

Annette Siemes
Uniwersytet Wrocławski

Zdrowie jako motyw procedur normalizacyjnych w komunikacji – perspektywy badawcze na podstawie analizy egzemplifikacji

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie możliwości wielopoziomowej analizy tego, w jaki sposób zdrowie jest konstruowane komunikacyjnie i jak badania mogą pomóc przy identyfikacji środków i zabiegów używanych dla ustalenia granic normalności odnośnie zdrowia. Oznacza to, że odpowiednio skonstruowane badania empiryczne mogą nie tylko służyć stwierdzeniu aktualnej wersji tego konstruktów, lecz jednocześnie wyjaśnić, jak granice normalności tego (lub jakiegokolwiek innego) tematu komunikacji są modyfikowane i negocjowane w aktualnych kontekstach społeczno-historycznych oraz medialnych.

Aby usystematyzować podejście i znaleźć perspektywę pozwalającą na poznanie tych zagadnień, możemy najpierw wyróżnić odpowiednie formy i możliwości zastosowania lub manifestacji pojęcia zdrowia. Z jednej strony mamy do czynienia z pojawianiem się zdrowia jako tematu komunikacji, to znaczy z mówieniem o tym, co jest uznawane za zdrowe/niezdrowe odnośnie zachowań oraz stanów fizycznych i psychicznych jednostek, a także to, w jakich sytuacjach coś powinno być lub jest klasyfikowane jako choroba. Jeśli chcemy badać temat z tak szerokiej perspektywy, możemy to zrobić na różnych poziomach analizy. Dokonując luźnego przeglądu przypadkowo wybranych materiałów medialnych (egzemplifikacje zostaną omówione niżej), zauważa się podejście, według którego życie jest ujmowane jako choroba, względnie jako proces ciągłego dbania o zdrowie, które staje się koniecznym, aby nie stać się chorym. W związku z tym określić można problem badawczy sposobów komunikacyjnego modelowania pojęcia zdrowia oraz konstruowania punktów nawiązań, łączących to pole tematyczne (pole normalności) z innymi tematami. Powstaje zatem pytanie, w jaki sposób temat zdrowia i choroby jest integrowany w różne inne konteksty tematyczne, czy jest z nimi łączony,

gdzie i jak zdrowie i choroba są aktualizowane, a także w jaki sposób produkowana jest nawiązywalność dalszych komunikacji? Tym tematem można zajmować się za pomocą ogólnej analizy dyskursu, na podstawie materiałów medialnych, reklam lub też różnych tekstów dostępnych w internecie.

Inny, równie szeroki obszar w ramach badania zdrowia/choroby jako bezpośredniego tematu komunikacji stanowiłyby struktury i mechanizmy komunikacyjne w branżach/subsystemach społecznych związanych z ochroną zdrowia: branża farmaceutyczna, koncerny, lekarze, psychologowie i psychoterapeuci itd. Z perspektywy badań komunikacji odnośnie tego poziomu przede wszystkim analizowano by teksty i inne materiały z zakresu (strategicznej) komunikacji firm i organizacji oraz – dla uzupełnienia i w celu triangulacji perspektyw badawczych – przeprowadzano ankiety lub wywiady wśród osób zajmujących się tym tematem zawodowo.

Z drugiej strony zdrowie może odgrywać rolę motywu i folii interpretacyjnej, obecnej np. w postaci metafor, w tle wypowiedzi traktujących o innych tematach. Wtedy można rozumieć zdrowie jako koncept będący częścią programu komunikacji (medycyna), regulujący między innymi sposoby modelowania obszarów, na których zostaje zastosowany – i to nawet wtedy, kiedy te obszary są zasadniczo inne¹. Oznacza to, że jeśli mówi się o kontekstach gospodarczo-ekonomicznych, stosując element pochodzący z programu komunikacji, medycyna (mówiąc np. o *kryzysie* gospodarczym) ukierunkowuje się na możliwość dalszego myślenia i mówienia o danym temacie. Traktując wydarzenia jako kryzys, jako decydujący moment w rozwoju ciężkiej choroby systemu (organizmu), określone zostają tym samym stosowne warunki, które jednak w przypadku zwycięstwa nad nią się skończą, po czym możemy, zakładając całkowity powrót do zdrowia, żyć dalej jak przedtem, czyli normalnie. Zasadniczej przebudowy systemu się nie przewiduje, celem nadrzędnym staje się ratowanie organizmu i jego życiowych funkcji. Jeśli więc traktujemy coś jako chore, oznacza to jednocześnie, że w tle funkcjonuje koncepcja określonego stanu normalnego, którego nie wolno kwestionować. Przy tym samo słowo „zdrowie” nawet nie musi się pojawiać.

Zdrowie jako folia interpretacyjna pojawia się jednak również wprost, np. w materiałach na temat zdrowego stylu życia, zwłaszcza w mediach lifestyle’owych, gdyż definicja zdrowego trybu życia siłą rzeczy zakłada to, co mniej zdrowe lub niezdrowe (zatem niekiedy też bywa związane z konstruowaniem patologii). Koncept zdrowia manifestuje się zarówno w klasycznych tekstach medialnych o różnych tematach, nie tylko o zdrowiu, jak i w reklamach leków dla zwykłego konsumenta, suplementów diety itp. (por. ilustracja 1).

¹ Więcej na temat konceptów jako elementów sterujących komunikacji por. Fleischer 2008.

Już przy luźnym przeglądzie przypadkowych materiałów można bez większego trudu znaleźć mnóstwo ewidencji dla obydwóch form funkcjonowania zdrowia w komunikacji – zdrowie jako temat oraz pośredni motyw regulujący komunikację w funkcji konceptu – zatem można by również gromadzić dane dotyczące określonych aspektów na szerszej podstawie. Niniejszy artykuł poświęcony jest dalszej charakterystyce takich konkretnych zagadnień i problemów badawczych za pomocą analizy egzemplifikacji.



Ilustracja 1. Denormalizacja codziennych zjawisk i wprowadzenie tematu zdrowia w reklamie

Źródło: plakat reklamowy, zdjęcie własne, Wrocław 2014.

Ograniczenie zjawiska i jego zależność od konceptów

Spójrzmy więc na to, w jaki sposób jednostki i instytucje społeczne biorą udział w procesie denormalizacji różnych stanów bycia oraz normalizacji podejścia, w ramach którego ciągłe dbanie o zdrowie staje się normalnym (por. ilustracja 1). Wprowadzane jest w związku z tym stałe założenie, że bez specjalnego dbania o zdrowie automatycznie będziemy chorzy i że wsparcie specjalistów, którzy nam pomogą, jest całkiem normalnym przedsięwzięciem, a nie wyjątkiem.

Pierwsze egzemplifikacje mają pokazać, na jak drobnych przesunięciach może polegać uruchamianie tego procesu.

Leczenie niepłodności²

Zdaje się, że zasadniczym punktem modelowania pojęć zdrowia i choroby jest ustalanie granicy normalności nie według zasady, że normalne jest to, co występuje w przyrodzie, lecz według określonych oczekiwań odnośnie tego, „jak ma być, bo...”. Niepłodność jest przy tym tylko przykładem, na podstawie którego zabieg ten może stać się bardziej widoczny, gdyż tu (jeszcze) niekoniecznie oczekiwalibyśmy klasyfikacji zjawiska jako choroby. Natomiast w przypadku nowotworu, który również występuje w przyrodzie, już bardziej oczywiste może nam się wydawać traktowanie tego naturalnego zjawiska jako nienormalnego i niepożądanego, a więc wymagającego leczenia.

Przy okazji tej pierwszej egzemplifikacji możemy sobie wyobrazić, że za komunikacyjnymi zabiegami związanymi z określeniem zdrowia i choroby siłą rzeczy stoją struktury i instytucje mające w tym swój interes, gdyż plakat reklamuje placówkę oferującą usługi w zakresie – neutralnie mówiąc – rozmnażania się.

Zdrowie więc modelowane jest jako funkcjonowanie ciała (aspektem psychiki zajmę się później) w ramach określonych oczekiwań oraz oczekiwanych wartości. W społeczeństwie, w którym obserwować można oddziaływanie elastycznego normalizmu, polegającego na ciągłym ustalaniu i negocjowaniu (granic) normalności za pomocą danych i informacji, takie wartości często są wyrażane jako mierzalne wskaźniki liczbowe, określające obszary i granice tolerancji dotyczące normalności w konkretnych dziedzinach, oraz podlegają ciągłym ustaleniom i modyfikacjom. Odchodząc na chwilę od egzemplifikacji językowych, również obserwacja takich granic i analiza ich modyfikacji w czasie mogą pomóc w identyfikacji ogólnych tendencji konstruktów zdrowia. Skoro

² Napis na plakacie reklamowym pod Zawierciem, 2015.

stan zdrowia jest monitorowany, np. za pomocą mierzenia ciśnienia krwi czy poziomu cholesterolu lub cukru we krwi, zdumiewający może być fakt, że granice wartości chorobowych z uwagi na wszystkie trzy wymienione tu aspekty uległy w ostatnich latach zawężeniu (por. tabela 1).

Tabela 1. Zmiana ograniczenia zakresu normalności – ciągłe zawężanie granic

Granica wartości chorobowych dla ciśnienia krwi (mmHG)					
160/95		140/90		130/85	
1980 r.		1990 r.		2000 r.	
Granica poziomu cukru we krwi (mg/dl)					
144		140		126	
1980 r.		1985 r.		1999 r.	
Granica poziomu cholesterolu we krwi (LDL, mg/dl)					
240	190		160		130
1975 r.	1985 r.		1995 r.		2004 r.

Źródło danych: *Alles wissen* (2015).

Kolejny raz mamy do czynienia z przesunięciami, które na pierwszy rzut oka mogą się wydawać drobne, względnie odnoszące się do nieistotnych aspektów tematu zdrowia. Stają się one jednak ciekawe ze względu na wspólną tendencję zawężania obszaru normalności, która jednocześnie oznacza rozszerzanie pola działań dla odpowiednich instytucji oraz możliwość produkcji nowych wypowiedzi. W pierwszym momencie można pomyśleć, że owo zawężanie granic normalności przemawia przeciwko tezie analityka normalności Jürgena Linka, według której rozszerzanie granic tolerancji i pól normalności w obszarze elastycznego normalizmu leży w interesie systemu, gdyż obniża liczbę przypadków, w ramach których interwencje są potrzebne, co zwiększa w rezultacie integrację społeczną. Punktem wyjścia tego twierdzenia było jednak zaznaczenie różnicy między normami i innymi sztywniejszymi ograniczeniami normalności (zakazy itd.), które w ramach elastycznego normalizmu i pluralistycznych społeczeństw mogą w różnych dziedzinach ulegać rozmiękczeniu i zostać przeniesione

na kontinuum³. W odniesieniu do pokazanych wartości mamy do czynienia z kolejnym zjawiskiem i elementem normalizmu – ciągłym opracowywaniem skal oraz gromadzeniem danych i negocjowaniem (adiustacją) obszarów normalności na podstawie powstających wartości. W ramach koncepcji elastycznego normalizmu, opisując i charakteryzując go jako element nowoczesnych społeczeństw, Link dostarcza wyjaśnienia tego, w jaki sposób zdrowie – komunikacyjnie – jest konceptem i jednocześnie jego obserwacja zawsze oznacza sytuowanie się na tle innych konceptów, np. konceptu postępu, cywilizacji lub nowoczesności:

Bez wątplenia nie dlatego, ponieważ pojęcie ciśnienia krwi, a szczególnie techniczna i ekonomiczna możliwość mierzenia go w sposób rutynowo reprezentatywny (to znaczy też u biednych jednostek masowych), są wyłącznie nowoczesnymi zdobyczami, lecz ponieważ bez tych naukowych, technicznych i ekonomicznych możliwości normalne, podnormalne i nadnormalne ciśnienie krwi, ani jako słowo, ani jako obiekt w ogóle, nie mogłoby istnieć (Link 2013: 47).

Koncept bowiem, jako konieczny warunek „istnienia”, czyli funkcjonowania tematu zdrowia w komunikacji (trzeciej rzeczywistości), wespół ze wszystkimi dodatkowymi uwarunkowaniami i stabilizującymi go konstruktami (jak ciśnienie krwi itd.), zazwyczaj może lub nawet musi funkcjonować w tle wypowiedzi jako niewidoczna przesłanka. Staje się on widoczny tylko wtedy, kiedy inne, jeszcze ogólniejsze, przesłanki używane w komunikacji znikają. Pokazuje to wyraźnie następująca egzemplifikacja, dotycząca wypadku speleologa w głębokiej jaskini, z której został uratowany po kilkudniowej akcji. W jednej z wiadomości na ten temat pojawił się tekst mówiący, że speleolog [...] doznał uszkodzeń czaszki i mózgu około 12 godzin z dala od wszelkiej cywilizacji⁴.

Diagnoza, która jest częścią wypowiedzi, mogła zostać sformułowana tylko na podstawie kompleksowej cywilizacji i jej osiągnięć na polu medycyny. Ofiara wypadku (kolejny konstrukt związany ze zdrowiem i cywilizacją) może zatem być odcięta od społeczeństwa (cywilizacji) tylko geograficznie, lecz – jak się okazuje – nie konceptualnie i komunikacyjnie. Analiza ta ilustruje jako efekt uboczny powiedzenie przypisane Paulowi Watzlawickowi, że nie ma ucieczki od komunikacji i społeczeństwa.

³ „Podczas kiedy religijna lub klasycznie prawna «norma» definiuje określone zachowanie (np. aborcję) jednoznacznie jako albo dopuszczalne, albo niedopuszczalne, to («codzienne») pytanie na temat «normalności» aborcji zadaje się całkowicie inaczej. A mianowicie, czy aby faktyczne zachowanie uznane być może za «tolerowalne» i «akceptowalne», czy też pilnie musimy interweniować. Podczas kiedy normatywność porusza problem tolerancji ogólnie i zasadniczo, normalność pracuje przy pomocy (pseudo-technicznych) tolerancji” (Link 1998: 21–22).

⁴ „[...] erlitt ein „Schädel-Hirn-Trauma, rund 12 Stunden entfernt von jeglicher Zivilisation“ – Tageschau, telewizja ARD, 19.06.2014.

Łączy się to z konstruowaniem zdrowia jako ciągłej (stałej) sprawności społecznej w sensie udziału w codziennych kontekstach społecznych, takich jak praca, życie prywatne, rodzinne itp. Można odnotować także tendencję, według której chwilowe wyłączenie się indywiduum z tych kontekstów jest coraz mniej akceptowane i coraz szybciej klasyfikowane jako nienormalne i wymagające specjalistycznej interwencji (leczenie, porady specjalistów itd.). Przykładem może być aprobowany z perspektywy psychologii okres żałoby po stracie bliskiej osoby, który w aktualnym amerykańskim podręczniku DSM-V dla klasyfikacji i diagnozowania zaburzeń psychicznych został skrócony do dwóch tygodni (por. Cieśla 2013). Według tych dyrektyw, jeśli ktoś, by tak rzec, smuci się dłużej, to powinien leczyć depresję. I nawet jeżeli ów podręcznik „nie może być podstawą do formułowania diagnoz w Polsce (obowiązuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, opracowana przez WHO)”, to jednak „wpływa na kierunki myślenia” (Cieśla 2013: 22). Przykład ten uzmysławia dodatkowe trudności określania zdrowia, kiedy mówimy o nim w kontekście psychologii oraz odnośnie stanów psychicznych. Również w tym wypadku powstaje problem określania i ograniczania normalności oraz arbitralności owego ograniczania, zależnego np. od czynników społeczno-historycznych.

I tak psychiatria i psychoterapia twierdziły od XIX wieku, że są w stanie naukowo opisać psychiczną normalność i anormalność. Zarówno konstytucja tego obiektu w ogóle, jak i konkretne pozycjonowanie granicy normalności często się jednak zmieniały. Takie zmiany sytuowały się zawsze w ścisłym związku ze zmianami w ogólnokulturowym, interdyskursywnym wyobrażeniu normalności i były przez nie determinowane (Link 2001: 80).

W społeczeństwach wysoko zmediatyzowanych człowiek ma ciągłą możliwość monitorowania własnej sytuacji na tle innych, czytając chociażby o najnowszych trendach dotyczących zdrowego stylu życia oraz chorobach, których dzięki temu stylowi można uniknąć, albo będąc konfrontowanym z danymi zbiorczymi na te tematy, jak i z różnymi narracjami dotyczącymi konkretnych przypadków i indywidualnych losów wybranych bohaterów. Normalność w takim kontekście jest ciągle negocjowana na podstawie licznych komunikacji na ten temat, ich dostępności oraz możliwości udziału w nich, np. na forach internetowych. Wynikające z tego zwiększanie niepewności jednostek odnośnie (nie)normalności własnego stanu omawia artykuł *Psychochondria*, z następującym tekstem wprowadzającym:

W ubiegłorocznych badaniach CBOS jedna trzecia Polaków wyznała, że martwi się o swoje zdrowie psychiczne. Prawdziwy problem w tym, że często niesłusznie (Cieśla 2013: 21).

Tekst ten zwraca uwagę na problematykę rosnących możliwości ludzi do ciągłej obserwacji samych siebie na tle innych oraz wynikającej z tego teoretycznej możliwości

autoadiustacji własnych zachowań i nastawień. Przy czym większość z pojawiających się w mediach ofert komunikacyjnych obchodzi się z tematem zdrowia mniej refleksyjnie niż cytowany tekst, zwracający uwagę na powstałe problemy. Zazwyczaj tematy związane ze zdrowiem/chorobą omawiane i prezentowane są wyłącznie z perspektywy wewnątrzsystemowej. Jest ona również stosowana w tekstach, które można zaklasyfikować jako doradcze lub relacjonujące, pokazujące pewien fenomen zdrowotno-chorobowy, łącząc go z historią konkretnych bohaterów i/lub doradzając w zakresie zdrowego stylu życia i sprawach zdrowotnych.

Jako podstawę dla następnych egzemplifikacji i dalszej analizy przytaczam tu dwa artykuły pochodzące z typowego, przypadkowo wybranego wydania darmowej prasy doradczo-zdrowotnej lub – ogólnie mówiąc – lifestyle'owej, przeznaczonej dla klientów niektórych sieci sklepów, w tym wypadku – drogerii⁵. Pierwszy artykuł traktuje o pracoholizmie i opublikowany został w rubryce *Raport* (Klinger 2015). Tekst ten omawia wyróżnione przez psychologów zjawisko uzależniania się od pracy. We wstępie charakteryzuje pracoholików jako nałogowców potrzebujących pomocy. Z perspektywy badań komunikacji ciekawe jest, jak w owym artykule dane zjawisko łączy się z konceptem zdrowia i klasyfikowane jest jako choroba oraz jakie procedury normalizacyjne są z tym związane.

Podobnie jak w tekstach tego typu, lecz o innych tematach, również niniejszy artykuł stanowi tylko przykład i nie ma być krytykowany „jako taki” merytorycznie, a zbadany ze względu na pojawiające się w nim zabiegi normalizacyjne. Przy analizie abstrahuję od tego, że zarówno obserwowane zjawisko, jak i podobne ludzkie problemy życiowe i zdrowotne mogą oczywiście z perspektywy medycyny, psychologii i – czasem – jednostki wymagać profesjonalnej pomocy, ukierunkowanej przez odpowiednią diagnostykę i wiedzę specjalistyczną na dany temat. Nie krytykuję zatem pracy psychologów i lekarzy, której nie mogę i nie chcę oceniać, lecz analizuję wzory komunikacji i związane z nimi efekty na poziomie społeczno-komunikacyjnym. Do nich między innymi zaliczyć można wyżej wspomniane automonitorowanie jednostek ze względu na prowadzony styl życia i pojawiające się w komunikacji oferty namawiające do oceniania własnej sytuacji na tle społecznym, a także wynikające z tego tendencje formułowania diagnoz na własną rękę oraz traktowania całego życia jako potencjalnego problemu zdrowotno-chorobowego i bycia gotowym do konsumpcji odpowiednich ofert medialnych i rynkowych.

⁵ Egzemplifikacje cytowane w dalszym ciągu artykułu pochodzą z dwóch tekstów (raport oraz wywiad) opublikowanych w piśmie „Skarb Rossmann”, rozdawanym klientom drogerii Rossmann.

W tym kontekście cytowane tu teksty uzyskują dodatkowe znaczenie i mogą dostarczyć materiał empiryczny pozwalający na obserwację szerszych dyspozycji. Tekst służący tu jako przykład zajmuje się najpierw określeniem zjawiska pracoholizmu i jego klasyfikacją jako chorobliwej zmiany w zachowaniu człowieka. Jednym ze stosowanych tu zabiegów jest porównanie danego zachowania – w naszym wypadku nadmiernego poświęcania się pracy zawodowej – z zachowaniem, które jest klasyfikowane jako chorobliwe i odbiegające od normalności, a mianowicie z transem narkotykowym. (Po raz kolejny widzimy, że mamy tu do czynienia z ograniczeniem uwarunkowanym wiążącymi ramami normalności w danej wspólnotie, gdyż trans narkotykowy w zależności od obowiązującej tradycji może być pożądanym stanem wybranych jednostek danej zbiorowości. Mniejsza o to, że również u nas celowe nadużywanie substancji zmieniających świadomości jest w określonych sytuacjach normalizowane, a czasem nawet społecznie sankcjonowane – jak w przypadku upijania się na uroczystościach i imprezach okolicznościowych).

Kolejny zabieg, który można zaobserwować w tekstach tego typu, to podkreślenie braku świadomości wśród – pozostając w ramach metaforyki – zarażonych i jednocześnie dosłowne określenie zjawiska jako choroby:

[...] większość nie zdaje sobie sprawy, że ich choroba niewiele różni się od nałogowego hazardu czy alkoholizmu (Klinger 2015: 71).

Tylko nieliczni wiedzą, że powinni się leczyć (Klinger 2015: 71).

Również w drugim tekście, dotyczącym nadwagi i otyłości, widoczny jest podobny schemat (Kucucha 2015). Nie oznacza to, że mam zamiar porównywać oba tematy z perspektywy medycznej czy stawiać je na jednym poziomie, bez wątplenia są one różne; jednakże wzory i zabiegi komunikacyjne, jakie zastosowano w nich w kontekście zdrowia i choroby, częściowo się pokrywają. Na początku tego artykułu (wywiadu) jako główne przyczyny nadwagi podano „przejadanie się” oraz brak ruchu – czynniki dotyczące zachowania i organizacji życia – natomiast w dalszej części mówi się o nadwadze jako chorobie, którą należy leczyć:

Szacuje się, że na nadwagę i otyłość choruje ok. 60 proc. Polaków i blisko 50 proc. Polek. [...] wzrost zachorowań występuje u osób młodych, w wieku 20–39 lat (Kucucha 2015: 100).

Z chorobą się nie walczy, tylko ją leczy. A otyłość jest chorobą często o złożonych przyczynach. [...] Wiele osób nadal nie postrzega otyłości jako choroby [...] (Kucucha 2015: 101).

Z perspektywy odpowiednich subsystemów społecznych (medycyna, psychologia, doradztwo w zakresie odżywiania się) zabieg diagnozowania choroby może być całkiem sensowny, gdyż umożliwia systematyczne podejście (i zabezpiecza dalsze istnienie subsystemu). Ma on funkcję ukierunkowującą ciąg decyzji i działań. Z perspektywy komunikacji natomiast określenie czegoś jako X ma funkcję produkowania nawiązywalności, otwierania pola semantycznego, którym następnie można operować komunikacyjnie, nawiązując do wypowiedzi. Innymi słowy, za stosowaniem danego określenia idzie określona metaforyka i – w innych kontekstach niż w specjalistycznym – metaforyka ta wysuwa się na pierwszy plan. A zatem mówienie o czymś jako o chorobie ukierunkowuje sposoby dalszego mówienia w polu semantycznym zdrowia i choroby, a zapobiega myśleniu w ramach innych kategorii. *Pośrednio* z tekstu może wynikać, że leczenie w danej sytuacji polega na trwałych zmianach tego, co i jak się robi, i tego, co i jak się je; niemniej jednak struktura semantyczna tekstu, sieć nawiązań, którą oferuje, powstała na folii semantycznej zdrowia i choroby, i aktywowanych przez nią u interlokutorów wyobrażeń.

Jednym z zabiegów komunikacyjnych służących argumentacyjnemu wspieraniu wprowadzanej w komunikację wersji rzeczywistości, np. przy określaniu konkretnego zjawiska jako choroby, jest podawanie dodatkowych wyjaśnień i powodów motywujących istnienie danego zjawiska. Przy tym uzasadnienia te posiadają niekiedy jedynie strukturę wymaganą przy stosowaniu uzasadnień (coś jest takim, ponieważ...). Przyglądając się dokładniej danej wypowiedzi, okazuje się, że spełnia ona jedynie formalne warunki uzasadnień, łącząc mechanicznie dwa zdania odpowiednim operatorem językowym; natomiast merytoryczne uzasadnienie się nie pojawia. Ilustruje to kolejna egzemplifikacja.

Od lat 90., przy nowym systemie pracy, łatwo wpaść w nałóg, bo okazji, aby się ujawnił, jest wiele (Klinger 2015: 71).

Zabieg ten został już przeze mnie zaobserwowany w ramach innych badań i zdaje się zatem istotnym elementem komunikacyjnych procedur normalizacyjnych. Polega on na zestawianiu ze sobą różnych twierdzeń niestojących w relacji przyczynowo-skutkowej, łącząc je jedynie słowem „bo”⁶. W dłuższym tekście taka sprzeczność (czy brak kongruencji) niekoniecznie rzuca się w oczy. Otoczone innymi wypowiedziami twierdzenia

⁶ Wypowiedzi te są równocześnie przykładem stosowania wzoru argumentacyjnego „kluski śląskie”, nazywanego tak ze względu na wyjściową egzemplifikację, na podstawie której został sformułowany w postaci zgeneralizowanej zasady. Argumentacje według wzoru „kluski śląskie” okazują się więc w pewnym sensie samowystarczalne, to znaczy posiadają wewnętrzną logikę, która – jeśli polegamy na tym, co zostało powiedziane – może wydawać się niezależna od zewnętrznych systemów odniesień i nie wymaga zewnętrznego potwierdzenia (por. Siemes 2013: 130–142, szczególnie 141).

takie mogą bez problemu funkcjonować jako uzasadnienie, gdyż formalnie zostały poprawnie skonstruowane. Pojawianie się tego typu konstrukcji językowych w komunikacji, strukturalnie acz niekoniecznie treściowo logicznie poprawnych, przemawia za tym, że dla spełnienia określonych funkcji (np. aby coś uczynić komunikacyjnie nawiązywalnym lub zaznaczyć prawdziwość danej wypowiedzi) może wystarczyć poprawne „obsługiwanie” pewnych schematów. Tak dla zaznaczenia słuszności określania czegoś jako X (na przykład jako choroby) wprowadza się głównie wypowiedzi wykazujące jedynie *strukturę* uzasadnienia. Nie jest zatem wykluczone, że również stosowanie odpowiednich schematów (a nie tylko treści, którymi te schematy są wypełnione) jest kryterium wystarczającym dla wprowadzenia wypowiedzi do komunikacji.

Normalność i jej granice

Pole semantyczne zdrowia jest ściśle związane z procedurami normalizacyjnymi w komunikacji i z ciągłym negocjowaniem normalności i jej granic. W związku z tym w tekstach znaleźć można dużo sygnałów istnienia takich granic, zarówno w formie liczb i wskaźników liczbowych, jak i w formie opisów konkretnych przypadków. Ilustrują to następujące egzemplifikacje oraz ilustracje 2a i 2b:

[...] rozpoznaje się je na podstawie wskaźnika masy ciała (BMI). Nadwagę rozpoznajemy przy wartościach BMI 25–29,9 kg/m³ [...]. Każdy znając swoją masę ciała i wzrost, może wyliczyć swoje BMI. Liczy się go, dzieląc [...] (Kucucha 2015: 100).

Dieta o obniżonej energetyczności powinna zawierać ok. 20 proc. białka, poniżej 25 proc. tłuszczów [...] (Kucucha 2015: 101).

[...] tętno po wysiłku powinno mieć 60–70 proc. tętna maksymalnego. Każdy może je wyliczyć sam. Od 220 odejmujemy swój wiek [...] (Kucucha 2015: 101).

Najprostszy test dla pracoholika to sprawdzić, jak reaguje na słowo „urlop” (Klinger 2015: 71).

Wie, że musi się tego trzymać, bo zdaje sobie sprawę z konsekwencji przekroczenia tej granicy (Klinger 2015: 71).

Zdarza się, że pytam podczas terapii, czy może pan przychodzić do domu o 18? I to jest koniec rozmowy. Pada jednoznaczna odpowiedź: „Nie mogę. Mam za dużo zajęć” – opowiada psycholog. Takie osoby wysyła na terapię uzależnień (Klinger 2015: 73).



Ilustracje 2a i 2b. Liczby i wartości orientacyjne w procesie normalizacji

Źródło: Klinger 2015: 71, 73.

Niektóre przykłady, zwłaszcza liczbowe, pochodzą z obszaru ustaleń dokonanych w ramach określonego subsystemu. Tam mają czy mogą mieć określony sens i pełnić podaną wyżej funkcję ukierunkowania działań terapeutycznych lub zaznaczenia granicy, od której należy interweniować. Niektóre inne egzemplifikacje są też związane z następnym ogólnym zabiegiem komunikacyjnym, który można zaobserwować w tekstach, a mianowicie z budowaniem narracji i prezentowaniem historii konkretnych osób w roli bohaterów. Kolejny zabieg to podawanie ogólniejszych, luźno związanych z tematem wartości liczbowych i ich porównanie na szerszej skali, na przykład światowej (ilustracje 2a i 2b). Zaznaczenie granic tolerancji/normalności zarówno na poziomie liczb, jak i na poziomie narracji wnosi implikacje ogólne dla procesu normalizacji i procedur normalizacyjnych stosowanych w komunikacji.

Tak na przykład z jednej strony nadwaga i otyłość są przedstawiane jako coś sytuującego się poza ramami normalnych wartości. Sugeruje to już samo słowo *nadwaga*. Z drugiej strony czytelnik może czuć się uczestnikiem całkiem normalnej tendencji statystycznej (bądź nie, w zależności od własnej wagi), kiedy dowiaduje się, że ponad połowa populacji ma nadwagę i że notuje się wzrost tej liczby. Umożliwia to czytelnikowi samoobserwację w ramach tego tematu (odżywiania się, prawidłowej z punktu widzenia medycyny aktywizacji organizmu itd.), samemu dowiadując się wcześniej o odpowiednich w danym zakresie wartościach oraz o tym, że „każdy może wyliczyć” je sam. Taki bezpośredni apel nie pojawia się w tekście o pracoholizmie, lecz w nim również zapośredniczona jest perspektywa, według której można testować i rozpoznać, czy ktoś przekroczył granicę normalności co do pracy. Ciekawe jest to, że wskaźniki odnoszą się przeważnie do innych dziedzin niż tej, w której według ustaleń psychologii dana osoba robi coś nie tak, np. gdy pracoholik zachoruje (na inne choroby) i rodzina dla niego przestanie być „ważna” lub że jego reakcja w ramach rozmowy na temat urlopu i odpoczynku odbiega od określonych oczekiwań. Pojawia się fragment tekstu, według którego wiele dość różnych (jeśli nie sprzecznych) zachowań klasyfikować można jako pracoholizm:

Zaś w latach 90. brytyjscy naukowcy podzielili pracoholików na kilka typów, m.in.: nieugięty – działający kompulsywnie, dla którego praca jest najważniejsza; bulimiczny – wszystko robi na ostatni moment; z deficytem uwagi – wykonuje wiele zadań naraz i ma kłopot z ich ukończeniem; delektujący się pracą – dąży do perfekcji, więc wszystko robi wolno (Klinger 2015: 72).

Ogólnie rzecz biorąc i patrząc powierzchownie, mamy tu do czynienia z typowym przypadkiem prezentowania dyferencjacji dokonanych w ramach dyskursu specjalistycznego. Z perspektywy analizy komunikacji możemy tu dostrzec zabieg charakteryzowania wprowadzanych w komunikację wypowiedzi jako pochodzących z dziedziny specjalistycznej (zatem np. wiarygodnych). Innymi słowy, jakaś typologizacja i sama możliwość jej dokonania, komunikacyjnie rzecz biorąc, zawsze równocześnie stabilizuje dany konstrukt, potwierdzając jego „istnienie” oraz wypuklając go nawet w różnych odmianach. Czy i w jakiej mierze dana typologia natomiast jest uzasadniona obserwacyjnie oraz czy ostateczna jej klasyfikacja jest słuszna (np. ogólna klasyfikacja opisanych zachowań i sposobów traktowania pracy jako choroby), to już inna kwestia. W ramach dyskursów specjalistycznych zostały wypracowane metody systematycznego sprawdzania wiarygodności wypowiedzi (typologizacje), przy pomocy odpowiedniej metodologii badań, kryteriów jakości badań itp. W ramach komunikacji natomiast, w warunkach interdyskursu, strategie te przestają funkcjonować. Powstaje wyżej już zilustrowana sytuacja, w której sam schemat jest obsługiwany, aby produkować nawiązywalność. Na istotność i – z perspektywy komunikacji – sens (funkcjonalność) zabiegu wskazuje również jego kilkukrotne pojawianie się pod rząd w analizowanym tekście. Niedługo po wyżej cytowanym fragmencie pojawia się kolejny, alternatywny podział typów pracoholików. Przez to wzrasta również nawiązywalność: jeżeli nie zgadzam się z pierwszą typologią, to może druga przekona mnie, że jednak, potocznie mówiąc, „coś w tym jest”.

[XY – imię i nazwisko psycholożki], która pomaga ludziom w dużych firmach, przygotowała swój własny podział. Klasyczny pracoholik, taki jak Marta, jest uzależniony od swojego zajęcia jak np. od alkoholu. [...] [XY] nazywa ten typ roboczo «otumaniający». Obserwuje jeszcze dwa inne powszechne typy. Jeden to lękowy. – Chodzi o osoby, które długo szukały pracy i jak już ją mają, to chcą się wykazać. Wychodzą najpóźniej, biorą na siebie zadania kolegów [...] Drugim typem jest pracoholizm «źmudny». To z kolei pracownicy, którzy mają stale do nadrobienia zaległości. Pracują do późnych godzin, żeby zdążyć z obowiązkami (Klinger 2015: 71).

Z perspektywy mediów i komunikacji zabieg wprowadzania typologizacji ma tę dodatkową zaletę, że wszelkie modyfikacje, a czasem już samą typologizację, można komunikacyjnie „sprzedawać” jako nowość. Także wspomniane wcześniej inne ograniczenia, różnego rodzaju granice wartości chorobowych, mogą służyć jako punkt wyjścia dla produkcji niekończącego się ciągu komunikacji na temat zmian i modyfikacji. Niewy-

kluczone, że rosnącą liczbę komunikacji o zdrowiu zawdzięczamy właśnie temu oraz kolejnemu zabiegowi normalizującemu: na ogólnej folii prostych dychotomii bez trudu można produkować nowość: X jest dobre/niedobre. Przy tym X może odnosić się do tematów mało istotnych i trywialnych (sól) lub kompleksowych (stosunek do pracy lub działalności określanych aktualnie przez społeczeństwo jako praca zarobkowa). W każdym razie możliwość przedstawienia czegoś jako zaskakujące, inne niż do tej pory itd. nie stoi na przeszkodzie, aby odpowiednie komunikacje były perpetuowane.

Nie ulega wątpliwości, że z perspektywy dyskursu fachowego różnego rodzaju przesunięcia, doprecyzowania i modyfikacje mogą być usprawiedliwione i zasadne. Przesunięcie punktu wyjścia przy diagnozowaniu chorób może być pomocne z perspektywy (możliwości) działań. Jeśli identyfikuje się na przykład otyłość jako przyczynę innych chorób, umożliwia to dopiero podejście, w ramach którego wiemy, że „lecząc” otyłość, względnie zajmując się tym problemem, usunąć można czasem inne problemy zdrowotne. Komunikacyjnie natomiast możemy obserwować działania uboczne takich przesunięć w ramach interdyskursu, gdyż coś, co w określonym dyskursie specjalistycznym odgrywać może daną rolę, przeniesione w inny dyskurs i inną dziedzinę komunikacji (np. w kontekst darmowej prasy promocyjnej) siłą rzeczy zaczyna funkcjonować pod wpływem nowych warunków. W taki sposób jest powielane na podstawie ogólnej zasady produkowania i zwiększania nawiązywalności. Ogólne wnioski, które możemy wyciągnąć z analiz różnych tematów, zdają się potwierdzać tezę, że sam mechanizm komunikacji jest indyferentny wobec treści, prawdy, faktyczności i też możliwych jego długofalowych efektów (czyli również jest indyferentny wobec czasu, który staje się istotny dopiero na poziomie ludzkich działań). W tym kontekście powstaje zaskakująca wiadomość medialna, że można chorować na X, objawy X są określone, pojawiają się eksperci i specjaliści, mówiący o X i diagnozujący go oraz pomagający tym, którzy cierpią na X, nawet i zwłaszcza jeśli wcześniej o tym sami nie wiedzieli.

[...] pracołizm wykrywany jest często dopiero w trakcie terapii małżeńskiej (Klinger 2015: 73).

Aby skutecznie i bezpiecznie leczyć nadwagę i otyłość, warto zasięgnąć porady lekarza (Kucucha 2015: 101).

Powstają narracje o bohaterach, którzy przeżyli historie związane z X, z odpowiednim napięciem, punktem kulminacyjnym oraz podsumowaniem (por. ilustracja 3).

Na to, że jednak mamy do czynienia ze zjawiskiem zainicjowanym charakterem mechanizmu komunikacji, wskazuje ciekawy efekt uboczny tak rozszerzonej definicji choroby: można być chorym (pracołizm, otyłość) i potem zachorować.

Wstrząs przychodzi najczęściej dopiero wtedy, kiedy rozpada się związek, ktoś z bliskich lub sam pracoholik zachoruje (Klinger 2015: 71).

[z życia osoby chorującej na pracoholizm:] Rozpadło się nie tylko jej życie osobiste, szwankować zaczęło zdrowie (Klinger 2015: 71).

Widzimy tu coś w rodzaju efektu matryoszki, z której wyciągnąć można kolejną lalkę, z której wyciągnąć można kolejną... itd. Przypomina nam to również stare powiedzenie, że kiedy raz zacznie się chodzić do lekarza, może to być początkiem niekończącej się historii.



Ilustracja 3. Przedstawienie bohaterów jako podstawa konstrukcji narracji

Źródło: Klinger 2015: 72.

Normalne sprzeczności

W ostatnim czasie zaobserwować można w komunikacji normalizację podejścia, w ramach którego ciągle musimy dbać o zdrowie. Ta ogólna tendencja może być wspierana nie tylko omawianymi procesami związanymi z ciągłą negocjacją normalności w komunikacji. Można ją również sprowadzić do pewnej sprzeczności dwóch ogólniejszych normalności czy też sfer, od których zależy. Z jednej strony rozwijały się formy i tryb życia, często nazywane nowoczesnymi, a w każdym razie tak są rozprzestrzenione, że można je uznać za „normalne”, które niekoniecznie odpowiadają normalności cieleśnej człowieka. Normalny stan organizmu już nie wynika naturalnie z codziennego (również normalnego) życia, lecz przeciwnie, normalne życie – aktualnie z siedzeniem, patrzeniem na ekrany itp. powoduje, że ciało nie robi tego, do czego przez miliony lat ewolucji zostało w wyrefinowany sposób skonstruowane. Powstaje absurdalna

sytuacja, że jesteśmy w dwojaki sposób nienormalni: cieleśnie/fizycznie, ponieważ nie jesteśmy już przystosowani do warunków środowiska (życia społecznego), oraz w swoich zachowaniach i działaniach, ponieważ to one nie zostały przez nas w ostatnim czasie dopasowane do naszych fizycznych możliwości i potrzeb. Żyjemy w dwóch normalnościach, fizycznej i komunikacyjno-społecznej, które w związku z przeniesieniem różnych powiązań i relacji społecznych w sferę wirtualną oddalają się od siebie i z czasem nie tylko nie pasują do siebie nawzajem, lecz zaczynają być sprzeczne w takim sensie, że jedna sfera zaczyna być problematyczna z perspektywy drugiej.

W odpowiednich komunikacjach obserwować można, jak odpowiedzialność za skutki tej zasadniczej sprzeczności jest najpierw przesunięta na indywidualium. Przyczyny tego, że ktoś pracuje „za dużo”, mogą być złożone. Z perspektywy systemu zajmującego się zdrowiem i chorobą jednostek siłą rzeczy optyka przesuwana jest jednak na pomoc tym jednostkom. Kiedy ktoś w ramach swojej pracy musi siedzieć osiem godzin lub więcej i zaczyna mieć problemy z kręgosłupem, to najpierw ta osoba jest wysyłana na fizjoterapię – co oczywiście może być sensownym zabiegiem z punktu widzenia jednostki. Pomysł, że to praca musiałaby zostać zmieniona, może się pojawiać lub nie, i jeśli ma jakieś efekty, to dotyczą wtedy najwyższej pojedynczych miejsc, gdzie zmiany są *możliwe z perspektywy danego miejsca pracy*. Zmiany takie nie dotyczą natomiast całego systemu, który pozostaje taki, jakim jest, i dyktuje nam, co możliwe, a co nie. Kiedy ktoś dostaje tak dużo zadań, że nie nadąża w opłaconym czasie z ich załatwianiem i robi nadgodziny itd., wtedy ktoś taki nie zachowuje się poprawnie w danej sytuacji, jest może uzależniony od pracy i powinien chodzić do psychoterapeuty, który pomoże się zmienić. Myślenie, które mówi, że przez to na dłuższą metę też zmienią się warunki pracy, gdyż miliony świadomych pracobiorców po terapii inaczej będzie się obchodziło z wymaganiami i będzie domagało się odpowiednich warunków pracy do swoich potrzeb życiowych, jest co najmniej naiwne, ponieważ ignoruje systemową zależność indywidualium od tej pracy i tego kontekstu, w którym nie indywidualium jest ostateczną instancją decyzyjną.

Takie problemy trzeba by rozwiązać lub borykać się z nimi co najmniej również na większą skalę, analizując problemy systemowo oraz próbując na nie wpłynąć za pomocą systemowych, a nie indywidualnych zmian. Istnieją próby stosowania takiej szerszej perspektywy dla identyfikacji zasadniczych problemów. Przez swoją kompleksowość są jednak mniej nawiązywalne, a zatem pojawiają się w komunikacji zdecydowanie rzadziej niż prostsza perspektywa patrzenia na pojedynczych ludzi, ich los i historię, które z perspektywy systemu medialnego wykazują się większą nawiązywalnością. Z kolei w tym podejściu, które koncentruje się na indywidualnych przypadkach, tak, jak w ramach analizowanego tekstu z konceptem zdrowia w tle, problem i zadanie

zajmowania się nim są przesunięte na jednostkę – to ona ma się zmienić i obchodzić się inaczej z sytuacją – oczywiście za pomocą psychologii, która przy okazji uzyskuje dodatkowe potwierdzenie swej sensowności. Właściwie byłaby to praca dla socjologów i polityków – generowanie krytyki i analizy społecznej, odkrywających strukturalne i systemowe problemy za problemami jakoby indywidualnymi, a umożliwiającymi stworzenie społeczeństwa, w którym problemy ze zbyt dużą ilością pracy lub jednostronnego podziału różnych zadań nie powstają.

O ile rozważania te dotyczą poziomu działań, czyli byłyby powodem do opracowania krytyki społecznej, o tyle z perspektywy nauki o komunikacji ciekawe i warte badania jest to, że opisana tendencja „zaniedbania” perspektywy systemowej i krytycznej jest przygotowana i wspierana pewnymi cechami komunikacji. Sam mechanizm komunikacji nie przewiduje (nie wymaga) zewnętrznego obserwatora i perspektywy systemowej, z której można by widzieć ogólne problemy lub związki między różnymi zjawiskami. Wspiera natomiast sprawne przeprowadzenie procedur normalizacyjnych (będących równie ważnymi dla integracji społecznej). Badania komunikacji mogą nam jednak pomóc sprawdzić, w jakim kierunku idziemy, negocjując normalności, w których żyjemy. Na tej podstawie można zadać pytanie, czy chcemy tak, czy też inaczej.



Ilustracja 4. Połączenie tematu fitness ze zdrowiem i szczęściem oraz promowanie konsumpcji odpowiednich ofert

Źródło: plakat reklamowy, zdjęcie własne, Wrocław 2015.

Jak już wspomniałam, mamy tu do czynienia z podwójną zmianą normalności. Kiedyś normalne życie, codzienna działalność związana z zaspokajaniem potrzeb gatunku powodowały, że człowiek był również w normalnym stanie, jeśli chodzi o jego byt fizyczny (przy czym pojęcie normalności zdrowia i choroby jeszcze nie istniało, a zatem sytuacja była też inna, ale mniejsza o to). W międzyczasie jednak normalne życie i codzienna działalność (np. praca siedząca, patrzenie w ekran) powodują, że stan fizyczny staje się „nienormalny”. Przejście w komunikacji, to znaczy w trzeciej rzeczywistości, w ramach której choroba i wynikająca z niej potrzeba ciągłego dbania o zdrowie jest przyjęta jako punkt wyjścia mówienia o tym, co powinniśmy robić, nie musi nas zatem dziwić, gdyż odpowiada w pewnym sensie normalnemu stanowi rzeczy. Skoro choroby nie można sprzedawać, to zdrowie natomiast jako jej pozytywną odmianę już tak. Kto chciałby posiadać chorobę? Raczej nikt. Więc też nie będzie jej kupował. W związku z tym mówi się o zdrowiu na podstawie założenia, że go nie mamy i że musimy je dopiero uzyskać poprzez poprawne zachowania. Na tej podstawie można sprzedawać i reklamować zdrowie dosłownie na każdym kroku (krokومترze) oraz – ogólniej mówiąc – oferować doradztwo (zdrowy tryb życia) i sprzęt w tym zakresie. Promowanie odpowiednich usług i sprzętu, a także jego połączenie z motywem szczęśliwego człowieka, staje się całkiem normalnym elementem komunikacji (por. ilustracja 4). Będąc zajętymi mówieniem o zdrowiu i dbaniem o nie, nie mamy czasu, aby mówić o tym, czy może z samym życiem (społecznym), które sobie ułożyliśmy, coś jest nie tak (a nie z nami) oraz by pomyśleć nad tym, jak to zmienić.

Bibliografia

- Fleischer M. (2008). *Koncepty – elementy sterujące komunikacji*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut.
- Link J. (1998). *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. Opladen–Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Link J. (2001). Aspekte der Normalisierung von Subjekten. Kollektivsymbolik, Kurvenlandschaften, Infografiken. W: U. Gerhard, J. Link, E. Schulte-Holtey (red.), *Infografiken, Medien, Normalisierung. Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften* (s. 77–92). Heidelberg: Synchron.
- Link J. (2013). *Normale Krisen? Normalismus und die Krise der Gegenwart*. Konstanz: Konstanz University Press.
- Siemes A. (2013). *Normalność w komunikacjach – jej negocjowanie i badanie. Na materiale komentarzy dotyczących architektury domów mieszkalnych*. Łódź: Primum Verbum.

Źródła egzemplifikacji

Alles wissen (2015). *Hessischer Rundfunk*. Dostępne na: <http://www.ardmediathek.de/tv/alles-wissen/Werden-wir-zu-Patienten-gemacht/hr-fernsehen/Video?documentId=27571896&bcastId=3416170> (20.04.2015).

Cieśla J. (2013). Psychochondria. *Polityka*, nr 47, s. 21–23.

Klinger K. (2015). Uzależnieni od pracy. *Skarb Rossmann*, nr 3, s. 70–73.

Kucucha A. (2015). Problem XXL. *Skarb Rossmann*, nr 3, s. 100–101.