić na drodze nieuwagi służb zdrowia. Jednak aż 22,6% pracowników służb socjalnych bierze taką możliwość pod uwagę.

Tabela 6. Zjawiska społeczne, które mają największy wpływ na szerzenie się HIV

	Lekarze	Pielęgniarki	Pracownicy socjalni
Niewierność małżeńska	12,4%	15,1%	13,9%
Homoseksualizm	66,9%	68,7%	55,0%
Nieuwaga w służbie zdrowia	8,3%	11,4%	22,6%
Niestosowanie prezerwatyw	48,5%	40,0%	41,7%
Narkomania	82,5%	83,5%	78,5%
Prostytucja	44,4%	52,9%	53,2%
Rozwiążność	8,9%	4,0%	12,8%

Źródło: Ciastoń-Przeclawska, *op.cit.*, s. 25.

Autorka opracowania uważa, że wyniki wskazują na traktowanie homoseksualizmu jako patologii społecznej, a także na fakt przeważania nieprofesjonalnej postawy w ocenie osób chorych i zarażonych. Winę za wysoki poziom lęku wśród lekarzy i pielęgniarek w stosunku do nosicieli ponosi przede wszystkim niedostateczny poziom wiedzy oraz uznawanie negatywnych stereotypów myślenia o HIV i AIDS⁸⁴⁹.

AIDS stało się tematem wielu filmów, książek, a także różnych wystaw prezentujących dzieła m.in. polskich artystów, na przykład wystawa „Ja i AIDS”, na której przedstawiono prace jedenastu artystów opisujące obawę przed zakażeniami oraz akceptację dla nich i zrozumienie ich dramatycznego położenia⁸⁵⁰. W trakcie badań pytaliśmy więc również o filmy, które przedstawiają problematykę AIDS, o próbę oceny bohaterów tych filmów oraz o osoby z życia publicznego, które kojarzą się w jakiś sposób z AIDS. Okazało się, że najczęściej cytowanym filmem jest *Filadelfia*, a z seriali *Samo życie* i *Klan*. W *Filadelfii* główny bohater, którego gra Tom Hanks, walczy z firmą, która dowiedziawszy się o jego chorobie, pozbawiła go pracy. Większość respondentów, mówiąc, że „Tom Hanks dzielnie walczył”⁸⁵¹, utożsamiając co prawda aktora z rolą, uważa iż jego zachowanie zasługuje na szacunek. Tylko jedna osoba stwierdziła „Hanks w Filadelfii, jako aktor super, ale jako postać to

⁸⁴⁹ *Ibidem*, s. 98–99.

⁸⁵⁰ A. Żmijewski, *Und morgen die ganzen Welt... O wystawie JA i AIDS*, „Magazyn Sztuki” 1996, nr 2(10), s. 262–267.

⁸⁵¹ K., Bocanovice 2001.

nie, bo nie lubię pedałów⁸⁵², oceniając w ten sposób negatywnie postać kreowaną przez Hanksa. W emitowanym w okresie trwania badań *Samym życiu* dyrektor szkoły jest chory na AIDS i podobnie jak w poprzednim przypadku ludzie współczują mu, ale jak twierdzi jedna z respondentek „nie oglądam, bo nie podoba mi się stosunek ludzi do niego”⁸⁵³, co wskazywałoby na to, iż ona zachowywałaby się inaczej. W *Klanie* jeden z bohaterów, młody chłopak zaraził się wirusem HIV w Stanach Zjednoczonych. Wszystkie pytane osoby pozytywnie oceniają postawę Daniela współczując mu, „szkoda Daniela, taki młody a już mało życia”⁸⁵⁴. Bardzo często wspomniano *Na dobre i na złe* oraz amerykański *Ostry dyżur*, ale bardziej w kontekście pracy lekarzy, którzy w tych filmach angażują się w walkę o zdrowie i życie ludzi. Być może film odpowiada na zapotrzebowanie społeczeństwa na lekarza z powołania, którego w życiu codziennym nie mają okazji tak często oglądać, jak na ekranie telewizora.

Osoby z życia publicznego, o których wiadomo, iż są nosicielami lub chorymi na AIDS, czyli Earvin „Magic” Johnson i Freddie Mercury, nie są oceniane w sposób jednoznaczny. „Magic”, ze względu na swoją postawę oraz na fakt przyznania się do nosicielstwa wirusa HIV, odbierany jest jako postać pozytywna. Zdarzają się jedynie pomyłki co do osoby, tzn. „Magica” pomyłono z Michałem Jordanem⁸⁵⁵, najprawdopodobniej ze względu na fakt, iż obaj znakomici czarni koszykarze występowali w NBA. Freddie Mercury jest przez niektórych oceniany pozytywnie⁸⁵⁶, jako gwiazda estrady, której śmierć okryła żałobą wszystkich fanów zespołu Queen. Są jednak tacy, którzy uważają, że każdy ma to, na co zasłużył, więc Mercury jest sam winien swojej śmierci, nie ma powodów, aby go żałować⁸⁵⁷.

W trakcie badań przeprowadzonych wśród lekarzy, pielęgniarek i pracowników służb socjalnych dotyczących wiadomości o HIV i AIDS zapytano ich m.in. o projekcyjny wizerunek zakażenia HIV i AIDS. Najczęstsze odpowiedzi, pierwsze skojarzenia, dotyczyły porównywania choroby do zwierząt, które zabijają: wąż, żmija, skorpion, przez wzgląd na ich sposób atakowania ofiary. Są podstępne, szybkie, przyczajone. Oczywiście wymieniano również inne istoty, które stanowią projekcję lęków prześladowających ludzi od pokoleń: robaki, pająki, wampir, diabeł, wszy⁸⁵⁸. Kiedy pytaliśmy respondentów o skojarzenia AIDS ze zwierzętami, lub innymi stworzeniami, odpowiedzi były bardzo podobne. Czasem tylko pojawiały się bardziej intrygujące stwierdzenia

⁸⁵² M., Świdnica 2002.

⁸⁵³ K., Bagieniec 2002.

⁸⁵⁴ K., Bolesławice 2002.

⁸⁵⁵ M., Mrowiny 2003.

⁸⁵⁶ M., Bolesławice 2002.

⁸⁵⁷ M., Bagieniec 2003.

⁸⁵⁸ Ciastoń-Przeclawska, *op.cit.*, s. 83–91.

typu: „do robaka, podobnego do karalucha, duży, on spowodowałby bąble; oglądałam kiedyś odcinek *Z Archiwum X* i tam jedna osoba miała na twarzy duży bąbel i z niego wyszedł robak – chorzy na AIDS też mają bąble na skórze”⁸⁵⁹, gdzie uwidacznia się ogromny wpływ amerykańskiego serialu na powstanie tak przedziwnego wyobrażenia. Żywcem wyjęte z horrorów wydaje się również porównanie AIDS do mgły: „jako cicha mgła, wydaje się łagodna, a potrafi być śmiertelną pułapką”⁸⁶⁰. Generalnie powstawanie takich wyobrażeń jest zależne przede wszystkim od lęków konkretnej osoby, jeśli więc ktoś boi się mgły, AIDS jawi mu się jako mgła, pajaków – jak pajak, itd. Jeśli zaś ktoś jest podatny na „teorie spiskowe” i dziwaczne, a jest przy okazji stałym widzem serialu *Z Archiwum X*, znajdzie tam wszystkie odpowiedzi na nurtujące go pytania i problemy.

Jak więc widać na powyższych przykładach, wszystkie stereotypy dotyczące HIV i AIDS są niezwykle trwałe i trudne do wyeliminowania. Wydawało się, że wystarczy skuteczna edukacja, ale po pierwsze nie jest skuteczna, a po drugie nie trafia ludziom do przekonania. Odpowiedzialność za ten fakt ponosi również, przynajmniej częściowo, Kościół polski, który pomimo starań Jana Pawła II, nie potrafił się jednoznacznie opowiedzieć w kwestii AIDS. Piętno winy, jakie zaciążyło na osobach zarażonych i chorych, ze względu m.in. na seksualną transmisję choroby, wydaje się nie do zatarcia. Zauważa się także pewną prawidłowość, która spowodowana jest licznymi lękami społecznymi. Jak silne zaś potrafią być lęki wskazują projekcje wizerunku HIV i AIDS oraz gwałtowne zachowanie ludzi przy próbach otwarcia nowych ośrodków dla nosicieli. Wiele osób wypowiada się bardzo rzeczowo na temat chorych, jak i ewentualnych dróg zarażania, ale w momencie, gdy poruszany jest temat zamieszkania w okolicy nosicieli, sytuacja może się zmienić radykalnie. Nie pomagają wtedy żadne tłumaczenia i naukowe dowody, bo jak na wstępie tego podrozdziału zostało zaznaczone, każdy ma swoją wersję dotyczącą sposobów zarażania się wirusem HIV.

3.7. COVID-19, WIRUS SARS-COV-2

Ostatni podrozdział jest poświęcony mityzacji najnowszej i wciąż niestety towarzyszącej nam choroby wywołanej przez wirus SARS-CoV-2, czyli COVID-19. Ta część opracowania opiera się na aktualnych źródłach medycznych oraz materiałach z zakresu kultury masowej. Wirus SARS-CoV-2 wykryto pod koniec 2019 r. w mieście Wuhan w środkowo-wschodnich Chinach, patogen najprawdopodobniej był pochodzenia zwierzęcego. Bardzo szybko

⁸⁵⁹ K., Tuszyn 2003.

⁸⁶⁰ M., Panków 2003.

okazało się, że wirus wywołuje zakaźną chorobę układu oddechowego, czyli COVID-19, a liczba przypadków zakażeń, a także śmierci wywołanej powikłaniami, zaczęła gwałtownie rosnać na całym świecie. Rządy poszczególnych państw podejmowały różnego rodzaju środki w celu zapobiegania rozszerzania się pandemii, jednak wirus był bezlitosny i egalitarny, umierali ludzie na każdym kontynencie i w każdym kraju. Wydawało się, że sytuację uratuje odkrycie szczepionki, jednak jak czas pokazał, tylko nieliczne państwa były w stanie zaszczepić więcej niż 50% swojej populacji, co sprzyjałoby wytworzeniu się odporności zbiorowej. Do głosu doszli koronasceptycy oraz antyszczepionkowcy.

Pierwsza połowa 2020 r., kiedy większość państw europejskich wprowadziła tzw. lockdown, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa, ze względu na izolację ludzi we własnych domach, sprzyjała przemysłom na temat pochodzenia choroby. W Internecie zaroilo się od różnego rodzaju memów, żartów, a także spiskowych teorii. Pierwszą, najszybciej się nasuwającą było twierdzenie, że wirus jest wynikiem eksperymentów chińskich naukowców. Jak mówiono, po prostu eksperyment „wymknął się” spod kontroli. Teorię tę wielokrotnie powtarzał chociażby były prezydent USA Donald Trump. Aby zapobiec rozszerzaniu się dezinformacji Unia Europejska jeszcze na początku marca 2020 r. zaproponowała wprowadzenie systemu szybkiego ostrzegania i monitorowania poważnych przypadków dezinformacji⁸⁶¹. Věra Jourová, wiceprzewodnicząca Komisji Europejskiej stwierdziła, że docelowo ma to służyć wymianie wiedzy między państwami członkowskimi UE, a także partnerami G7 na temat dezinformacji „pochodzącej ze źródeł zewnętrznych”⁸⁶². Dodatkowo przeprowadzono spotkanie z przedstawicielami największych potentatów powiązanych z Internetem: Microsoft, Twitter, Facebook oraz Google, w celu opracowania możliwości ograniczenia przepływu dezinformacji online dotyczącej koronawirusa⁸⁶³. Dezinformacja dotyczyła zarówno nieskutecznych, a wręcz niebezpiecznych środków mających zapobiec zarażeniu się (np. picia wybielacza czy wkładania octu do nozdrzy), jak i nieprawdziwych informacji o pochodzeniu wirusa i jego sposobach rozprzestrzeniania.

Niestety plaga dezinformacji trwa, co zaprezentowała Angelika Kędzierska, pisząc w roku akademickim 2020/2021 pracę pt. *Irracjonalne interpretacje epidemii COVID-19 w świetle źródeł internetowych*⁸⁶⁴. Celem pracy było

⁸⁶¹ S. Stolton, *EU Rapid Alert System used amid coronavirus disinformation campaign*, <https://www.euractiv.com/section/digital/news/eu-alert-triggered-after-coronavirus-disinformation-campaign/>, dostęp: 25.08.2021.

⁸⁶² *Ibidem*.

⁸⁶³ *Ibidem*.

⁸⁶⁴ A. Kędzierska, *Irracjonalne interpretacje epidemii COVID-19 w świetle źródeł internetowych*, praca magisterska obroniona w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego, Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w czerwcu 2021 r.

przedstawienie kilku najczęściej powielanych w związku z pochodzeniem COVID-19 teorii spiskowych, próba odkrycia twórcy/twórców danej teorii oraz wskazanie niezgodności poszczególnych teorii z evidence based medicine, czyli medycyną opartą na faktach. Z punktu widzenia tej pracy najbardziej interesujące są przytoczone przez autorkę same teorie spiskowe, ponieważ są tworzonymi w pewnym sensie „na naszych oczach” mitami na temat COVID-19.

Pierwszą omawianą teorią było twierdzenie, że czynnikiem etiologicznym COVID-19 jest powstawanie instalacji sieci 5G. Spowodowało to zniszczenie masztów telefonii komórkowej w różnych miejscach na świecie, gdyż uważano, że za ich pośrednictwem przekazywana jest sieć 5G, która jest szkodliwa dla zdrowia. Paradoksalnie w opisywanym przez autorkę przypadku w wyniku jednego z takich ataków dostęp do sieci stracił lokalny szpital w Birmingham, co mogło być niebezpieczne dla pacjentów ze względu na brak kontaktu z placówką⁸⁶⁵. Autorzy tej koncepcji odwołują się do trzech przyczyn bezpośrednio wiążących koronawirusa z siecią 5G. W pierwszej wersji uważa się, że maszty sieci są źródłem przenoszenia wirusa i zwiększenia jego transmisji, i ta koncepcja jest zbliżona do pomysłu, że wirus „nawiewany” jest z ferm wiatrowych, w przypadku Polski akurat z Niemiec. Po drugie twórcy tej teorii uważają, że zainstalowanie wież sieci 5G jest celowym zabiegiem, dzięki któremu rządzący w sposób bezprzewodowy będą mogli kontrolować ludzi i ich działanie. Trzecia wersja mówi o tym, że za tworzeniem sieci 5G stoi Bill Gates, maszty przyczynią się do szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa, a on wyprodukuje szczepionki, które będą posiadać mikrochipy – oczywiście znów w celu kontrolowania ludzkiej populacji⁸⁶⁶.

Wszystkie dane naukowe pokazują, że przywoływana teoria jest błędna, ponieważ sieć 5G nie ma żadnego wpływu na nasze zdrowie, a tym bardziej nie powoduje choroby COVID-19. Z założenia ma służyć jedynie usprawnieniu połączeń internetowych, a także możliwości korzystania z wielu urządzeń multimedialnych jednocześnie, czego istniejąca sieć nie gwarantuje. Standardowa procedura przewiduje nieustające monitorowanie działania sieci 5G, w celu wyeliminowania pojawiania się jakichkolwiek skutków ubocznych.

Druga teoria dowodzi, że chorobę można powiązać ze szczepieniami ochronnymi. Jej pomysłodawcy dowodzą, że szczepienia przeciwko COVID-19 są nie tylko nieskuteczne, ale także szkodliwe dla naszego organizmu i powodują negatywne skutki. Według nich przyczyną chorób zakaźnych są zupełnie inne czynniki, przede wszystkim niewłaściwe warunki sanitarne i higieniczne, co często prezentują w formie zmanipulowanych danych. Działanie

⁸⁶⁵ *Ibidem*.

⁸⁶⁶ T. Sturm, T. Albrecht, *Constituent Covid-19 apocalypses: contagious conspiracism, 5G, and viral vaccinations*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13648470.2020.183368>, dostęp: 11.05.2021; za Kędzierska, *op.cit.*

szczepionek to ochrona przed zachorowaniem, natomiast wykresy takie pokazują głównie spadek śmiertelności na dane schorzenie, a nie zachorowalność⁸⁶⁷.

Istnieją przekonania, że zastosowanie szczepionek prowadzi do bezpłodności i zmniejszenia populacji ludzkiej. Teoria ta zdobyła ogromną popularność w mediach społecznościowych oraz jest szeroko promowana przez osoby publiczne, znane m.in. z telewizji⁸⁶⁸. O jej żywotności i ekspansji może świadczyć fakt, że w trakcie rozmów prywatnych usłyszałam od jednego z rozmówców informację, że na razie się nie zaszczepi, ponieważ chce mieć jeszcze dzieci. Do tego przekonania odnosi się również artykuł, w którym autorzy starali się obalić najbardziej popularne mity związane ze szczepieniami⁸⁶⁹.

Nie można pominąć ogromnej roli mediów, które walnie przyczyniają się do kreowania dezinformacji, a te z kolei wpływają na podjęcie decyzji o zaszczepieniu się lub nie zaszczepieniu. Głównym zabiegiem perswazyjnym, którym posługuje się twórca artykułu umieszczonego w internecie, jest chwytliwy i kontrowersyjny nagłówek, który ma na celu skupić uwagę odbiorcy, wzbudzić jego podejrzenia, a także wprowadzić niepokój. Pod koniec lipca 2021 r. uwagę mógł zwrócić artykuł *Najnowsze badania: zaszczepieni zamieniają się w krasnoludki* autorstwa Stanisława Janeckiego⁸⁷⁰, publicysty zajmującego się głównie polityką. Autor przytacza mnóstwo badań świadczących o groźnych powikłaniach wywołanych szczepieniami: różnego rodzaju chlamydiozy, omamy wzrokowe i słuchowe, zanokcica, mężczyznom może się złuszczyć i odpaść napletek, kobietom wyrastają gęste włosy w uszach, mogą się namnażać robaki w organizmie człowieka i oczywiście, jak wynika z samego tytułu, pod wpływem szczepionek można zamienić się w krasnoludka. Cytuje przy tym przedziwne nazwy ośrodków, które prowadziły te badania, i jest to już absolutne kuriozum: University of Rubbish w Frozen Gnomes, The Clown Research Center, South Starfish University w Bay of the Forgotten Thoughts czy Cotton Underwear College w Eclipse of Brightness. Cały artykuł jest absurdalny, nie poparty żadnymi prawdziwymi badaniami i brzmi trochę jak żart z okazji prima aprilis, ale jeśli przeczyta go laik bez żadnej wiedzy medycznej i znajomości języka angielskiego, będzie miał spory problem z odróżnieniem fikcji od prawdy⁸⁷¹.

Ostatnie z najczęściej przywoływanych spiskowych teorii łączą pandemię COVID-19 z koncernami farmaceutycznymi, sugerując wprost, że została

⁸⁶⁷ Krawczyk, Weiner, Belowski, *op.cit.*, s. 72–74.

⁸⁶⁸ Kędzierska, *op.cit.*

⁸⁶⁹ D. Arciszewski, A. Brzozowski, *Obalamy najpopularniejsze mity o szczepionkach*, „Angora” 2021, nr 25, s. 20.

⁸⁷⁰ S. Janecki, *Najnowsze badania: zaszczepieni zamieniają się w krasnoludki*, <https://wpolytyce.pl/polityka/560229-najnowsze-badania-zaszczepieni-zamieniaja-sie-w-krasnoludki>, dostęp: 27.07.2021.

⁸⁷¹ *Ibidem*.

ona sztucznie wywołana właśnie przez koncerny lub osoby, które mogą „zyskać” na epidemii. Do nich zalicza się oczywiście wspomniany wcześniej Bill Gates, ale także rządy, państw, którym miałyby zależeć na zmniejszeniu populacji ludzkiej. Jeśli chodzi o koncerny farmaceutyczne bezpośrednim powodem powstania tej teorii spiskowej jest fakt, że od początku pandemii akcje wszystkich koncernów farmaceutycznych notowanych na giełdzie poszybowały znacząco w górę, przynosząc tym samym ogromne zyski swoim akcjonariuszom. Oczywiście miało to związek z pokładaną przez inwestorów nadzieją, że firmy znajdują leki czy szczepionki, a zyski ze sprzedaży tychże zasilały ich portfele. Aż 18% pytanych o to przez Instytut Badań Spraw Publicznych wprost twierdzi, że pandemia to wymysł koncernów farmaceutycznych⁸⁷².

Szerząca się dezinformacja zbiera żniwo, chociażby w spadającej liczbie osób, które podjęły decyzję o zaszczepieniu się, a w chwili obecnej jest to jedyna alternatywa. Badania pokazują, że właśnie w okresie kryzysu społecznego jesteśmy szczególnie podatni na dezinformację. Na podstawie badań ankietowych, które zostały wykonane na przestrzeni lat 2006–2011 w USA, wskazano, że około połowa mieszkańców poparła przynajmniej jedną teorię spiskową. Badania te powtórzono niedawno, w momencie pojawienia się wirusa SARS-CoV-2, i jak się okazuje około 85% badanych uważa, że co najmniej jedna z teorii spiskowych może być lub jest prawdziwa⁸⁷³.

⁸⁷² „Wymyślona” pandemia COVID-19. Czy Polacy wierzą w teorie spiskowe o koronawirusie?, <https://wydarzenia.interia.pl/raporty/raport-koronawirus-chiny/polska/news-wymyslona-pandemia-covid-19-czy-polacy-wierza-w-teorie-spisk,nId,5071942>, dostęp: 15.06.2021.

⁸⁷³ Kędzierska, *op.cit.*

V. CHARAKTERYSTYKA PROCESU MITYZACJI

1. CHARAKTERYSTYKA PROCESU MITYZACJI W KULTURZE TYPU LUDOWEGO POD KĄTEM FREKWENCJI IDEI DO POŁ. XX W.

W rozdziale trzecim zaprezentowałam analizę frekwencji idei choroby do połowy XX w. Znalazły się tam również informacje z lat późniejszych, ale jest ich stosunkowo niewiele. Ze względu na to, iż cała ten rozdział pracy oparty był na źródłach pisanych, natomiast czwarty dotyczy przede wszystkim źródeł wywołanych oraz tych z zakresu kultury masowej można uczynić pewne podsumowanie.

Warto wskazać na kilka ważnych kwestii wynikających z materiałów dotyczących XIX i pierwszej połowy XX w. Praktycznie każdą chorobę w kulturze ludowej można było zinterpretować jako efekt szkodliwej działalności czarownic, ciot, demonów, czy osób rzucających urok. Charakterystyczne było jednak to, iż ta sama choroba mogła mieć jednocześnie przyczyny naturalne, takie jak na przykład przeziębienie, zawianie, czy niedożywienie, i demonologiczno-magiczne, np. podłożenie, rzucenie uroku, zadanie itp. Życie społeczności wiejskiej powiązane było ogromną ilością nakazów i zakazów, które regulowały cały porządek. Dlatego złamanie jakiegoś zakazu również mogło doprowadzić do choroby, często nie samej osoby, która go przekroczyła, ale jej dziecka, które nie popełniło bezpośrednio tego przewinienia (stąd np. twierdzenie o istnieniu kary Bożej). Zresztą podanie jako przyczyny powstania choroby kary Bożej jest jednym z mitów, który funkcjonuje do dzisiaj, co widać w późniejszej części pracy. Inną formą tłumaczenia przyczyny powstania choroby było stwierdzenie, że choremu ktoś zadał urok. Urok mógł być powodem praktycznie każdej choroby, bo nawet jakby się zdawało zwykłe złamanie nogi, mógł wywołać ktoś złośliwie nastawiony do poszkodowanego, poprzez siłę swego spojrzenia. Choroby powstawały również na skutek szkodliwego wpływu ciał niebieskich: Księżycy, komet, czy konstelacji gwiazd.

Ten ostatni przykład wskazuje na istniejące w medycynie ludowej wpływy medycyny akademickiej. Teoria o szkodliwej działalności gwiazd, planet, czy Księżycy, pochodzi wszak ze Średniowiecznej medycyny oficjalnej. Oczywiście można wskazać także inne przykłady sugerujące swoistą infiltrację kultury warstw podporządkowanych, m.in. teorie zaburzenia soków w organizmie, zaproponowaną przez Hipokratesa, ale nie należy zapominać, że medycyna ludowa wykształciła zupełnie odrębny od medycyny oficjalnej system poglądów i wierzeń, które ją konstytuują. Podobnie rzecz się miała z religijnością ludową w Średniowieczu, którą próbowali badać historycy mentalności. Wykazali oni bowiem, że pewne idee na skutek wierzeń ludowych i ukształtowanego światopoglądu uległy transformacji i zniekształceniu. Medycyna ludowa korzystała z niektórych teorii medycyny akademickiej, ale stanowi zlepek wierzeń i idei, które bez swojej kulturowej nadbudowy mogą się zdawać nie do rozszyfrowania.

W ludowej etiologii można spotkać przyczyny chorób, których nie da się w sposób jednoznaczny sklasyfikować. Należą do nich przyczyny na przykład suchot, raka, czy żółtaczki. O ile jednak w przypadku suchot i żółtaczki, ich przyczyny zostały w późniejszym okresie zracjonalizowane, to rak w medycynie ludowej nadal stanowił ciekawy, ale nie zawsze racjonalnie tłumaczony przypadek.

Bardzo ważnym elementem mityzacji choroby było tworzenie personifikacji chorób. Powstawały one dla osłabienia niszczycielskiej mocy choroby, czy też strachu przed nią. Stworzono więc dwa typy personifikacji: choroby, a także jej przyczyny. Istotną cechą większości wyobrażeń choroby, jest to, że przedstawiają one postać kobiecą (cholera, dżuma, Kania czy Echo). Warto tutaj dodać, że w niektórych źródłach, czy też opracowaniach postaci te przedstawiają bądź samą chorobę, bądź jej demona. Choroba zyskiwała status osoby, łącznie z jej wszelkimi wadami, dlatego znachor w celu wyleczenia swego pacjenta przemawiał do niej, aby się nie złościła i nie atakował więcej.

XIX w. i pierwsza połowa XX w. charakteryzuje w medycynie ludowej również obecność ogromnej ilości lekarzy wiejskich, takich jak znachorzy, wróżbiarze, owczarze, czy guślarze. Ich działalność, okryta często tajemnicą i pełna, jakby się zdawało dość dziwacznych praktyk, powodowała specyficzne zachowanie ludności wiejskiej względem chorób. W głównej mierze właśnie znachorzy przyczynili się do tego, że dzisiaj można twierdzić, iż choroba stanowiła swoisty konstrukt społeczny i kulturowy w kulturze typu ludowego. Choroba była stanem subiektywnym, niemającym swego odpowiednika w rzeczywistości. Była osobą, realną postacią, do której należało przemawiać, błagać o odejście w zaświaty i pozostawienie chorego w spokoju. Pomimo tego, a może właśnie dlatego, znachorzy cieszyli się ogromną popularnością na wsi. Mając do wyboru lekarza z wykształceniem akademickim, który nie znał i nie chciał poznać ludowego światopoglądu, traktującego wierzenia

ludowe jak zabobony, wybierano lekarza wiejskiego, który szanował tradycję, a ponadto był „swój”, pochodzący z tego samego świata.

Istotny jest fakt, że po II wojnie światowej pewne idee wykazują słabnącą frekwencję. Chodzi tutaj o personifikacje choroby, o demonologiczno-magiczne przyczyny chorób, czy też identyfikowanie choroby z jej przyczyną. Również działalność znachorów i innych lekarzy wiejskich znacznie została ograniczona, m.in. poprzez uspołecznienie służby zdrowia, wprowadzenie oficjalnych zakazów stosowania praktyk znachorskich, a także postępującą alfabetyzację wsi. Oczywiście proces ten był długotrwały, a w przypadku niektórych mitów dotyczących choroby możemy mówić, jak wskazały zamieszczone w czwartym rozdziale wyniki badań terenowych, o ich trwaniu pomimo licznych przekształceń.

Personifikacje chorób i ich przyczyn, tak popularne w XIX i na początku XX w., zanikają po II wojnie światowej. Jeszcze w trakcie badań przeprowadzonych na terenie Dolnego Śląska w latach 1945–1964 znalazły się informacje o traktowaniu choroby jak osoby, ale brak wiadomości o istnieniu wyobrażeń choroby, czy też demonów choroby⁸⁷⁴. Podobnie na terenie byłego województwa sieradzkiego na początku lat 60. XX w. zebrano informacje, że zmora mogła być przyczyną chorób, ale utożsamiano ją wtedy w czarownicą⁸⁷⁵, natomiast ludność kaszubska wspominała o personifikowaniu chorób, ale z zaznaczeniem, że dotyczyło to początku XX w.⁸⁷⁶ Personifikacje chorób pozostały więc jedynie reliktem, wskazując na zmieniającą się mentalność społeczności wiejskiej.

W ciągu całego tego okresu zmieniły się także poglądy na przyczyny powstawania chorób. Jednak jeszcze po roku 1945 (badania z lat 1945–1964), wierzono na Dolnym Śląsku, że najczęstszymi przyczynami chorób były: dopust Boży, złe moce i duchy, przekleństwo nieżyczliwych ludzi, czary i uroki, podłożenie przedmiotów mających styczność z chorobą, żywioły (woda, złe wiatry), ciała oraz zjawiska niebieskie⁸⁷⁷. Pawłowska wskazała, iż to w znacznej mierze ludność pochodząca z byłych terenów wschodnich Polski, wierzyła w szkodliwą działalność czarownic, złych mocy i demonów. Chodziło głównie o choroby umysłowe, padaczkę i konwulsje⁸⁷⁸. Podobne badania przeprowadzone dekadę później (1957–1959) na terenie Załęcza Wielkiego w byłym województwie sieradzkim wykazują jednak słabnącą frekwencję mitów związanych z demonologiczno-magicznymi etiologiami chorób. Oczywiście nie we wszystkich przypadkach, ale na przykład obłąkanie nie było traktowane

⁸⁷⁴ J. Pawłowska, *Relikty tradycyjnych form medycznych i weterynarii ludowej na Polskim Śląsku w latach 1945–1964 r.*, „Roczniki Etnografii Śląska” 1972, t. 4, s. 38.

⁸⁷⁵ Drozdowska, *op.cit.*, s. 125.

⁸⁷⁶ Dłużewska, *op.cit.*, s. 37–38.

⁸⁷⁷ Pawłowska, *op.cit.*, s. 38.

⁸⁷⁸ *Ibidem*.

już jako efekt kary Bożej, czy czarów, a nadmiernego zmartwienia, natomiast żółtaczka i gruźlica tłumaczona była niedożywieniem⁸⁷⁹.

Warty podkreślenia jest fakt, że traktowanie niektórych chorób jako efektu kary Bożej, czy inaczej mówiąc dopustu Bożego, pozostało nadal aktualne. Zmieniają się jednostki chorobowe obarczone takim „pochodzeniem”, ale samo tłumaczenie pozostaje. Wygląda więc na to, że pewne mity są trwałe w mentalności społeczności wiejskiej, co spowodowane jest nieustającą dominacją religii i moralizatorstwa kościelnego w światopoglądzie ludności wiejskiej.

Jak wskazują źródła zmienił się również stosunek społeczności wiejskiej do lekarzy wiejskich, co można zaobserwować w okresie powojennym. Jednak nie był to całkowity odwrót od korzystania z pomocy nieprofesjonalnych lekarzy, a tylko pewnego rodzaju wymiana. W miejsce guślarzy, owczarzy, czy mądrych babek pojawili się bowiem bioenergoterapeuci, uzdrowiciele i różdżkarze. Istotnym wydaje się, iż w ich zachowaniu brakuje elementów magicznych i zamawiań, jak miało to miejsce w przypadku lekarzy wiejskich.

Obecnie na skutek postępującej edukacji, rozwoju medycyny i ogólnego dostępu do popularno-naukowych książek dotyczących zdrowia i choroby, nastąpiło zbliżenie standardów medycyny akademickiej w zakresie pochodzenia chorób i pozostałości po medycynie ludowej, którą można sklasyfikować jako medycynę komplementarną. Jak wskazują powyższe fakty, cały proces zmian dokonał się w drugiej połowie XX w., można nawet próbować dookreślić ten czas do ostatnich trzech dekad XX w. Zanikło wiele elementów medycyny ludowej, ale należy podkreślić, że pojawiły się zupełnie nowe zjawiska z zakresu medycyny komplementarnej, o których mowa będzie w następnym podrozdziale.

2. CHARAKTERYSTYKA PROCESU MITYZACJI POD KĄTEM FREKWENCJI IDEI WSPÓŁCZEŚNIE

Informacje zawarte w drugiej części pracy, jak widać było to w IV rozdziale, nie pochodzą jedynie z wywiadów przeprowadzonych w terenie. Znajduje się tutaj również wiele artykułów prasowych, zwłaszcza dotyczących pojawiania się nowych chorób cywilizacyjnych. Jest to świadomy zabieg mający na celu ukazanie szerszej perspektywy wypowiedzi respondentów, ponieważ są to źródła z zakresu kultury masowej, które mogły być przez nich wykorzystane. Wiele teorii, które zawarte jest w tychże artykułach znajduje bowiem odbicie w rzeczywistych poglądach informatorów. Podsumowując tę część można

⁸⁷⁹ Jastrzębski, *op.cit.*, s. 137.

wysunąć kilka wniosków. Pierwszym i zasadniczym jest taki, że nadal możemy mówić o postępującym procesie mityzacji choroby. Nie przybiera on być może takich form, jak miało to miejsce w XIX w., ale jest aktualny w kulturze. Większość chorób, które prześladowały społeczność wiejską XIX w. uległy procesowi medykalizacji, zostały dokładnie przebadane i wyjaśnione. Wciąż jednak pojawiają się nowe choroby, jak chociażby COVID-19, i właśnie one stają się podstawą współczesnego procesu mityzacji.

Choroba traktowana jest jako konstrukt społeczny i kulturowy, a mity powstające nadal zastępują niedostateczną wiedzę medyczną ludności wiejskiej. Ponieważ choroba jest zarówno stanem subiektywnym i obiektywnym musi być rozpatrywana w obu tych aspektach. Nowe choroby wywołują nowe zachowania. Ale jest to również efekt edukacji, mimo że wciąż jest ona na niedostatecznym poziomie. Pozwala jednak na zetknięcie się z tematem zagrażających nam chorób, przynajmniej na poziomie wiedzy szkolnej, a także na lepszy dostęp do ogromnej ilości źródeł z zakresu kultury masowej, które są nośnikami wiedzy, m.in. dotyczącej zdrowia i choroby, ale także niestety dezinformacji. Artykuły prasowe, audycje telewizyjne i radiowe, internet, książki popularne i popularnonaukowe, filmy i wystawy sztuki współczesnej stanowią niewyczerpany zasób wiedzy, dla każdego kto tylko zechce z niej korzystać.

Rozmawianie o chorobie nie jest już tematem tabu, wręcz przeciwnie, ujawnianie przez osoby życia publicznego chorób, zwłaszcza ciężkich takich jak nowotwory, powoduje że stosunek ludzi do osób chorujących zmienia się. Coraz więcej osób chorych widzimy w filmach i serialach. Chorzy wywołują poczucie wstydu w osobach zdrowych, ale także instynkt opiekuńczy, chęć niesienia pomocy. Często jest on jednak zależny od rodzaju choroby, inaczej traktuje się przecież chorych na raka, a inaczej w przypadku chorych na AIDS. Warto w tym miejscu dodać, że efektem odtabuizowania choroby jest stosowanie obraźliwych epitetów, pochodzących od nazw chorób w stosunku do innych osób, używanie nazw chorób jako metafor jakiegoś zjawiska, dla podkreślenia jego cech oraz tworzenie filmików, postów, czy memów ośmieszających chorobę, osoby chorujące czy sytuacje związane z chorobą.

Zanikło prawie całkowicie mityzowanie przyczyn chorób ogólnie nam znanych, ale pojawia się jeszcze motyw kary Bożej, a sporadycznie nawet oskarżenie o rzucanie uroku. W przypadku jednak wskazywania jako przyczyny choroby kary Bożej, nie spotyka się tak jak w XIX w., faktu „dziedziczenia” tejże przez dzieci osoby, która zasłużyła na karę. Kara Boża odnosi się więc jedynie do osoby, która osobiście złamała jakieś zakazy, w przypadku zaś chorób współczesnych chodzi głównie o AIDS, jako choroby przenoszącej się m.in. drogą płciową, ale także COVID-19 traktowany jako kara za to co ludzie uczynili Ziemi.

Jedna trzecia respondentów uważa, że istnieją znaki i sny, które mogą zwiastować chorobę, ale wiedząc, iż na przykład śniąca się brudna woda ją zapowiada,

nie mają pojęcia jaka jest etiologia tej przepowiedni. Również personifikacje chorób występują w formie reliktu. Część respondentów pamięta bowiem wyobrażenia chorób jedynie z opowieści starszych osób. Należy dodać też, że nadal w mentalności społeczności wiejskiej tkwi przeświadczenie o wstawiennictwie i opiece niektórych świętych, patronów różnych chorób.

Innym aspektem mityzowania choroby jest specyficzny stosunek ludności wiejskiej do przedstawicieli medycyny oficjalnej i komplementarnej. Przez ostatnich 40 lat od transformacji ustrojowej, zwiększył się procent ludności korzystającej z porad różnego typu uzdrowicieli i współczesnych znachorów, natomiast maleje zaufanie do lekarzy z dyplomem akademickim. Czas pandemii COVID-19 pokazał jak bardzo jesteśmy chwiejni w ocenie pracy naszych medyków. Od euforii i pełnego wsparcia na początku trwania pandemii, przez niechęć i złość na potencjalnych „roznosicieli choroby” w późniejszym okresie, aż do gróźb pod adresem medyków najbardziej zaangażowanych w akcję promocji szczepień. Wzrosła także liczba osób podejmujących praktyki samolecznicze. Jednak nieufność często nie wynika z bezpośredniego kontaktu z lekarzem, a wręcz przeciwnie, z jego braku. W mentalności współczesnej społeczności wiejskiej nie dominuje już bowiem swoisty fatalizm, który w XIX w. powodował nie podejmowanie leczenia, ponieważ Bóg spowodował chorobę w jakimś celu. Obecnie ludzie mają świadomość, że mogą się wyleczyć, wiedzą też iż choroba wykluczy ich na pewien czas z pełnienia określonej roli społecznej, co w dalszej perspektywie doprowadzić może do utraty środków na życie. Dlatego chcą podejmować leczenie, ale przeszkadza im w tym źle zorganizowana służba zdrowia, czy brak dobrego kontaktu z lekarzem. Ten drugi problem wynika bardzo często ze stosowania przez lekarzy terminów niezrozumiałych dla chorującego. To jedna z przyczyn mityzacji choroby, ponieważ naukowy język lekarzy jest równie niejasny dla pacjentów jak niegdyś formuły zamawiań, które szeptali znachorzy. Oczywiście trzeba brać również pod uwagę przypadki niekompetencji i korupcji wśród lekarzy, które w znacznym stopniu przyczyniają się do malejącej popularności państwowej służby zdrowia.

Alternatywą jest wizyta u przedstawiciela medycyny komplementarnej, których jest w naszym kraju coraz więcej. Reprezentanci medycyny wschodniej, homeopaci, kręgarze, czy zielarze, to tylko nieliczni zajmujący się dzisiaj nieprofesjonalnymi metodami leczenia. Oczywiście także w tej dziedzinie spotyka się różnego rodzaju szarlatanów, których jedynym celem jest wyciągnięcie od ludzi pieniędzy.

Współczesne choroby cywilizacyjne, czy raczej moment ich pojawiania się, dają doskonały obraz procesu mityzacji. Panika jaka towarzyszyła pojawianiu się pierwszych zachorowań na AIDS, niemożność zdefiniowania zagrożenia, a także jego pochodzenia, powodowało określone zachowania społeczności wiejskiej, które mają swe odbicie w opiniach zebranych w trakcie

badania. Jednak sytuacja ta nie dotyczy jedynie AIDS, chociaż do czasu pojawienia się COVID-19 był to chyba najbardziej spektakularny przykład. Podobnie rzecz się miała w momencie pojawiania się BSE, czy SARS. Daje się zauważyć kilka elementów procesu mityzowania chorób właśnie takich jak, AIDS, SARS czy BSE. Jednym z nich jest tworzenie pewnego mniemania, iż choroba nie dotyczy w sposób bezpośredni społeczności wiejskiej. Wszystkie znane przypadki zachorowań pochodzą z odległych, „innych”, często określonych w wyraźny sposób miejsc. Sytuowanie choroby w konkretnej pozycji jest jej „oswajaniem”, jeśli można zdefiniować jej pochodzenie lub teren występowania, nie jest już niebezpieczna. Drugim takim elementem jest ujawnienie osoby, ludzi, bądź jakiejś organizacji, która jest odpowiedzialna za spowodowanie choroby. W przypadku SARS i COVID-19 to Chińczycy, AIDS – narkomani i homoseksualiści, zaś w przypadku BSE winą obarczano rząd, który dopuścił do podawania zwierzętom złej paszy. Tutaj także ujawnia się pewnego rodzaju postawa roszczeniowa społeczności wiejskiej. Skoro „oni” są odpowiedzialni za spowodowanie choroby (poprzez wysypisko śmieci, „ścieranie” się asfaltu, niedopilnowanie wwozu zwierząt lub ich mięsa z innych państw), niech „oni” naprawia swój błąd, tak aby nikt nie chorował.

Ale pojawia się również inna kwestia. Znaczna część społeczności wiejskiej ma świadomość, że może być manipulowana przez środki masowego przekazu, co zwłaszcza było widać przy pytaniach dotyczących BSE. Z drugiej jednak strony te same środki (radio, Internet) spowodowały zaistnienie dowcipów o chorobach, które przyczyniły się do ośmieszenia BSE, a co za tym idzie zminimalizowania strachu przed tą chorobą. Część respondentów uważa także, że środki masowego przekazu odpowiadają w pośredni sposób za liczne zachorowania na anoreksję, czy bulimie, ponieważ z pełną świadomością kreują określony styl życia i kanon piękna.

Wszystkie stereotypy dotyczące HIV i AIDS są niezwykle trwałe i trudne do wyeliminowania, zwłaszcza takie, które opisują niebezpieczne, zagrażające ludziom zdrowym, zachowania osób zarażonych i chorych. Z jednej więc strony, jest to wina niedostatecznego poziomu edukacji społeczeństwa w zakresie dróg zarażania się wirusem HIV, ale również postawy niektórych przedstawicieli polskiego Kościoła katolickiego. Problemem był w tej sytuacji przede wszystkim niejednoznaczny stosunek Kościoła do osób chorych i zarażonych. AIDS jest bowiem drugą w historii po kile chorobą, która przenosi się drogą płciową, przynosi w związku z tym wiele ofiar i dlatego można określać ją mianem „zarazy płciowej”.

Lęk wywołany możliwością zarażenia się wirusem HIV wywoływał w społeczności wiejskiej zachowania podobne do tych, jakie miały miejsce w trakcie trwania w Europie „czarnej śmierci”. Jego skalę wskazują projekcje wizerunku HIV i AIDS, a także gwałtowne zachowanie ludzi przy próbach otwarcia nowych ośrodków dla nosicieli. W takich zresztą sytuacjach respondenci

reagowali zgodnie z zasadą „dobrego chrześcijanina”, ośrodek tak, ale najlepiej gdzieś daleko, tam gdzie są chorzy. Podobnie jest w przypadku oceny zachowania osób znanych, które zarażyły się wirusem lub zmarły na AIDS. W pewien sposób filmy, czy reportaże o takich osobach podnoszą poziom wiedzy o chorobie, nadają jej „ludzką twarz”, co nie zmienia jednak faktu, że nikt nie chciałby zetknąć się z chorym osobiście. Wiąże się to m.in. z istnieniem, niejako w ramach przeciwwagi dla historii o losach ludzi chorych, opowieści o osobach, które z premedytacją zarażają ludzi. Dodatkowo, jakby dla większego zdemonizowania osób będących nosicielami lub chorych na AIDS, podkreśla się ich negatywne cechy. Nie dość, że narkomani, że umyślnie zarażają ludzi, to jeszcze zjadają własne dzieci. Kolejny powód, jakim można wytłumaczyć niechęć do osób chorych, a także dla idei zakładania ośrodków dla nich. Oczywiście nie jest istotnym fakt, że opowieść ta może być całkowicie zmyślna, ale pasuje do ogólnego schematu mityzacji AIDS, ponieważ odpowiada niejako na „zapotrzebowanie” społeczeństwa.

ZAKOŃCZENIE

Przedstawione w pracy przykłady z zakresu etnografii i historii, jak również wyniki badań terenowych i źródła z zakresu kultury masowej świadczą przede wszystkim o zmianie, jaka zaszła we frekwencji mitu, od roku 1845 r., który pokrywa się z momentem pojawienia się pierwszych opracowań z zakresu medycyny ludowej, do 2021 r. Choroba traktowana jako konstrukt społeczny i kulturowy, była, jest i najprawdopodobniej będzie mityzowana w jakimś swym aspekcie. Przyjęte na początku pracy założenie o wszechobecności mitu i myślenia mitycznego zdaje się jak najbardziej potwierdzać. Mitologizacja polega bowiem na zastępowaniu wiedzy o świecie mitem, jest swoistym porządkowaniem otaczającego nas świata i umiejscowieniem w nim siebie. Współcześnie za mit można uznać klasyczne opowieści mające charakter religijny jak i zespoły sądów o charakterze świeckim, bo jak twierdzi Leszek Kołakowski:

Ta dążność do przywożenia słowem realności o zasadniczo innym statusie bytowym aniżeli status jakichkolwiek składników doświadczenia praktycznie wartościowego, ten nieustający trud szukania nazwy dla tego, co nieprzypadkowe, skupia konstytutywną jakość mitotwórczych działań ludzkich; **z tego punktu widzenia odmiennosc między religijną i niereligijną odmianą mitotwórstwa, chociaż dla historii kultury nadzwyczaj doniosła, staje się drugorzędna**⁸⁸⁰.

Wszelkie tłumaczenia przyczyn chorób, nawet najbardziej dla nas abstrakcyjne, są formą porządkowania świata i jako takie muszą zostać analizowane. Stały się opowieściami mitycznymi, na które wpływ wywierały również rozwijające się koncepcje człowieka i jego miejsca we wszechświecie, które zmieniały się na przestrzeni wieków. Rozwój ten przyczynił się do powstawania wciąż nowych teorii dotyczących przyczyn chorób. Każda kultura wykształciła swój określony zasób pojęć dotyczących człowieka, również człowieka

⁸⁸⁰ Kołakowski, *op.cit.*, s. 66.

ulegającego chorobie, które warunkują jego miejsce w porządku uznawanym w tej kulturze. Można by sądzić, że medycyna ludowa zdecydowanie nie miała nic wspólnego z medycyną akademicką, jednak można zauważyć przepływ informacji pomiędzy obiema medycynami, co zresztą wskazują cytowane w pracy przyczyny chorób. Część z nich jest swoistą parafrazą teorii powstających w medycynie akademickiej, na przykład teorii humoralnej Hipokratesa, *contagium vivum* Fracastoro, czy szkodliwego wpływu planet i innych ciał niebieskich na zdrowie człowieka. Nie można więc uniknąć porównywania medycyny oficjalnej z lecznictwem ludowym, pomimo iż ich teorie przyczyn chorób wydają się zupełnie różne. Jeszke uważa, iż współczesne lecznictwo ludowe jest w pewnym stopniu „krzywym zwierciadłem historii medycyny”, ponieważ zawiera przestarzałe i aktualne techniki medyczne, zdeformowane elementy różnych nurtów lecznictwa niemedycznego oraz własne praktyki wykształcone na drodze ewolucji⁸⁸¹.

W badaniu historii idei choroby, podobnie jak miało to miejsce w przypadku religijności średniowiecznej, należy się opierać na idei w rozumieniu myśli popularnej, a nie elitarnej. Stanowią one podstawę faktycznych wyobrażeń człowieka o świecie, niekoniecznie zgodnych z oficjalną medycyną akademicką.

Praca koncentrowała się na przemianach mentalności społeczności wiejskiej w zakresie chorób i jej przyczyn, dlatego podstawowymi pytaniami badawczymi, na jakie próbowałam w niej odpowiedzieć, jest sposób w jaki przebiegał i nadal trwa proces mityzacji oraz jakie czynniki na niego wpływają. Przedmiotem analizy frekwencji idei choroby przeprowadzonej w pierwszej części pracy były źródła etnograficzne i historyczne, natomiast w drugiej części źródła wywołane i źródła z zakresu kultury masowej.

Zaprezentowane w pracy informacje wskazują, iż możemy mówić o istnieniu procesu mityzacji choroby, zarówno w kulturze typu ludowego, jak i współcześnie. Potwierdza to m.in. występowanie choroby jako konstrukt kulturowego, odmiennego od przyjętego w medycynie akademickiej. Porównanie obu części pracy pozwala na wskazanie pewnych stałych elementów procesu mityzacji choroby oraz czynników, jakie go determinują.

W przypadku XIX-wiecznej medycyny ludowej jednym z bardziej istotnych czynników decydujących o możliwości zaistnienia procesu mityzacji jest duża rozbieżność jaka zaistniała pomiędzy standardami medycyny akademickiej i medycyny ludowej. Wskazuje na to chociażby fakt występowania w tej ostatniej chorób, których w żaden możliwy sposób nie można sklasyfikować, ani określić poprzez terminy znane medycynie akademickiej. Schemat etiologii chorób w kulturze typu ludowego tylko w części pokrywa się ze schematem medycyny oficjalnej. Podobnie jeśli chodzi o nazewnictwo,

⁸⁸¹ Jeszke, *Historyczne źródła współczesnych nurtów...*, s. 79.

ponieważ społeczność wiejska w XIX w., inaczej niż ma to miejsce dzisiaj, miała niewielkie pojęcie o oficjalnie przyjętych nazwach chorób albo stosowała swoje własne nazewnictwo. Współcześnie przeprowadzone badania pokazują, że ludność wiejska, mimo że czasem myli pewne jednostki chorobowe, zna większość nazw przyjętych przez medycynę akademicką. Trzeba też podkreślić, że pewne teorie medycyny akademickiej znalazły swe odbicie w XIX-wiecznej wiedzy medycznej ludności wiejskiej. Mowa przede wszystkim o teorii mikro- i makrokosmosu, zaburzenia soków w organizmie zaproponowanej przez Hipokratesa, czy teorii *contagium vivum*.

Charakterystyczne dla medycyny ludowej XIX, a także do połowy XX w., było występowanie podwójnej etiologii chorób, naturalistycznej i demonologiczno-magicznej. Tłumaczenie przyczyn jakiejś choroby jako efektu czarów, uroku, złamania zakazu, kary Bożej, działalności demonów lub szkodliwego wpływu ciał niebieskich, zaczyna zanikać po II wojnie światowej. Proces ten trwał około trzydziestu lat. Decydujące o tym fakcie wydaje się uspołecznienie służby zdrowia, wprowadzenie oficjalnych zakazów stosowania praktyk znachorskich oraz postępująca alfabetyzacja wsi. Obecnie wierzenia takie występują w formie szczątkowej lub jako relikty, opowieści przekazane przez dziadków. Tłumaczenie choroby jako efektu kary Bożej, którą część respondentów traktuje z równą powagą jak w XIX w. jest przykładem na trwałość pewnych idei. Różnicą jest jednak obarczanie winą konkretnej osoby za złamanie jakiegось zakazu czy tabu, a nie przenoszenie winy także na jej dzieci.

Całkowicie zanikł również jeden z podstawowych dla XIX w. elementów mityzacji choroby, jakim jest jej personifikowanie. Proces ten daje się zauważyć po II wojnie światowej. Jeszcze kilka lat po 1945 r. społeczność wiejska zamieszkująca Dolny Śląsk uważała, że choroba jest bytem indywidualnym, ale brakuje już wiadomości o istnieniu wyobrażeń konkretnych chorób. Choroby XIX w. weszły bowiem w proces medykalizacji, natomiast obserwować można proces mityzacji chorób współczesnych.

Na skutek postępującej edukacji, rozwoju medycyny, szerszego dostępu do licznych publikacji dotyczących zdrowia i choroby, nastąpiło zbliżenie standardów medycyny akademickiej i pozostałości po medycynie ludowej. Proces mityzacji choroby nadal występuje w kulturze pomimo, iż jego elementy oraz czynniki jakie nań wpływają są nieco odmienne od występujących w XIX i na początku XX w. Jednym z niezmiennych elementów wydaje się rola lekarza, kiedyś znachora, w procesie mityzacji. W XIX w. ludność wiejska charakteryzowała się swoistym fatalizmem w stosunku do nękających ją chorób i jeżeli podejmowano leczenie, to korzystano przede wszystkim z usług lekarzy wiejskich, których nie brakowało. Ich atutem było pochodzenie (swój), stosowanie się do reguł obowiązujących na wsi oraz szanowanie tradycji. Na podstawie źródeł można stwierdzić, że po II wojnie światowej nastąpił spadek popularności znachorów wiejskich, ale bardzo szybko pojawili się

przedstawiciele medycyny komplementarnej. Nastąpiła więc pewnego rodzaju wymiana, a także swoiste „unowocześnienie” praktyk stosowanych przez nowych uzdrowicieli.

Wyniki badań terenowych pokazują, że prawie całkowicie zanikł już fatalizm ludności wiejskiej w stosunku do chorób. Ludzie chcą się leczyć, ponieważ zdają sobie sprawę, że choroba może spowodować liczne konsekwencje, zarówno medyczne, jak i społeczne. Jednak ocena pracy lekarzy oraz funkcjonowania służby zdrowia nie jest najlepsza. Częściej podejmuje się praktyki samolecznicze, co wynika zazwyczaj z dwóch powodów: braku funduszy na lekarstwa oraz niemożności porozumienia się z lekarzem. Ta druga kwestia dotyczy zarówno bezpośredniego kontaktu z lekarzem, który posługuje się niezrozumiałą dla pacjenta terminologią, jak i z problemami z dostaniem się do lekarza. Fachowe słownictwo, jakie lekarze stosują w rozmowie z pacjentem, przypomina formuły zamawiań i zażegnywań stosowane niegdyś przez znachorów. Jest równie tajemnicze i niejasne, co również ma swój wpływ na mityzowanie choroby.

Zwiększył się procent ludności korzystającej z porad przedstawicieli medycyny nieoficjalnej, których spotyka się na wsi i w mieście. Wydawać by się mogło, że ich niejednokrotnie bardzo dziwne metody leczenia, nie znajdują zrozumienia u społeczności wiejskiej. Fakty jednak temu przeczą. Mimo pewnej dozy sceptycyzmu, ludzie korzystają z ich usług. Zdają sobie często sprawę, że mogą być w pewien sposób manipulowani, że są podatni na sugestie, ale podejmują ryzyko leczenia, ponieważ chcą się za wszelką cenę wyleczyć. To również nowe zjawisko. Ludność wiejska w XIX w. nie zdawała sobie sprawy, że działalność znachorów w dużej mierze opierała się na sugestii, nie dopuszczano także do siebie takich myśli, że mogli oni być zwykłymi szarlatanami. Wydawać by się mogło, że jest to jedynie kwestia braku edukacji na wsi w XIX w., ale przecież obecnie nie można powiedzieć, iż na wsi mieszkają ludzie bez żadnego wykształcenia. Paradoksalnie, właśnie alfabetyzacja wsi przyczyniła się do wzrostu zainteresowania tzw. medycyną alternatywną i jej metodami leczenia. Jest to efekt m.in. szerokiego dostępu do książek i artykułów prasowych, audycji radiowych i telewizyjnych, internetu, a także wykreowania swoistej mody na korzystanie z metod medycyny niekonwencjonalnej.

Społeczność wiejska zdaje sobie sprawę, że może być manipulowana także poprzez podawanie nieprawidłowych informacji dotyczących konkretnych chorób. Widać to na przykładzie choroby Creutzfeldta-Jakoba, kiedy respondenci twierdzili, że została ona rozdmuchana w mediach, dla celów politycznych lub gospodarczych. Obecnie podobnie wygląda sytuacja w przypadku COVID-19, gdzie część społeczności uważa, że sama choroba jest spiskiem państw/rządów/korporacji.

Elementem mityzacji wspólnym dla XIX w. i czasów współczesnych jest pewnego rodzaju wyrzucanie choroby poza nasz obszar. Oddalanie jej od

siebie, z jednoczesnym sprecyzowaniem miejsca, gdzie można natknąć się na osoby chore, powoduje zminimalizowanie lęku przed chorobą. Dlatego próby otwierania ośrodków dla osób chorych na AIDS napotykały w latach 90. XX w. na ogromne opory, a możliwości obrony negatywnej decyzji było mnóstwo. Część respondentów brało jednak pod uwagę taką możliwość, ale pod licznymi, niekoniecznie możliwymi do spełnienia warunkami, które chorzy musieliby spełnić, aby zamieszkać w okolicy. Jest to również efekt poczucia winy, jakie w osobach zdrowych wzbudzają chorzy. Nie chcąc zgodzić się na ich zamieszkanie w pobliżu własnego domu, szuka się usprawiedliwienia dla takiej decyzji, sugerując również, że winę ponoszą „inni” we wsi, którzy na pewno nie chcieliby takich sąsiadów. Dyskomfort psychiczny jaki wiąże się z decyzjami wynikającymi z poczucia winy to również nowe zjawisko. W XIX w. na wsi nie przejmowano się zbytnio chorymi, nie wzbudzali litości, ponieważ stanowili dodatkowe obciążenie dla całej rodziny. Współcześnie ludzie starają się nie potępiać chorych, nawet jeśli zostali zarażeni drogą płciową, jak w przypadku AIDS, mają także świadomość, że chorych należy wspierać psychicznie, aby nie poczuli się odrzuceni.

Kolejną istotną cechą procesu mityzacji jest odnalezienie winnego, który spowodował chorobę. Może to być osoba, jakaś konkretna grupa społeczna, partia, rząd, czy jakaś tajemnicza organizacja pozarządowa. Jeśli jesteśmy w stanie sprecyzować, kto odpowiada za zachorowania na daną chorobę, również w jakimś stopniu ją osławiamy. W Średniowieczu winę za większość epidemii ponosili Żydzi, trędowaci, ale także obcy/inni. Dzisiaj sytuacja wygląda podobnie – szukamy winnego, a na dodatek żeby w jakimś stopniu usprawiedliwić swoje zachowanie, oskarżanym osobom przypisuje się jak najbardziej negatywne cechy. Znaczna część respondentów uważa, że osoby będące nosicielami wirusa HIV, a także już chore na AIDS, umyślnie mogą zarażać zdrowych. Co oczywiście ma tłumaczyć niechęć dla otwierania w okolicy zamieszkania informatorów ośrodków dla takich osób. Dodatkowo wysuwane są teorie wskazujące, iż chorzy na AIDS, w tym wypadku narkomani, są po prostu złymi ludźmi. Co gorsza są nimi w dwójnasób. Zarazili się wirusem HIV, ponieważ popadli w nałóg, a ich zachowanie (zjadanie dzieci w narkotycznym transie), potwierdza że zasłużyli na chorobę. Można więc zostawić ich bez opieki, powinni sami sobie radzić, przecież wiedzieli co robią. Takie zachowanie respondentów jest m.in. wynikiem społecznej nauki polskiego Kościoła katolickiego, który w wyraźny sposób podzielił chorych na AIDS, na tych którzy w bezpośredni sposób odpowiadają za swoją chorobę (narkomani, homoseksualiści) oraz niewinne ofiary (dzieci, hemofilicy). Wszystkie opowieści przypominają te, które krążyły w Średniowieczu w Europie o Żydach. W tamtych czasach Żydów oskarżano o umyślne zarażenie źródeł wody pitnej powodując zarazę, a usprawiedliwieniem dla wszystkich dokonanych na nich pogromów i rzezi miały być opowieści o rzekomym zabijaniu przez

nich dzieci chrześcijan. Jak widać, dokładnie taki sam mechanizm mityzacji można zauważyć po pięciuset latach, co niestety świadczy o trwałych mechanizmach w mentalności społecznej. Poszukiwanie winnego epidemii, to także efekt roszczeniowej postawy społeczeństwa, spadku po epoce komunizmu. Po prostu łatwiej jest zrzucić winę za przyczynienie się do jakiejś choroby na konkretną osobę lub organizację, a jednocześnie można wtedy zażądać, aby odpowiedzialni sami usunęli powód zachorowania. Na przykład, jeśli wysypisko śmieci powoduje powstawanie u okolicznych mieszkańców różnych chorób, to gmina ma się zająć jego usunięciem; jeśli organizacja pozarządowa prowadziła eksperymenty biomedyczne, musi zadbać, by jego ofiary nie zagrażały ludziom zdrowym.

Na koniec trzeba podkreślić, że proces mityzacji jest obecny we współczesnej kulturze, i jak się wydaje nie jest możliwe wyeliminowanie go. Wszelkiego typu stereotypy, co najlepiej widać z jednej strony na przykładzie AIDS, a z drugiej COVID-19 najnowszej zmityzowanej w każdy możliwy sposób choroby, są bardzo trwałe i trudne do wyeliminowania. W związku m.in. z rozwijającą się technologią i eksperymentami biomedycznymi, nadal będą pojawiać się nowe choroby, stanowiące dobry „materiał” na mityzację. W mentalności społeczności wiejskiej, chociaż uważam patrząc na przykład COVID-19, że nie tylko, istnieją pewne stałe elementy procesu mityzacji, które w momentach zagrożenia społeczności będą się zawsze ujawniać. Co oczywiście w konsekwencji doprowadzi do utrwalenia się procesu mityzacji choroby.

BIBLIOGRAFIA

1. TEKSTY ŹRÓDŁOWE

- BADURA Wincenty, *Wiejscy lekarze*, „Lud” 1903, t. 9, s. 296–297.
- BARTHEL DE WEYDENTHAL Maria, *Uroczne oczy*, Lwów 1922.
- BIEGELEISEN Henryk, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929.
- BUJAK Franciszek, *Żmiąca. Wieś powiatu limanowskiego. Stosunki gospodarcze i społeczne*, Kraków 1903.
- FISCHER Adam, *Lud Polski. Podręcznik etnografii*, Lwów 1926.
- GIEDROYĆ Franciszek, *Mór w Polsce w wiekach ubiegłych*, Warszawa 1899.
- HEMPEL Leon, *Poszukiwania*, „Wisła” 1896, t. 10, s. 124–126.
- JASTRZĘBOWSKI Szczęsny, *Postać cholery w fantazyi ludowej*, „Tygodnik Ilustrowany” (Warszawa), 10.09.1892, t. 6, nr 141, s. 163–164.
- KOCZWARA Jan, *Wierzenia ludowe w Małych Kończycach koło Zebrzydowic na Śląsku*, „Lud” 1911, t. 17, z. 1, s. 60–71.
- KOLBERG Oskar, *Dzieła Wszystkie Oskara Kolberga. Lud, jego zwyczaje, sposób życia, mowy, podania, przysłowia, obrzędy, gusła, zabawy, pieśni, muzyka i tańce*, red. J. Burszta, t. 7, 15, 19, 34, 35, 40, 45, 48, 60, Warszawa 1961–1975.
- KOŁODZIEJCZYK Edmund, *Zwyczaje, obrządki, zagadki i pieśni ludu kaliskiego w okolicach Wielunia*, „Lud” 1909, t. 15, s. 91–107.
- KUBALA Ludwik, *Szkice historyczne*, t. 1, Kraków 1901.
- LILIENTALOWA Regina, *Dziecko żydowskie*, [w:] *Prace Komisji Etnograficznej PAU*, nr 3, Kraków 1927.
- LUBICZ Rafał, *Przyczynki do medycyny ludowej*, „Wisła” 1894, t. 8, s. 356.
- ŁĘGA Władysław, *Ziemia malborska. Kultura ludowa*, Toruń 1933.
- MÁTYÁŠ Karol, *Cholera w górach*, „Przegląd Powszechny” 1887, R. 4, t. 16, s. 60–66.
- MORAWSKI Franciszek, *Pisma Franciszka Morawskiego*, t. 1, *Poezye*, Wrocław 1841.
- ORZESZKOWA Eliza, *Ludzie i kwiaty nad Niemnem*, „Wisła” 1890, t. 4, s. 1–31.
- PEŁCZYŃSKI Jan, *Przyczynki do lecznictwa ludowego*, „Wisła” 1893, t. 7, s. 165–167.

- PIOTROWICZ Stanisław, *Znachorka i wróżka Jewdokia Bojczuk. Materiały folklorystyczne ze wsi Bortnik na Pokuciu*, „Lud” 1907, t. 13, s. 216–232.
- POLACZEK Stanisław, *Wieś Rudawa. Lud, jego zwyczaje, obyczaje, obrzędy, piosenki, powiastki i zagadki*, Warszawa 1892.
- PONIATOWSKI Stanisław, *Etnografia Polski*, [w:] *Wiedza o Polsce*, t. 3, oprac. J. Bystron et al., Warszawa 1932, s. 191–334.
- ROKOSSOWSKA Zofia, *Przyczynki – lecznictwo ludowe*, „Wisła” 1900, t. 14, s. 458–461.
- RYBKOWSKI Mikołaj, *Rozmaitości. Robaki w zębach*, „Lud” 1900, t. 6, s. 304.
- SALONI Antoni, *Lud rzeszowski. „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne”* 1908, t. 10, s. 50–344.
- SPITAL Stanisław, *Lecznictwo ludowe w Zatołcach i okolicy*, Tarnopol 1938.
- St. Z., *Znad Buga. Szkic etnograficzny*, „Lud” 1897, t. 3, s. 7–46.
- STANISZEWSKA Zofia, *Wieś Studzianki*, „Wisła” 1902, t. 16, s. 162–195, 490–505, 603–634.
- STASZIC Stanisław, *Uwagi nad życiem Jana Zamojskiego*, Kraków 1861.
- ŚWIĘTEK Jan, *Brzozowa i okolice Zakliczyna nad Dunajcem*, „Archiwum Etnograficzne”, t. 36-II, Wrocław 1998.
- ŚWIĘTEK Jan, *Z nad Wisłoka*, „Lud” 1902, t. 8, s. 354–368.
- TALKO-HRYNCEWICZ Julian, *Zarys lecnictwa ludowego na Rusi polskiej*, Kraków 1893.
- UDZIELA Marian, *Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego*, Warszawa 1891.
- UDZIELA Marian, *Przyczynki do medycyny ludowej*, „Lud” 1905, t. 11, s. 394–401.
- UDZIELA Marian, *Wiek dziecięcy w medycynie ludowej*, Tarnów 1891.
- UDZIELA Seweryn, *Cholera w pojęciach ludu ziemi sądeckiej*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne. Dział etnograficzny” 1896, t. 1, s. 1–2.
- UDZIELA Seweryn, *Krakowiacy*, Kraków 1924.
- UDZIELA Seweryn, *Świat nadzmysłowy*, „Wisła” 1900, t. 14, s. 253–272.
- WASILEWSKI Leon, *Przyczynki do lecnictwa ludowego*, „Wisła” 1893, t. 7, s. 375.
- WASILEWSKI Zygmunt, *Jagodne. Zarys etnograficzny*, Warszawa 1889.
- WEREŃKO Franciszek, *Przyczynek do lecnictwa ludowego*, „Materiały Antropologiczno-Archeologiczne i Etnograficzne” 1896, t. 1, s. 99–228.
- WÓJCICKI Kazimierz Władysław, *Klechy, Starożytne podania i powieści ludowe*, Warszawa 1876.
- WÓJCICKI Kazimierz Władysław, *Podania o morowej zarazie*, „Tygodnik Ilustrowany” 1868, t. 1, nr 9, s. 110–112, 134–135.
- ZIELENIEWSKI Michał, *O przesądach lekarskich ludu naszego*, Kraków 1845.
- Ziemia Biecka. Lud polski w powiatach gorlickim i grzybowskim*, red. S. Udziela, Nowy Sącz 1994.

2. ARTYKUŁY PRASOWE

- ARCISZEWSKI Daniel, BRZOZOWSKI Adam, *Obalamy najpopularniejsze mity o szczepionkach*, „Angora” 2021, nr 25, s. 20.
- BOBOCIŃSKA Ewa, *Szukam miejsca odosobnienia*, „Tygodnik Polski” 1987, R. 6, nr 42, s. 12.
- CHEĆKO Aleksander, *AIDS w komisariacie*, „Polityka” 1989, R. 33, nr 19, s. 7.
- CHEĆKO Aleksander, *Głuchych nikt nie przekona*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 18, s. 8.
- CHEĆKO Aleksander, POPRZECZKO Jacek, *Wiedza księdzu nie spada z nieba*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 4, s. 3.
- CHEĆKO Aleksander, *Proszę wstać, AIDS idzie*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 21, s. 6.
- DOBIECKI Grzegorz, *Dziwny przypadek*, „Twój STYL” 1993, nr 11, s. 46–48.
- DULEMBA Anna, *Wirus strachu*, „Polityka” 1988, R. 32, nr 4, s. 7.
- FAŁEK Alicja, *Prokuratura uchyliła areszt rodziców zagłodzonej Madzi*, <https://gazetakrakowska.pl/prokuratura-uchylila-areszt-rodzicow-zaglodzonej-madzi-wideo/ar/3677394>, dostęp: 30.07.2021.
- GŁOGOWSKI Mirosław, *Strach czasów AIDS*, „Prawo i Życie” 1987, nr 41, s. 1, 12–13.
- GRIGO Anna, *Niewolnice lęku*, „Twój STYL” 2001, nr 9, s. 104–107.
- HENZLER Marek, KRASNOWSKA Violetta, *Dar od Boga*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 4, s. 9.
- HOLLANEK Anna, *Twarz Giuseppiny*, „Gazeta Wyborcza”, 24.02.1998, s. 8.
- JANECKI Stanisław, *Najnowsze badania: zaszczepieni zamieniają się w krasnoludki*, <https://wpolityce.pl/polityka/560229-najnowsze-badania-zaszczepieni-zamieniaja-sie-w-krasnoludki>, dostęp: 27.07.2021.
- JUŃCZYK Ewa, *Mam w sobie śmierć*, „Twój STYL” 1992, nr 11, s. 54–56.
- JUSZCZYK Jacek, *Efekt „Magica”*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 32, s. 7.
- KACZYŃSKI Andrzej, *Proces znachora*, „Rzeczpospolita”, 8.03.1995, s. 3.
- KADRO Grażyna, TRABUĆ Tomasz, *AIDS w więzieniu*, „Polityka” 1991, R. 35, nr 19, s. 7.
- KAMIŃSKI Bogdan, *Uzdrowicielu – uzdrawiaj się sam*, „Polityka” 1986, R. 30, nr 3, s. 10.
- KOMENDANT Tadeusz, *Alien*, „Twórczość” 1993, R. 49, nr 9, s. 70–77.
- KONARSKA Iwona, *Jak mówić o raku*, „Przegląd” 2003, nr 12, s. 21–25.
- KRUCZKOWSKA Maria, *Gość z hotelu Metropol*, „Duży Format”, dodatek Gazety Wyborczej, 2003, nr 15, s. 16–18.
- KRZEMIŃSKI Ireneusz, *AIDS – wyzwanie dla Kościoła*, „Rzeczpospolita”, 27.08.1992.
- KUŹNIK Grażyna, *Wyrok*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 3, s. 10.
- LIS Henryk, *Atak przyszcza?*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 18, s. 19.
- LIS Henryk, *Spokojnie o chorobie szalonych krów*, „Rzeczpospolita”, 13.08.2002.
- LIU Melinda, UNDERWOOD Anne, *Uczymy się od Chińczyków*, „Newsweek” 2002, nr 49, s. 52–54.
- MELLER Marcin, *Epidemia gazetowa*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 41, s. 20.

- MELLER Marcin, *Epidemie ogórkowe*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 36, s. 11.
- MRUKLIK Brabara, *AIDS i temat śmierci*, „Wiedza i Życie” 1988, nr 1, s. 50–55.
- NADENAU Barbie, ROMANOWSKA Dorota, *Kuracja chorobą*, „Newsweek” 2002, nr 49, s. 58–59.
- NOLEN William A., *Uzdrowiciele*, „Polityka” 1984, R. 28, nr 52, s. 10–11.
- NOWAKOWSKA Ewa, *Uwięzieni w sobie*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 49, s. 22.
- OLSZEWSKA Barbara W., *Galopujące suchoty*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 50, s. 12–13.
- PAWŁOWSKI Witold, *Krew darem śmierci*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 47, s. 18.
- PAWŁOWSKI Witold, *Polak chory na życie*, „Polityka” 1995, R. 39, nr 15, s. 14–15.
- PIETKIEWICZ Barbara, *Bez pamięci*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 49, s. 22.
- PIETKIEWICZ Barbara, *Bilet powrotny*, „Polityka” 1987, R. 31, nr 16, s. 7.
- PIETKIEWICZ Barbara, *Nadzieja jest jak narkotyk*, „Twój STYL” 1992, nr 10, s. 42–43.
- PODGÓRSKA Joanna, *Znikające ciała*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 24, s. 82–84.
- PUCHALSKA Bożena, *Trudna prawda*, „Polityka” 1992, R. 36, nr 2, s. 11.
- RACZEK Tomasz, *Chiński holocaust zwierząt*, „Wprost” 2003, nr 20, s. 78.
- RACZYŃSKI Zdzisław, *Krew na granicy*, „Polityka” 1994, R. 38, nr 48, s. 10.
- RAKOWIECKI Jacek, *Co wolno ministrowi*, „Gazeta Wyborcza”, 9.05.1991, s. 1, 3.
- ROSTOWSKI Dariusz, *HIV-owcy w podziemiu*, „Gazeta Wyborcza”, 15.10.1993, s. 1.
- ROTKIEWICZ Marcin, *Tajemnica bolimuszki*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 37, s. 76–77
- SUŁEK Katarzyna, *Szczoteczka przeciw wirusom*, „Polityka” 1995, R. 39, nr 46, s. 78–79.
- SZENKOWA Izabella, *Izolacja chorych od zdrowych*, „Tygodnik Polski” 1987, R. 6, nr 22, s. 7.
- SZYGIEL Jerzy, *Cezar chory na AIDS*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 12, s. 9.
- Światowy dzień gruźlicy – 24.03.2021, <https://www.igichp.edu.pl/2021/04/14/swiatowy-dzien-gruzlicy-24-03-2021>, dostęp: 15.08.2021.
- STURM T., ALBRECHT T., *Constituent Covid-19 apocalypses: contagious conspiracism, 5G, and viral vaccinations*, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13648470.2020.1833684>, dostęp: 11.05.2021.
- WALEWSKI Paweł, *Uwięzieni we mgle*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 38, s. 79–80.
- WANAT Ewa, *Kłopotliwa śmierć*, „Polityka” 1993, R. 37, nr 20, s. 6.
- WERNIK Romuald, *Bezpieczny francuski płaszczyk*, „Twój STYL” 1991, nr 11, s. 116–117.
- WILCZAK Jagienka, *Panika*, „Polityka” 1989, R. 33, nr 7, s. 5.
- WILCZAK Jagienka, *Pod figurą*, „Polityka” 1990, R. 34, nr 4, s. 5.
- WINNICKA Ewa, *Odchodzi baba od lekarza*, „Polityka” 2002, R. 46, nr 40, s. 78–81.
- WOJT Jan, *Globalna zaraza*, „Wprost” 2001, nr 41, s. 102–103.
- WOJTASIŃSKI Zbigniew, *Choroba na receptę*, „Wprost” 2003, nr 20, s. 84–87.
- WOJTASIŃSKI Zbigniew, *Pandemia bioterroru?*, „Wprost” 2003, nr 18, s. 76–78.
- WÓJCIK Michał, *Komunikat dla wszystkich*, „Przekrój” 2003, nr 11, s. 18.

3. OPRACOWANIA

- AIDS – *dżuma XX wieku*, zebra. i oprac. J. Zalewski, Edmonton 1988.
- AIDS – *Fakty, opinie, prognozy (wybór artykułów publicystycznych)*, red. K. Fekecz, Warszawa 1987.
- AIDS – *Nowe wyzwania, stare problemy*, red. T. Nasierowski, H. Matsumoto, Warszawa 1992.
- AIDS – *nowe zagrożenia i nowe nadzieje*, „Problemy” 1984, nr 4, s. 43.
- ANTONIO Gene, *AIDS zmowa milczenia*, Gdańsk 1993.
- BARANOWSKI Bogdan, *Kultura ludowa XVII i XVIII wieku na ziemiach Polski środkowej*, Łódź 1971.
- BARANOWSKI Bogdan, *Ludzie gościńca w XVII–XVIII w.*, Łódź 1986.
- BARANOWSKI Bogdan, *W kręgu upiorów i wilkołaków*, Łódź 1981.
- BARTHES Roland, *Mit i znak*, tłum. W. Błońska, Warszawa 1970.
- BARTYŚ Józef, *Zajścia w Nowym mieście nad Pilicą na tle zabobonnych prób odwrócenia epidemii cholery w 1852 roku*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1963, t. 5, s. 43–57.
- BEJNAROWICZ Janusz, *Wiedza medyczna ludności wsi podhalańskiej*, [w:] *Badania socjologiczne w medycynie*, red. M. Sokołowska, Warszawa 1969, s. 251–268.
- BROZI Krzysztof Jarosław, *Ludzie i kryzys cywilizacji*, Lublin 1995.
- BRZEZIŃSKI Tadeusz (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988.
- BRZEZIŃSKI Tadeusz, *Rozwój poglądów na istotę choroby*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 134–157.
- BUDZISZEWSKA Wanda, *Zdrowie, choroba i śmierć w przysłowiach i wyrażeniach przysłowiowych bułgarskich / na tle porównawczym*, „Studia z filologii rosyjskiej i słowiańskiej” 1982, t. 12, s. 157–184.
- BURSZTA Józef, *Lecznictwo ludowe*, [w:] *Kultura ludowa wielkopolski*, t. 3, red. J. Burszta, Poznań 1967, s. 393–436.
- BURSZTA Wojciech, *Czytanie kultury. Pięć szkiców*, Łódź 1996.
- CAILLOIS Roger, *Człowiek i sacrum*, tłum. E. Burska, A. Tatarkiewicz, Warszawa 1995.
- CAMUS Albert, *Dżuma*, tłum. J. Guze, Warszawa 1987.
- CANGUILHEM Georges, *Normalne i patologiczne*, tłum. P. Pieniążek, Gdańsk 2000.
- CASSIRER Ernst, *Esej o człowieku*, tłum. A. Staniewska, Warszawa 1971.
- CIASTOŃ-PRZEĆLAWSKA Elżbieta, *Lekarze, pielęgniarki i pracownicy służb społecznych wobec wybranych zagadnień HIV i AIDS*, Warszawa 2000.
- CZARNOWSKI Stefan, *Podział przestrzeni i jej ograniczenie w religii i magii*, „Przegląd socjologiczny” 1989, t. 7, z. 1–2, s. 6–24.
- CZERNIK Stanisław, *Trzy zorze dziewicze. Wśród zamawiań i zaklęć*, Łódź 1968.
- DEFOE Daniel, *Dziennik roku zarazy*, tłum. J. Dmochowska, Warszawa 1959.
- DEKOWSKI Jan Piotr, *Wielka choroba*, „Prace i materiały etnograficzne” 1947, t. 6, s. 302–304.
- DELUMEAU Jean, *Strach w kulturze Zachodu*, Warszawa 1986.

- DŁUŻEWSKA Stanisława, *Ludowa wiedza medyczna ludności kaszubskiej okolic Bytowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1983, t. 25, s. 35–58.
- DOMAŃSKA Ewa, *Mikrohistorie. Spotkania w międzyświatach*, Poznań 1999.
- DROZDOWSKA Wanda, *Istoty demoniczne w Załączu Wielkim*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1962, t. 4, s. 117–130.
- Dziennik Samuela Pepysa*, t. 1, tłum. M. Dąbrowska, Warszawa 1978.
- EDZARD E., SIMON S., *Lekarze czy znachorzy? Medycyna alternatywna pod lupą*, tłum. J. Gładysiek, Warszawa 2012.
- ELIADE Mircea, *Aspekty mitu*, tłum. P. Mrówczyński, Warszawa 1998.
- ELIADE Mircea, *Mity, sny i misteria*, tłum. K. Kocjan, Warszawa 1994.
- ELIADE Mircea, *Sacrum, mit, historia*, tłum. A. Tatarkiewicz, Warszawa 1993.
- FIRKOWSKA-MANKIEWICZ Anna, *Teorie przyczyn chorób*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A. Ostrowska, Warszawa 1990, s. 50–70.
- FOUCAULT Michel, *Narodziny kliniki*, tłum. P. Pieniążek, Warszawa 1999.
- FOSTER Georg M., *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*, „American Anthropologist” 1976, vol. 78, no. 4, s. 773–782.
- FRIEDMAN Meyer, FRIEDLAND Gerald W., *Krótką historia medycyny*, tłum. M. Kowalczyk, Warszawa 2017.
- FROMM Erich, *Zapomniany język*, tłum. K. Płaza, Warszawa 1972.
- GINZBURG Carlo, *Ser i robaki. Wizja świata pewnego młynarza z XVI wieku*, tłum. R. Kłos, Warszawa 1989.
- GIRARD Rene, *Kozioł ofiarny*, tłum. M. Goszczyńska, Łódź 1987.
- GOLKA Marian, *Atrakcyjność mitu*, „Kultura współczesna” 1996, nr 1–2, s. 41–49.
- GÓRNY Konrad, *Czas i przestrzeń w magii leczniczej (zarys problematyki)*, „Literatura ludowa” 1996, nr 2, s. 19–30.
- GRETKOWSKA Manuela, *Sandra K.*, [w:] *eadem, Namiętnik*, Warszawa 2001, s. 5–44.
- GRETKOWSKA Manuela, *Szczepionka na kobiety, czyli ekologia seksu*, [w:] *eadem, Silikon*, Warszawa 2000, s. 82–85.
- GUBARIEW Władimir, *Spotkania z doktorem Kaszpirowskim*, Warszawa 1990.
- GUIBERT Hervé, *Przyjacielowi, który nie uratował mi życia*, Warszawa 1993.
- GURIEWICZ Aron, *Historia i antropologia historyczna*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty” 1997, nr 1–2, s. 13–20.
- HAAVIO Martii Henrik, *Mitologia fińska*, tłum. J. Litwiniuk, Warszawa 1979.
- HARVEY James, *Kiedy twój przyjaciel ma AIDS*, [w:] John Arnold i inni, *Człowiek a AIDS*, Lublin 1994, s. 93–99.
- HEINZMANN Richard, *Filozofia średniowiecza*, tłum. P. Domański, Kęty 1999.
- HIV/AIDS. Prawa człowieka w miejscu pracy*, red. A. Kijowski, Warszawa 2003.
- HUIZINGA Johan, *Jesień średniowiecza*, tłum. R. Stiller, Warszawa 1974.
- HUXLEY Aldous, *Nowy, wspaniały świat*, tłum. B. Baran, Kraków 1988.
- IMIELIŃSKI Christian, IMIELIŃSKI Kazimierz, *Kulturowe aspekty AIDS*, [w:] *AIDS wyzwanie dla człowieka*, red. K. Imieliński, Warszawa 1990, s. 7–18.
- IWASZKIEWICZ Jarosław, *Brzezina*, [w:] *idem, Panny z Wilka. Opowiadania*, Warszawa 1979, s. 103–208.

- IWASZKIEWICZ Jarosław, *Kochankowie z Marony*, [w:] *idem, Opowiadania*, t. 5, Warszawa 1980, s. 131–252.
- JASTRZĘBSKI Jan, *Lecznictwo ludowe w Załączu Wielkim*, „Prace i Materiały Muzeum Archeologicznego i Etnograficznego w Łodzi. Seria Etnograficzna” 1961, nr 5, s. 135–164.
- JESZKE Jaromir, *Historyczne źródła współczesnych nurtów lecznictwa niemedycznego i ich społecznej akceptacji*, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, red. M. Libiszowska-Żółtowska, M. Oryzko-Wiewiórska, W. Piatkowski, Lublin 1988, s. 63–83.
- JESZKE Jaromir, *Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian*, Wrocław 1996.
- JESZKE Jaromir, *Stan badań lecznictwa ludowego Wielkopolski na tle wiedzy etnomedycznej w Polsce*, „Poznańskie Roczniki Medyczne” 1986, t. 10, s. 103–111.
- KALEMBA Zofia, *Wpływ koncepcji makro- i mikrokosmosu na pojmowanie choroby i człowieka chorego*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 1, s. 29–38.
- Kalewala*, tłum. J. Ozga Michalski, K. Laszecki, Warszawa 1980.
- KĘDZIERSKA Angelika, *Irracjonalne interpretacje epidemii COVID-19 w świetle źródeł internetowych*, praca magisterska obroniona w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w czerwcu 2021 r.
- KOŁAKOWSKI Leszek, *Obecność mitu*, Wrocław 1994.
- KOPALIŃSKI Władysław, *Słownik symboli*, Warszawa 1990.
- KRAWCZYK Ewa, WEINER January, BEŁOWSKI Jacek, *Nie daj się wkręcać szarlatanom. Posłuchaj, co o zdrowiu mówi nauka!*, Bielsko-Biała 2019.
- KRAWCZYK-WASILEWSKA Violetta, *AIDS. Studium antropologiczne*, Łódź 2000.
- KUCHOWICZ Zbigniew, *Leki i gusła dawnej wsi*, Warszawa 1954.
- KULAK Ewa, *Moralny wymiar choroby i śmierci w XVIII-wiecznym dziele „Los desahuciados del mundo y de la gloria” Diego de Torre Villarroela*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 2, s. 69–83.
- KURATOWSKA Zofia, *AIDS. Nowa choroba*, Warszawa 1986.
- KURDZIOŁEK Marian, *Średniowieczne doktryny o człowieku jako obrazie świata*, „Roczniki Filozoficzne” 1971, t. 19, z. 1, s. 5–39.
- KUŹNICKA Barbara, *Etnomedycyna i etnofarmacja – zarys problematyki badawczej*, [w:] *Historia leków naturalnych*, t. 1, red. B. Kuźnicka, Warszawa 1992, s. 11–21.
- LAPIERRE Dominique, *Więksi niż miłość*, Warszawa 1992.
- LE GOFF Jacques, *Uwagi na temat ciała i ideologii w kulturze średniowiecznej Europy*, [w:] *Problemy wiedzy o kulturze*, red. A. Brodzka, M. Hopfinger, J. Lelwicz, Wrocław 1986, s. 221–223.
- LEBEDA Agnieszka, *Wiedza i wierzenia ludowe*, Wrocław 2002.
- LEBRUN Francois, *Jak dawniej leczono. Lekarze, święci i czarodzieje w XVII i XVIII wieku*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Warszawa 1997.

- LEJMAN Kazimierz, *Zarys historii kılı*, „Archiwum Historii Medycyny” 1969, t. 32, s. 125–145.
- LÉVI-STRAUSS Claude, *Mysł nieoswojona*, tłum. A. Zajączkowski, Warszawa 1969.
- LIBERA Zbigniew, *Ciało w kulturze ludowej XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1995, t. 2, z. 1. s. 71–77.
- LIBERA Zbigniew, *Medycyna ludowa*, Wrocław 1995.
- LIBERA Zbigniew, *Mikrokosmos, makrokosmos i antropologia ciała*, Tarnów 1997.
- LIBERA Zbigniew, PALUCH Adam, *Ethnomedicine and the plica*, [w:] *Poland at the 12th Congress of Anthropological and Ethnological Sciences*, ed. S. Szykiewicz, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk–Łódź 1988, s. 149–160.
- LIBERA Zbigniew, PALUCH Adam, *Lasowiacki zielnik*, Kolbuszowa 1993.
- LIBERA Zbigniew, *Rzyć, aby żyć*, Tarnów 1995.
- LIBERA Zbigniew, *Znachor w tradycjach ludowych i popularnych XIX i XX wieku*, Wrocław 2003.
- LINTOWSKA Agnieszka, *AIDS w świadomości grup młodzieżowych*, [w:] *AIDS w świadomości społecznej*, red. Z. Czaplicki, W. Muzyka, Olsztyn 1995, s. 46–51.
- ŁUKASIEWICZ Dariusz, *Niemieckie psy i polskie świnie oraz inne eseje z historii kultury*, Gdynia 1997.
- MAŁOFIEJEW Michał, *Historia patologii w XIX wieku*, [w:] *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 307–350.
- MANN Tomasz, *Czarodziejska góra*, t. 1, tłum. J. Kramsztyk, Warszawa 1982.
- MICKIEWICZ Adam, *Konrad Wallenrod*, Warszawa 1980.
- MIELETINSKI Eleazar, *Poetyka mitu*, tłum. J. Dancygier, Warszawa 1981.
- MOSZYŃSKI Kazimierz, *Kultura ludowa Słowian*, t. 2, cz. 2, Warszawa 1967.
- MOTYCKA Alina, *Nauka a nieświadomość. Filozofia nauki wobec kontekstu twórczenia*, Wrocław 1998.
- MRÓZ Lech, *Mit i myślenie mityczne*, „Etnografia Polska” 1976, t. 20, z. 1, s. 25–45.
- NIŻNIK Józef, *Mit jako kategoria metodologiczna*, „Kultura i społeczeństwo” 1978, t. 22, nr 3, s. 163–174.
- Nowa księga przysłów i wyrażeń przysłowiowych polskich*, t. 1, A–J, red. J. Krzyżanowski, Warszawa 1969.
- NOWAKOWSKI Cezary, *Ludowe techniki i sposoby lecznicze praktykowane w terapii chorób wewnętrznych. Zarys systematyki na przykładzie leczenia febry*, „Materiały Zachodniopomorskie” 1979, t. 25, s. 253–262.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/ochrona-zdrowia-w-gospodarstwach-domowych-w-2016-r-,2,6.html>, s. 35, dostęp: 30.08.2021.
- ORZESZKOWA Eliza, *Nad Niemnem*, Warszawa 1983.
- OSSOWSKI Stanisław, *Więź społeczna i dziedzictwo krwi*, [w:] *idem, Dzieła*, t. 2, Warszawa 1966.
- OŻAROWSKI Aleksander, *Ziołolecznictwo – poradnik dla lekarzy*, Warszawa 1976.

- PALUCH Adam, *„Zerwij ziele z dziewięciu miedz...” Ziółolecznictwo ludowe w Polsce w XIX i początku XX wieku*, Wrocław 1989.
- PALUCH Adam, *Badania nad lecznictwem ludowym w Polsce i ich współczesne znaczenie*, [w:] *Funkcje społeczne etnologii*, red. Z. Jasiewicz, Poznań 1979, s. 85–92.
- PALUCH Adam, *Choroby, zioła, znachorzy*, Namysłów 1991.
- PALUCH Adam, *Etnologia wobec zagadnień medycyny jako obszaru penetracji badawczych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1998, t. 5, z. 1, s. 19–28.
- PALUCH Adam, *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*, Wrocław 1995.
- PALUCH Adam, „*In principio*” w ludowych praktykach medycznych, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Ethnologica” 1991, t. 5, s. 67–80.
- PALUCH Adam, *Suchoty: przyczynek do ludowego pojęcia o chorobie, etiologii i terapii*, [w:] *Pożegnanie paradygmatu? Etnologia wobec współczesności*, red. W.J. Burszta, J. Damrosz, Warszawa 1994, s. 192–201.
- PALUCH Adam, *Świat roślin w tradycyjnych praktykach leczniczych wsi polskiej*, Wrocław 1984.
- PALUCH Adam, *Wizerunek nasz, czyli ciało na scenie ponowoczesności*, Wrocław 1999.
- PAWŁOWSKA Jadwiga, *Relikty tradycyjnych form medycznych i weterynarii ludowej na Polskim Śląsku w latach 1945–1964*, „Roczniki Etnografii Śląska” 1972, t. 4, s. 27–59.
- PEŁKA Leonard, *Polska demonologia ludowa*, Warszawa 1987.
- PENKALA-GAWĘCKA Danuta, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1994, t. 1, z. 2, s. 5–16.
- PENKALA-GAWĘCKA Danuta, *Badania etnologiczne nad medycyną komplementarną*, [w:] *Szkice z socjologii medycyny*, red. M. Libuszowska-Żółtowska, M. Oryzko-Wiewiórska, W. Piątkowski, Lublin 1988, s. 117–125.
- PENKALA-GAWĘCKA Danuta, *Medycyna ludowa i komplementarna w polskich badaniach etnologicznych*, „Lud” 1995, t. 78, s. 169–191.
- PENKALA-GAWĘCKA Danuta, *Medycyna tradycyjna w Afganistanie*, Wrocław 1988.
- PENKALA-GAWĘCKA Danuta, *Perspektywa etnologiczna w badaniach nad medycyną komplementarną*, [w:] *Historia leków naturalnych*, t. 3, red. B. Kuźniewska, Warszawa 1992, s. 25–33.
- PETER Jean-Pierre, REVEL Jaques, *Ciało. Chory człowiek i jego historia*, [w:] *Osoby*, red. M. Janion, S. Rosiek, Gdańsk 1984, s. 241–265.
- PIĄTKOWSKI Włodzimierz, *Lecznictwo niemedyczne w Polsce w XX wieku*, Wrocław 1988.
- PIĄTKOWSKI Włodzimierz, *Listy do Kaszpirowskiego*, Lublin 1993.
- PIĄTKOWSKI Włodzimierz, *Spotkania z inną medycyną*, Lublin 1990.
- PIETRZAK Krzysztof, *Doktryny i teorie medyczne w publikacjach naukowych lekarzy dawnego Leszna*, Wrocław 2002.

- PŁONKA-SYROKA Bożena, *Historyczne koncepcje podmiotowości człowieka i ich wpływ na ukształtowanie się założeń programowych nowożytnej medycyny*, [w:] *Podmiot w procesie*, red. J. Jusiak, J. Mizińska, Lublin 1999, s. 211–239.
- PŁONKA-SYROKA Bożena, *Koncepcje podmiotowości człowieka wobec podstawowych pojęć medycyny teoretycznej i praktycznej*, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 1998, R. 43, nr 2, s. 69–80.
- PŁONKA-SYROKA Bożena, *Medycyna niemiecka nurtu niematerialistycznego 1797–1848 i polska recepcja jej teorii i doktryn w dziewiętnastym stuleciu*, Warszawa 1999.
- PŁONKA-SYROKA Bożena, *Różne koncepcje podmiotowości człowieka w teoriach i doktrynach medycznych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996, t. 3, z. 1/2, s. 23–50.
- PŁONKA-SYROKA Bożena, *Świadomość i mentalność środowiska lekarskiego jako podłoże recepcji teorii i doktryn medycznych. Zarys koncepcji*, [w:] *Międzykulturowy wymiar komunikacji idei w dziejach nauki*, red. J. Jeszke, w druku.
- PŁONKA-SYROKA Bożena, *Wstęp*, [w:] *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 2, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 1999, s. 3–8.
- POE Edgar Allan, *Maska Śmierci Szkarłatnej*, [w:] *idem, Maska Śmierci Szkarłatnej i inne niesamowite opowieści*, tłum. B. Leśmian, S. Wyrzykowski, Warszawa 1996, s. 109–117.
- PÓLTORAK Zbigniew, *Lecznictwo ludowe rodzimej ludności Opolszczyzny*, Opole 1989.
- Przemówienie Ojca Świętego do uczestników międzynarodowej konferencji na temat AIDS 15 XI 1989 roku*, [w:] *Człowiek a AIDS*, red. J. Arnold et al., Lublin 1994, s. 136–142.
- PRZYBYLSKI Ryszard, *Eros i Tanatos*, Warszawa 1970.
- PUTYŃSKA Elżbieta, *Lecznictwo ludowe w okolicznych wsiach Bełchatowa*, „Łódzkie Studia Etnograficzne” 1966, t. 7, s. 97–114.
- QUÉTEL Claude, *Niemoc z Neapolu, czyli historia syfilisu*, tłum. Z. Podgórska-Klawe, Wrocław–Warszawa–Kraków 1991.
- RADZICKI Józef, *Znachorstwo w aspekcie medyczno-sądowym, prawnym i społecznym*, Warszawa 1960.
- REGA Artur, *Człowiek w świecie symboli. Antropologia filozoficzna Mircea Eliadego*, Kraków 2001.
- RIDLEY Matt, *Genom*, tłum. M. Koraszewska, Poznań 2001.
- ROBOTYCKI Czesław, *Tradycja i obyczaj w środowisku wiejskim – studium etnologiczne wsi Jurgów na Spiszu*, Wrocław 1980.
- ROBOTYCKI Czesław, WĘGLARZ Stanisław, *Chłop potęgą jest i basta. O mityzacji kultury ludowej w nauce*, „Polska Sztuka Ludowa. Konteksty” 1983, R. 37, nr 1–2, s. 3–8.
- ROK Bogdan, *Metafizyczne widzenia choroby w polskim piśmiennictwie czasów nowożytnych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1994, t. 1, z. 2, s. 17–30.

- RUFFIE Jaques, SOURNIA Jean Charles, *Historia epidemii. Od dżumy do AIDS*, tłum. A. Matusiak, Warszawa 1996.
- SCHULZ Bruno, *Mityzacja rzeczywistości*, [w:] *idem, Proza*, Kraków 1964, s. 443–445.
- SIMONIDES Dorota, *Ludowa wizja świata*, [w:] *Kultura ludowa śląskiej ludności rodzimej*, red. D. Simonides, P. Kowalski, Wrocław 1991, s. 169–211.
- SOKOŁOWSKA Magdalena, *Granice medycyny*, Warszawa 1980.
- SONTAG Susan, *AIDS i jego metafory*, [w:] *eadem, Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Warszawa 1999, s. 91–181.
- SONTAG Susan, *Choroba jako metafora*, [w:] *eadem, Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Warszawa 1999, s. 7–90.
- SONTAG Susan, *Choroba jako metafora*, [w:] *Osoby*, red. M. Janion, S. Rosiek, Gdańsk 1984, s. 212–240.
- SONTAG Susan, *Illness as Metaphor*, New York 1978.
- SONTAG Susan, *Metafory AIDS*, „Odra” 1989, nr 4, s. 24–29.
- STANIASZEK Marek, *Co należy wiedzieć o HIV i AIDS*, [w:] J. Arnold i inni, *Człowiek a AIDS*, Lublin 1994, s. 11–45.
- STOMMA Ludwik, *Antropologia kultury wsi polskiej XIX wieku*, Warszawa 2002.
- SWENSON R.M., *AIDS na tle innych epidemii*, „Ameryka” 1985, nr 231, s. 16–22.
- SZACKA Barbara, *Mit a rzeczywistość mityczna społeczeństw nowoczesnych*, [w:] *O społeczeństwie i teorii społecznej*, red. E. Mokrzycki, M. Ofierska, J. Szacki, Warszawa 1985, s. 475–494.
- SZCZYPIORSKI Andrzej, *Msza za miasto Arras*, Poznań 2000.
- SZNAJDERMAN Monika, *Zaraza. Mitologia dżumy, cholery i AIDS*, Warszawa 1994.
- SZPILCZYŃSKI Stanisław, *Z dziejów przesądu i zabobonu w lecznictwie*, Warszawa 1956.
- SZUMOWSKI Władysław, *Historia medycyny*, Warszawa 1961.
- SZYCHOWSKA-BOEBEL Barbara, *Lecznictwo ludowe na Kujawach*, Toruń 1972.
- SZYCHOWSKA-BOEBEL Barbara, *Tradycyjne lecznictwo ludowe Wielki i okolicznych wsi*, „Roczniki Muzeum Etnograficznego w Toruniu” 1978, t. 1, s. 75–126.
- TAZBIR Janusz, *Strach ma stare oczy*, „Polityka” 2001, R. 45, nr 46, s. 82–83.
- TOBIASZ-ADAMCZYK Beata, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 1995.
- TOEPLITZ Krzysztof, *O sensie moralnym choroby*, [w:] *Człowiek, jego ból, cierpienie i prawo do szczęścia*, red. B. Snarska, II krajowa konferencja lekarzy i humanistów, Gdańsk 1980, s. 155–172.
- TOKARSKI Stanisław, *Uwarunkowania zdrowia ludności wiejskiej w okresie transformacji ustrojowej w Polsce (na przykładzie rejonu Środkowo-Wschodniego)*, Lublin 1999.
- TOMICKI Ryszard, *Religijność ludowa*, [w:] *Etnografia Polski. Przemiany kultury ludowej*, t. 2, red. M. Biernacka, M. Frankowska, W. Paprocka, Wrocław 1981, s. 29–71.

- TOMICKI Ryszard, *Słowiański mit kosmogeniczny*, „Etnografia Polska” 1976, t. 20, z. 1, s. 47–98.
- TUAN Yi-Fu, *Przestrzeń i miejsce*, tłum. A. Morawińska, Warszawa 1987.
- TYC Jolanta, *Motyw strachu w modelowaniu świata. Przekazy ustne z okolic Czechowic-Dziedzic*, „Literatura Ludowa” 1996, nr 6, s. 41–53.
- TYLKOWA Danuta, *Wiedza ludowa*, [w:] *Etnografia Polski. Przemiany kultury ludowej*, t. 2, red. M. Biernacka, M. Frankowska, W Paprocka, Wrocław 1981, s. 71–88.
- TYSZKA Tadeusz, *Psychologiczne pułapki oceniania i podejmowania decyzji*, Gdańsk 2000.
- USPIENSKI Leonid, *Teologia ikony*, tłum. M. Żurowska, Poznań 1993.
- VIAN Boris, *I wykończymy wszystkich obrzydliwców*, tłum. M. Puszczewicz, Warszawa 1990.
- VIGARELLO Georges, *Historia zdrowia i choroby od średniowiecza do współczesności*, Warszawa 1997.
- WAŃKOWICZ Melchior, *Szczeniące lata*, Warszawa 1972.
- WASILEWSKI Jerzy Sławomir, *...Po śmierci wędrować. Szkic z zakresu etnologii świata znaczeń*, „Teksty” 1979, nr 3, s. 97–108.
- WILLS Christopher, *Żółta febra, czarna bogini. Koewolucja ludzi i mikrobow*, tłum. M. Koraszewska, Poznań 2001.
- WILSON Michael, *Zdrowie, postawy i wartości*, [w:] *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, red. H. Bortnowska, Kraków 1984, s. 32–51.
- WITOS Wincenty, *Moje wspomnienia*, Warszawa 1978.
- WRZOSEK Wojciech, *Historia – kultura – metafora. Powstanie nieklasycznej historiografii*, Wrocław 1995.
- WYCISK Jowita, *Anoreksja – popularny sposób (nie)istnienia*, [w:] *Kobiety w kulturze popularnej*, red. E. Zierkiewicz, I. Kowalczyk, Wrocław 2002, s. 109–114.
- ZALESKI Wincenty, *Święci na każdy dzień*, Warszawa 1996.
- ZAORSKA Barbara, *Rozmowy z dziećmi umierającymi na choroby nowotworowe*, [w:] *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 2, red. B. Płonka-Syroka, Wrocław 1999, s. 66–74.
- ZAPIEWAŁOW Walentin, *Panika na Zachodzie albo co się kryje za sensacją AIDS*, [w:] *AIDS – fakty, opinie, prognozy (wybór artykułów publicystycznych)*, red. K. Fekecz, Warszawa 1987, s. 16–20.
- ZYBERTOWICZ Andrzej, *Przemoc i poznanie*, Toruń 1995.
- ZYBERTOWICZ Andrzej, *Przyrodoznawstwo a humanistyka w ujęciu teorii kultury*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Historią Medycyny” 1996 t. 2, z. 2, s. 5–49.
- ŻMIJEWSKI Artur, *Morbus hodgkin – choroba na śmierć*, „Magazyn Sztuki” 1996, nr 2, s. 135–139.
- ŻMIJEWSKI Artur, *Und morgen die ganzen Welt... O wystawie JA i AIDS*, „Magazyn Sztuki” 1996, nr 2(10), s. 262–267.

ANEKS

1. WYKAZ MIEJSCOWOŚCI, Z KTÓRYCH POCHODZILI RESPONDENCI

a) Śląsk Cieszyński

Bocanovice	Bystřice
Dolní Lómna	Hrádek
Košařiska	Milíkov
Navsi	Navsi-Jaseni
Navsi-Potoky	Navsi-Jablonkov

b) Dolny Śląsk

Bagieniec	Bolesławice
Bożanowice	Domanice
Gola Świdnicka	Gołoszyce
Kalno	Kielczyn
Krasków	Marcinowice
Mościsko	Mrowiny
Nowizna	Panków
Pieszycy	Pożarzyska
Przemków	Sulisławice
Szprotawa	Śmiałowice
Świdnica	Tuszyn
Wałbrzych	Wierzbna
Wiśniowa	Wrocław
Zacisze	Żarów

2. KWESTIONARIUSZ DO BADAŃ PRZEPROWADZONYCH W LATACH 2001–2003 NA TERENIE ŚLĄSKA CIESZYŃSKIEGO I DOLNEGO ŚLĄSKA

Wyobrażenia o chorobie i jej przyczynach

Celem badań jest uzyskanie jak najpełniejszego obrazu choroby i jej wyobrażeń obecnych współcześnie w kulturze. Należy zebrać informacje, najlepiej w toku luźnej rozmowy, o tym, czym jest choroba, jaki jest przebieg choroby, jak traktowana jest osoba chora itd. Poniżej podane są pytania, które powinny być zadane w trakcie rozmowy, jednak, jeśli będzie to możliwe, nie wprost i bez sugerowania odpowiedzi.

I. Informacje ogólne o informatorze

- imię i nazwisko
- wiek
- adres
- wykształcenie
- wyznanie
- emigrant czy miejscowy

II. Poglądy na przyczyny chorób u ludzi

1. Czym jest choroba dla informatora? (czy jest może bytem konkretnym, czymś namacalnym, czy tylko wyobrażeniem istniejącym jedynie w głowie osoby ją spostrzegającej)
2. Jakie jednostki chorobowe są znane informatorowi? (w miarę możliwości spróbować stwierdzić, czy nazwy chorób odpowiadają ogólnie przyjętej terminologii)
3. Jakie mogą być przyczyny chorób?
 - racjonalne – zakażenie, przeziębienie, niewłaściwa dieta, zmartwienie
 - magiczne – np. czary, uroki, złe spojrzenie
 - siły nadprzyrodzone – „kara boska”, „diabelskie moce”(nie sugerować tych odpowiedzi, spróbować uzyskać informacje o jakichś ciekawych przypadkach i w całości je zanotować)
4. Jaka śmierć jest „lepszą”: ze starości czy od jakiejś konkretnej choroby?
5. Czy znane są jakieś sny zapowiadające chorobę? (jakie – przykłady)
6. Czy znane są inne oznaki wróżące chorobę danej osoby lub w rodzinie?
7. Czy istnieją lub istniały (z opowieści ludowych) wyobrażenia o wyglądzie konkretnych chorób, np. cholery, febry, morowego powietrza? (chodzi o konkretne opisy, które przedstawiają chorobę jako osobę, zwierzę...)
8. Czy znane są jakieś opowieści lub przysłowia dotyczące choroby, osób chorujących oraz osób leczących?

9. Czy określano nazwą jakiejś choroby konkretne osoby lub grupy osób?
10. Czy znani są święci patroni chroniący przed chorobą? (np. św. Błażej od gardła, św. Roch i Sebastian od dżumy; podać jaki święty od jakiej choroby)
11. Co powoduje, że w niektórych przypadkach podejmuje się samodzielne próby leczenia?
 - nieufność w stosunku do lekarza, nie pytać – chyba że sami zasugerują
 - lekarz nie będzie w stanie pomóc
 - nie trzeba chodzić z każdym przypadkiem do lekarza
 - sami sobie poradzą
12. Jaki jest stosunek informatora do lekarzy i ogólnie do państwowej opieki zdrowotnej? – nie zadawać pytania wprost, bo sugeruje, że mają jakikolwiek stosunek. Jeśli informator pochwali lub poskarży się na opiekę medyczną w miejscowości zapisać.
13. Czy są we wsi lub w okolicy ludzie udzielający pomocy chorym?
14. Czy są to specjaliści od konkretnych przypadłości, jeżeli tak to jakich?
15. W jakich przypadkach ludzie udają się do znachorów po pomoc – podać konkretne przypadki?

III. Choroby XX wieku: AIDS, BSE (choroba Creutzfeldta-Jakoba), Alzheimer, anoreksja, bulimia, borelioza, pryszczycza, SARS

1. Czy wiadomo informatorowi, co jest przyczyną zachorowań na chorobę Creutzfeldta-Jakoba, zwaną potocznie chorobą „wściekłych krów”?
2. Czy choroba „wściekłych krów” wpłynęła w jakiś sposób na zmiany w diecie (zwłaszcza na zmniejszenie spożycia wołowiny)?
3. Czy znane są jakieś dowcipy lub opowieści dotyczące choroby „wściekłych krów”?
4. Czy informator wie, jakie są objawy choroby Alzheimera (charakteryzuje się zaburzeniami pamięci)?
5. Czy wśród krewnych lub znajomych informatora znajduje się osoba, która cierpi na chorobę Alzheimera?
6. Jaki jest stosunek osób zdrowych do osób cierpiących na Alzheimera?
7. Czy informator wie, czym jest anoreksja?
8. Czy informator wie, czym jest bulimia?
9. Czy wiadomo, czym się różni anoreksja od bulimii?
10. Czy choroby te kojarzą się z jakąś konkretną grupą zawodową?
11. Czy wiadomo, co to jest borelioza? (krętkowica kleszczowa, choroba przenoszona przez kleszcze; zmiany skórne, dolegliwości stawowe, zapalenie opon mózgowych, mięśnia sercowego, niekiedy zaburzenia psychiczne i niedowład)
12. Czy w związku z tym bardziej obawiają się wejścia na teren zalesiony?
13. Czy wiadomo, co powoduje zakażenie wirusem HIV?
14. Czy informator wie, czym różni się AIDS od HIV? (najczęściej traktują jako jedną chorobę, nie rozróżniają przyczyny od skutku)

15. Jaki jest stosunek osób zdrowych do osób zakażonych wirusem HIV?
16. Czy sposób traktowania osób chorych na AIDS jest zależny od sposobu zakażenia – narkoman, homoseksualista, osoba zakażona poprzez transfuzję krwi, niemowlę chorej matki?
17. Czy gdzieś w pobliżu znajduje się ośrodek dla osób chorych na AIDS?
18. Jak odniesiono by się do pomysłu stworzenia takiego ośrodka w sąsiedztwie domostw informatorów?
19. Czy przeszkadzałaby informatorowi świadomość, że osoba, z którą pracuje lub chodzi do szkoły, jest zarażona wirusem HIV?
20. Czy informator obawia się osobistego kontaktu z osobą zakażoną wirusem HIV – czym jest ten lęk spowodowany?
21. Gdyby można było wyobrazić sobie AIDS pod jakąś postacią, np. zwierzęcia, jakie byłoby to zwierzę?
22. Czy informator zna jakieś przykłady z literatury popularnej lub filmów, w których główne postacie są osobami cierpiącymi na jakąś konkretną chorobę?
23. W jaki sposób informator ocenia postawę danej postaci?
24. Czy informator wie, czym jest SARS?
25. Czy wiadomo, w jaki sposób rozprzestrzenia się SARS i gdzie?
26. Czy istnieje obawa, że choroba ta dotrze do Polski?

„W pandemicznym okresie słowa medycyna, choroba, epidemia, wirusy odmie-
niane są przez wszystkie przypadki. Wobec ogromu dostępnej wiedzy próbujemy
sobie to wszystko uporządkować, nadać tym informacjom przyjemniejsze, przy-
stępniejsze formy. Zastępujemy niezrozumiałą, niepełną, zbyt naukową wiedzę
czymś prostszym, bliższym nam, co pozwoliłoby łatwiej wyjaśnić występujące
zjawiska, a nawet obecność i rolę człowieka we wszechświecie. Próbuje-
my pokazać podobieństwo świata do obrazów i wyobrażeń mitycznych, nadajemy im reli-
gijnych znaczeń, przez co nabierają one symbolicznego wymiaru, stają się skład-
nikiem większej całości. Są nam bliższe, opisane prostszym językiem, przez co
łatwiej się z nimi identyfikujemy, akceptujemy i rozumiemy je. Pamiętać jednak
należy, że mityzacja choroby, czyli zastępowanie niepełnej wiedzy mitem, zmie-
niać może kontekst znaczeniowy, dodaje mu bowiem cech, których w rzeczywi-
stości nie posiada. Zarazem jednak uświadamia nam nasze własne ograniczenia.

Książka (...) pozwala nam tę wiedzę uporządkować, wyjaśnić i zrozumieć
jej historyczny kontekst. Autorka stara się nam udowodnić, iż nasze myślenie,
mimo że nawiązuje do znanych i akceptowanych przez środowisko tematów,
ciągle ewoluuje, zmienia się.

Praca stanowi ciekawy dyskurs, jak zmienia się nasze spojrzenie na chorobę,
jak próbujemy z nią walczyć, ale jednocześnie oswoić. (...) pozwoli czytelnikowi
spojrzeć na mityzację, nie tylko jako zagadnienie dawne, marginalne, ale uświa-
domi mu, że mimo różnych przemian nadal chcemy żyć czy żyjemy w pewnym
mieście, z którego chyba nie chcemy do końca się obudzić. Magicznymi sposobami
próbujemy chorobę przegonić albo obłaskawić. Szczególnie w przypadkach
trudnych, beznadziejnych ludzie pragną znaleźć jakieś alternatywne leczenie,
skuteczniejsze, bardziej dla nich zrozumiałe. Zapewne dlatego tak chętnie się-
gają do ludowych sposobów leczenia, do medycyny niekonwencjonalnej i to po-
mimo ogromnego postępu medycyny. O tej popularności świadczy chociażby
liczba wyświetleń, po wpisaniu w wyszukiwarkę hasła medycyna alternatywna,
sięgająca prawie 10 milionów (dane na 26.05.2021 r.). Choroba nadal bywa dla
nas niezrozumiała, obca, a leczenie często według naszej opinii nieskuteczne.
Nie dziwi zatem, że ciągle obracamy się w kręgu choroby jako metafory”.

Z recenzji dr hab. Anny Marek

e-ISBN 978-83-7055-666-2



9 788370 556662



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU