

## Autoreferat

Dr Mateusz Szubert  
Katedra Nauk o Kulturze i Religii  
Wydział Filologiczny  
Uniwersytet Opolski

### Posiadane dyplomy i stopnie naukowe

2003 – tytuł zawodowy magistra kulturoznawstwa, uzyskany na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; temat pracy magisterskiej: *Diagnoza kultury mieszczańskiej w dramaturgii Henryka Ibsena i Gabrieli Zapolskiej* (promotor: dr Anna Tytkowska, recenzent: prof. dr hab. Stefan Zabierowski)

2004 – tytuł zawodowy magistra slawistyki, uzyskany w Instytucie Slawistyki Uniwersytetu Sztokholmskiego w Szwecji; temat pracy magisterskiej: *Językowo-kulturowy obraz choroby* (promotor: prof. dr hab. Ewa Teodorowicz-Hellman)

2005 – tytuł zawodowy magistra filologii polskiej, uzyskany na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; temat pracy magisterskiej: *Panorama kultury ludowej w chłopskich powieściach Elizy Orzeszkowej* (promotor: dr hab. Elżbieta Malinowska, prof. UŚ, recenzent: prof. dr hab. Jacek Lyszczyzna)

2008 – stopień naukowy doktora nauk humanistycznych w dyscyplinie literaturoznawstwa, uzyskany na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; temat rozprawy doktorskiej: *Kulturowe wzory prezentacji gruźlicy i gruźlików w literaturze polskiej przełomu XIX i XX wieku* (promotor: prof. zw. dr hab. Ewa Kosowska, recenzenci: prof. dr hab. Jolanta Ługowska, prof. zw. dr hab. Marek Piechota)

2014 – ukończony kurs tutorski w ramach 5 edycji Szkoły Tutorów Akademickich – Collegium Wratislaviense

2018 – dyplom ukończenia trzysemestralnych studiów podyplomowych w zakresie nauczania języka polskiego jako obcego – Wydział Filologiczny Uniwersytetu Opolskiego

### Informacje dotyczące zatrudnienia w jednostkach naukowych

Okres: 01.10.2004-30.09.2005

Instytucja: Uniwersytet Śląski  
Wydział Filologiczny  
Instytut Nauk o Kulturze  
Zakład Teorii i Historii Kultury

Stanowisko: asystent naukowo-dydaktyczny  
Wymiar etatu: ½ etatu

Okres: 01.10.2005-30.06.2007

Instytucja: Uniwersytet Śląski  
Wydział Filologiczny  
Instytut Nauk o Kulturze  
Zakład Teorii i Historii Kultury

Stanowisko: asystent naukowo-dydaktyczny  
Wymiar etatu: ½ etatu

Okres: 01.10.2007-30.09.2009

Instytucja: Uniwersytet Śląski  
Wydział Filologiczny  
Instytut Nauk o Kulturze  
Zakład Teorii i Historii Kultury

Stanowisko: asystent naukowo-dydaktyczny  
Wymiar etatu: ¾ etatu

Okres: 01.02.2009 – nadal

Instytucja: Uniwersytet Opolski  
Wydział Filologiczny  
Instytut Polonistyki i Kulturoznawstwa  
Katedra Kulturoznawstwa i Folklorystyki, obecnie: Katedra Nauk o Kulturze i Religii

Stanowisko: adiunkt badawczo-dydaktyczny  
Wymiar etatu: pełny

### Osiągnięcia naukowo-badawcze i zainteresowania naukowe

Na mój dorobek naukowy składają się:

Monografie autorskie – 2

- *Żyjąc w cieniu śmierci... Kulturowy obraz gruźlicy*, Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego, Wrocław 2011, ss. 175 [recenzenci: prof. dr hab. Jolanta Ługowska, prof. zw. dr hab. Marek Piechota].
- *Choroba, ciało, grzech. Kulturowe studia maladyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2022, ss. 400 [recenzenci: dr hab. Monika Ładoń, prof. UŚ, dr hab. Lech M. Nijakowski, prof. UW].

Opublikowane artykuły w czasopiśmie i monografiach zbiorowych – 26

Aktualnie w moim dorobku znajduje się 31 pozycji naukowych (wyłącznie podoktorskich), z których opublikowano – 28, a złożono do druku – 3. Pełny wykaz moich publikacji zawiera Załącznik nr 5. Większość tekstów opublikowałem w prestiżowych czasopismach naukowych: „Kulturze Współczesnej”, „Ethosie”, „Kulturze Popularnej”, „Ludzie”, „Literaturze Ludowej”. Ponadto brałem czynny udział (z referatem) w 20 konferencjach naukowych, z których 7 miało charakter międzynarodowy.

\*

Za najistotniejsze osiągnięcie w mojej dotychczasowej pracy badawczej uważam ostatnią z opublikowanych przeze mnie monografii: *Choroba, ciało, grzech. Kulturowe studia maladyczne* (Opole 2022, ss. 400). Całość podzielona została na trzy korespondujące ze sobą części: choroba, plaga, ciało i grzech. Taki układ nie tylko wskazuje na wieloaspektowość dyskursu maladycznego, ale – co równie ważne – wyróżnia jego najważniejsze komponenty. Chorobę traktuję bowiem jako rzeczywistość wielowymiarową: biologiczną, psychologiczną, społeczną i kulturową. Wszystkie te poziomy wzajemnie się przenikają i uzupełniają. Jak bowiem wielokrotnie udowadniam, nierzadko za chorobę uznaje się to, co jest niezgodne z dominującymi (w danej kulturze, w danym czasie) oczekiwaniami społecznymi. Zagadnienie to jest obecne w całości pracy, wiąże się ono nierozzerwalnie z procesem medykalizacji i patologizacji tzw. stanów normalnych.

Zebrany w książce materiał jest wynikiem moich wieloletnich badań poświęconych społecznym kontekstom choroby oraz różnym sposobom jej doświadczania/czytania. Dwukrotnie odbyłem kwerendę biblioteczną w British Library w Londynie (2014 oraz 2015) w celu zgromadzenia odpowiedniej literatury przedmiotu z zakresu antropologii i socjologii ciała. Badania te są także w pewnym stopniu rozwinięciem moich wcześniejszych zainteresowań, skupionych głównie wokół procesu (de)mitologizacji gruźlicy w kulturze europejskiej. Wskazałbym tutaj na znaczące rozszerzenie perspektywy podejmowanych przeze mnie badań – od szczegółowych ujęć (monografii konkretnej choroby) po holistyczną, „globalną” analizę studiów nad niemocą.

Podkreślając alienacyjny charakter choroby, wprowadzam jednocześnie istotne rozróżnienie dwóch porządków w życiu człowieka: obcości choroby i chorowania od obcości samego chorego. W pierwszym przypadku należy zaakcentować stan nieprzystosowania pacjenta do nowej sytuacji, zarówno w sensie społecznym, jak i biologicznym. Wiele

uciążliwości towarzyszących przewlekłej chorobie nie pozwala na kontynuowanie dotychczasowych zajęć; zawodzi również samo ciało, którego chory uczy się nierzadko od nowa. W drugim przypadku decydującą rolę odgrywają społeczne praktyki naznaczania. O ile więc obcość choroby (i samego chorowania) akcentuje przede wszystkim perspektywę doznającego jej – zarówno choroby, jak i obcości – podmiotu, o tyle obcość chorego jest już wyraźnie związana z zewnętrznym oglądem. Konsekwencją drugiego wariantu pozostaje najczęściej unieważnienie lub zawieszenie jego dotychczasowych ról społecznych. Proces ten przyczynia się do stopniowej ekskluzji chorego. Rzecz jasna nie wszystkie (psycho)somatyczne dolegliwości człowieka wiążą się z tak radykalną odpowiedzią społeczną. Przypisywana choremu obcość/inność wynika także ze statusu samej choroby, a ściślej, z jej społecznej recepcji. Kwestia ta, co warto podkreślić, uzależniona jest w równym stopniu od czynników biologicznych, co i kulturowych. Przegląd medycznej nozologii dostarcza wielu interesujących przykładów niepokrywania się społecznych lęków i obaw, łączonych z konkretnymi chorobami, z realnym zagrożeniem. Casus epilepsji zdaje się doskonale objaśniać tę sytuację.

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

Zasadniczym przedmiotem moich studiów – ale i fascynacji badawczych – pozostaje nieodmiennie choroba. W książce *Choroba, ciało, grzech...* przekonuję, że dyskurs maladyczny jest w najwyższym stopniu heterogeniczny; jest on bowiem zasilany przez różne perspektywy i orientacje badawcze, których sąsiedztwo może (początkowo) dziwić. Stąd zapewne wynika konieczność przełamania dominującej roli konkretnej dyscypliny. Kategoria pogranicza zdaje się najlepiej tłumaczyć tę wielogłosowość i wieloaspektowość. Poruszam się najczęściej w takich obszarach, jak: antropologia i socjologia ciała, antropologia kulturowa, socjologia i historia medycyny (tu przede wszystkim: narodziny i rozwój zachodniej psychiatrii oraz dzieje epidemii/nozologii), literaturoznawstwo i historia kultury (tu

zwłaszcza: przemiany zachodniej obyczajowości, ewolucja kanonów normatywnych, wzorce zachowań w chorobie), seksuologia czy bibliotyka. Mam jednocześnie świadomość, że złożoność dyskursu maladycznego prowadzi nieuchronnie do jego fragmentaryczności (sytuację tę oceniam bardziej w kategoriach korzyści niż wad).

Oczywiście samo zainteresowanie chorobą, jak i wszelkie próby jej tekstualizacji i mediatyzacji, należałoby wiązać z nieco szerszą perspektywą – z dokonującym się w ostatnich dekadach w naukach społecznych i humanistycznych „zwrotem cielesnym”. (Nad)obecność ciała i choroby w przestrzeni publicznej i prywatnej pozwala mówić o swoistej somatyzacji kultury. Zjawisko to jest zbieżne z koncepcją Bryana Turnera, który wprowadził na stałe do języka socjologii pojęcie „społeczeństwa somatycznego” (ang. *somatic society*) na oznaczenie prymarnej roli ciała w budowaniu tożsamości ponowoczesnej. Ujmując rzecz najprościej można powiedzieć, że ciało współtworzy kulturę, ta zaś organizuje proces jego zarządzania. Opisane przez Norberta Eliasa mechanizmy cywilizowania ciała (jego socjalizacja, racjonalizacja i indywidualizacja) wskazują na stopniowe przesuwanie granic z obiektu rozumianego biologicznie do znaczącej kategorii socjokulturowej. Trwający niezmiennie zwrot somatyczny, obok zwrotu językowego czy cyfrowego, przyczynił się do reorientacji tradycyjnych perspektyw badawczych. Wraz z końcem XX wieku ciało przesuwa się do samego centrum naukowych analiz – proces ten, jak można przypuszczać, przybierać będzie na sile w kolejnych dekadach.

Socjokulturowy ogląd choroby jest propozycją względnie nową, przełamującą wielowiekowy monopol nauk medycznych. Pojawienie się w ostatnich latach (zwłaszcza na gruncie literaturoznawstwa i kulturoznawstwa) studiów maladycznych odczytać należy jako udaną próbę walki z przyrodniczym redukcjonizmem oraz dostrzeżenie znaczenia czynników pozabiologicznych w doświadczaniu – nie tylko chorującego – ciała. Obecnie coraz liczniejsze grono literaturoznawców, kulturoznawców i socjologów kontynuuje badania nad szeroko rozumianą somatyką i maladyką. Dyskurs maladyczny wyraźnie się dziś autonomizuje, tworząc własny język i siatkę pojęć; nie stanowi on (już) marginaliów tzw. poważnej debaty akademickiej. Przeciwnie, w ostatnich kilku latach pojawił się znaczący wzrost zainteresowania chorobą (jej językiem, mitologią, próbą werbalizacji) wśród polskich badaczy, czego efektem stały się niezwykle ważne, pionierskie opracowania.

Warto zapewne wskazać, że także mój dotychczasowy dorobek naukowy – obie monografie oraz blisko dwadzieścia artykułów poświęconych społecznym kontekstom choroby/chorowania – przyczynił się znacząco do rozwoju polskich studiów maladycznych.

Dr hab. Monika Ladoń, prof. UŚ – recenzentka mojej najnowszej monografii – podkreśliła, że od czasu opublikowania w 2011 roku książki *Żyjąc w cieniu śmierci... Kulturowy obraz gruźlicy* stałem się aktywnym współtwórcą polskich humanistycznych studiów nad chorobą: „Już poprzednia książka badacza wpisała się na stałe w pejzaż rozważań nie tylko nad przywołaną w tytule chorobą; kolejne artykuły, publikowane w czasopismach naukowych i monografiach wieloautorskich, jedynie potwierdziły, że mamy do czynienia z badaczem kompletnym i kompetentnym”. Ponadto, odnosząc się już do bieżącej publikacji, recenzentka odnotowała: „*Choroba, ciało, grzech...* ujawnia potencjał książki kanonicznej dla badań maladycznych: docenia i zarazem ujarzma eklektyzm prowadzonych od wielu lat badań, akceptuje ich heterogeniczność i jednocześnie silnie wpisuje w nie własną sygnaturę. [...], w książce zdecydowanie przeważa materiał oryginalny – jest ona obszerna, wręcz imponujących rozmiarów. [...] Imponuje przy tym rozległością kontekstów, historycznych umocowań własnej narracji, umiejętnością swobodnej interpretacji zjawisk odległych i tak bliskich, że można obawiać się braku dystansu”. Z kolei drugi recenzent – dr hab. Lech M. Nijakowski, prof. UW – zauważył, że publikację tę „można rozpatrywać jako studium dyskursu maladycznego. Jest to bezsporna wartość naukowa książki i jej silna strona. Autor jest dostatecznie odczytany i biegły we współczesnych teoriach, aby takie wyzwanie podjąć. [...] To nowa narracja o wykluczeniu, chorobie i ciele, pokazująca jak wiele zagadnień może być wplecionych w dyskurs maladyczny. Czytelnik będzie mógł zapoznać się z nową interpretacją, często znanych faktów. Dostanie wciągającą i erudycyjną narrację, która pozwoli mu w nowy sposób spojrzeć na proces chorowania”.

Jak wielokrotnie zwracałem uwagę, dyskurs maladyczny porządkuje wypowiedzi o chorobie; jest on sumą społecznych kontekstów i znaczeń budowanych wokół niej. Obejmuje zatem wypowiedzi publicystyczne, artystyczne, naukowe, ale i potoczne rozumienie choroby. Stanowi doskonały rejestr emocji, wrażeń, nastrojów, lęków i obaw związanych z chorobą i jej doświadczaniem, rzeczywistym lub potencjalnym, własnym lub cudzym. Z uwagi na bogactwo medycznej nozologii zasadne jest wyodrębnienie konkretnej choroby i wyartykułowanie jej specyficznego języka i mitologii. Można zatem wskazać na konkretne (sub)dyskursy: dyskurs raka, dyskurs gruźlicy czy dyskurs HIV/AIDS. Te najczęściej przywoływane w społecznym obiegu choroby wypracowały własny, nierzadko oderwany od swej pierwotnej, biomedycznej reprezentacji, język. Uważam, że każda choroba, każda epidemia ma swój własny język, swoją własną opowieść. Warto jednak wskazać, że nie wszystkie one są tak samo medialne, nie wszystkie z równą łatwością poddają się kulturowej

obróbce. Wiąże się to z jednej strony z odmiennym potencjałem narracyjnym (mitotwórczym) konkretnych schorzeń, z drugiej zaś, z wciąż aktualną znową milczenia towarzyszącą wielu (nie tylko wenerycznym) chorobom. O ile proces detabuizacji większości chorób nowotworowych jest już dziś faktem (potwierdzają to liczne kancerografie), o tyle wciąż żywotna pozostaje silna tabuizacja chorób i zaburzeń psychicznych.

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

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

Ważną część moich badań stanowią socjokulturowe studia nad bólem. Akcentuję w nich przede wszystkim kwestie subiektywizmu i niewyraźności cierpienia (problem „ułomności/niewystarczalności” języka), jednocześnie wskazując na funkcjonalny

(instrumentalny) i alienacyjny zarazem charakter bólu. Zauważam ponadto, że jego percepcja (progi odczuwania) uzależnione mogą być również od warunków kulturowych. Jak oceniam, długotrwałe doświadczanie bólu – *bycie w bólu* – oznacza utratę dawnej dyspozycyjności, a także rozpad zintegrowanego dotąd obrazu siebie. Nie ulega wątpliwości, że doznający bólu człowiek doświadcza stanu nowej cielesności. Ból radykalnie odmienia bowiem wszelkie dotychczasowe doznania cielesne i społeczne. W bólu i chorobie ciało stawia opór. Odwołując się do ustaleń François Chirpaza, Elaine Scarry i Tadeusza Sławka, wskazuję na obcość jako konstytutywną cechę bólu. Jednocześnie podkreślam, że w chorobie i bólu człowiek uczy się siebie od nowa.

Proporcjonalnie najwięcej uwagi poświęcam społecznym strategiom (de)patologizacji określonych stanów i stylów życia. Zjawisko to wydaje się bowiem kluczowe w dyskursie maladycznym; wskazuje na olbrzymią rolę kultury w tworzeniu samej idei choroby, jak i na proces „zarządzania” nią. Zdrowie (somatyczne i/lub psychiczne) nie jest w moim przekonaniu kategorią ontologiczną; w zdecydowanej większości przypadków pozostaje ono efektem wartościowania. Podobnie choroba, która nie musi być wyłącznie wykrywana w tzw. obiektywnych zjawiskach. O jej obecności decydować bowiem mogą nie tyle obiektywne przesłanki, ile konkretne nastawienie oceniającego. Nie ulega bowiem wątpliwości, że pojęcia „zdrowia” i „choroby” to także kategorie porządkujące świat pozamedyczny. Ich funkcjonalność wydaje się bezdyskusyjna.

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

Jak wielokrotnie wskazywałem, granica między pojęciem „zdrowia” a „choroby” jest niezwykle nieostra, migotliwa. Jest rzeczą umowną – zarówno w sensie medycznym, jak i społecznym – jakie wartości uznajemy za „już chorobowe”, a jakie za „jeszcze nie”. Ocena



tych stanów wynika zarówno z ewolucji wiedzy przyrodniczej, jak i społecznej umowy – (nie)akceptacji pewnych stanów i zachowań. Ostatecznie dzisiejszemu pędowi do medykalizacji tzw. stanów normalnych towarzyszy pewien rodzaj społecznej podejrzliwości – koncerty farmaceutyczne (i samych klinicystów) powszechnie „oskarża się” o generowanie/promowanie chorób, które (jeszcze) nie istnieją. Jak łatwo przewidzieć, proces ontologizacji wielu chorób i schorzeń będzie nadal wywoływał ożywione dyskusje (por. zespół przewlekłego zmęczenia, ADHD, andropauzę). Można jednak założyć, że w grupie tych „chorób” nie znajdzie się już cały katalog „przewinień ciała” – wynik całkowitej aneksji chrześcijańskiej aksjologii przez pionierów psychiatrii i seksuologii – który przez wiele dekad organizował normatywny porządek medycyny/kultury. Kulturowe studia doświadczeń chorowania ukazują całą panoramę społecznych kontekstów i reakcji na chorobę: od sakralizacji i teleologizacji bólu i cierpienia po ich całkowitą anihilację.

W książce *Choroba, ciało, grzech...* wskazują także na ważny paradoks: otwartość i gościnnność dyskursu maladycznego stoi w oczywistej sprzeczności z niegościnnością samej choroby. Ta bowiem – podobnie jak starość i ból – pozostaje niemal bez wyjątku zdarzeniem/etapem najmniej pożądanym w życiu człowieka. Studia maladyczne nie apoteozują w żadnym razie stanów niedomagania, nie taka jest ich rola. Upominają się wyłącznie o dopuszczenie choroby (i chorych) do głosu, o niespłykanie jej (ich) znaczenia. Studia maladyczne odbywają się w opozycji do dominujących wartości: przywołują niechciane obrazy bólu i starości w świecie bezpamiętnie rozkochanym w zdrowiu i młodości. Podobną rolę pełni medycyna narracyjna, coraz częściej nauczana na polskich i zagranicznych uczelniach. Społeczna wartość studiów maladycznych wydaje się bezdyskusyjna. Chodzi przede wszystkim o rehabilitację osób marginalizowanych, o przywrócenie im godności, o zwrócenie uwagi na sam problem gettyzacji i ekskluzji, dokonujący się niezmiennie poprzez ciało, chorobę, starość i niepełnosprawność. „Tyrania doskonałości i normalności” jest procesem, który coraz częściej bywa dziś obnażany i kwestionowany. Jak łatwo bowiem przewidzieć, prędzej czy później niemal wszyscy stają się jego ofiarami.

\*

Równoległe do badań nad społecznymi kontekstami bólu i choroby zajmują się problematyką wstydu oraz związanymi z nią kategoriami tabu i intymności. Wstyd rozumiem jako niezwykle funkcjonalną emocję organizującą życie codzienne. Wstyd, na co zwracam szczególną uwagę, nie poddaje się łatwej klasyfikacji i typologii. Może on dotyczyć ciała,

wykonywanej profesji, wieku, zainteresowań, pochodzenia społecznego, rodziny, wyznawanej religii, upodobań seksualnych, barwy głosu, koloru skóry czy nawet skłonności do określonych chorób i schorzeń. Może także wiązać się z subiektywnie odczuwanymi słabościami i ułomnościami. Wstydić można się (za) siebie, można wstydić się przed kimś lub (za) kogoś. Co istotne, wstyd jest fenomenem kulturowym, choć jego manifestacje nierzadko mają charakter biologiczny. Jak przekonuję – nawiązując m.in. do ustaleń Norberta Eliasa – ze wstydem łączy się silny lęk przed degradacją społeczną i ekskluzją. Mechanizm jego działania polega zasadniczo na interioryzacji norm, a nierzadko i celów.

Kulturowe spojrzenie na wstyd jako kategorię porządkującą życie społeczne odnosi do takich pojęć, jak: infamia, blamaż, dyshonor, wskazując jednocześnie, że kategorie te coraz częściej bywają dziś kwestionowane. Obecnie w kulturze Zachodu coraz częściej mamy do czynienia z nowym porządkiem, zrywającym z szeregiem dawnych tabu. Jeśli coś jest dzisiaj wstydlive, to właśnie odczuwanie wstydu. Medykalizacja i terapeutyzacja wstydu zdają się doskonale objaśniać tę radykalną zmianę progów wrażliwości i intymności. Medialne strategie detabuizacji dotyczą w zasadzie każdego obszaru rzeczywistości. Jak przekonuję, o wstydzie badaczowi kultury wypada mówić bez wstydu, ale nie bezwstydnie. Strategia ta pozwala na eksplorowanie obszarów powszechnie uważanych za (zbyt) intymne, drażliwe, niebezpieczne.

Teoretyczną problematykę wstydu uzupełniam analizą licznych strategii medialnych/marketingowych, wskazując na ich zasadniczą rolę w promowaniu nowego sposobu zarządzania ciałem. Współczesna ikonosfera ustanowiła nowy poziom wrażliwości odbioru, kwestionując dotychczasowe ograniczenia. Medykalizacja cielesności (i starości) w sferze publicznej dokonała się głównie za sprawą marketingu; koncerny farmaceutyczne uznały bowiem, że wstyd jest schedą dawnych, purytańskich czasów. Wstyd, konstytutywna, choć i zmienna cecha wszystkich kultur, traci dziś swą oczywistość. W imię obyczajowej swobody kwestionowany jest w większości sfer ludzkiego życia, otwierając jednocześnie pole do niczym nieograniczonej i nieskrępowanej (auto)ekspresji. Jak wskazuję, detabuizacja ciała, choroby, seksualności jest znakiem firmowym kultury Zachodu przełomu XX i XXI wieku.

Śmierć – obok choroby, bólu i starości – stanowi ważne uzupełnienie moich zainteresowań tematami granicznymi. Jej problematykę łączę ponadto z prowadzonym od dwunastu lat autorskim kursem „antropologia śmierci”. Szczególnie interesuje mnie proces

gwałtownych zmian towarzyszących doświadczaniu straty. Zmianie ulegają przede wszystkim formy żałobnej ekspresji; obok tradycyjnych zwyczajów i obrzędów, odchodzących powoli w niepamięć, pojawiają się nowe (zaskakujące) praktyki oplakiwania i upamiętniania bliskich zmarłych. Popularność zjawiska „cyberżałoby” wynika wprost z egalitaryzmu elektronicznej komunikacji. Przestrzeń internetu stała się niezwykle ważnym miejscem upamiętniania zmarłych. Interesują mnie dawne i współczesne formy przeżywania żałoby (od lamentu do tabuizacji). Osobne analizy poświęciłem bodaj najtrudniejszemu z doświadczeń w życiu rodzica – bólowi po stracie dziecka. Żałoba po jego śmierci różni się znacząco od innych form oplakiwania; czas rzadko leczy rany, a poczucie zranienia i pustki pozostaje bardzo często na całe życie. Skala emocjonalnego związku z dzieckiem jest tak duża, że jego śmierć odczytywana jest najczęściej przez rodzica jako nieodwracalna utrata części samego siebie. Jednocześnie ten rodzaj żałoby pozostaje najsilniej tabuizowany we współczesnej kulturze; tezę tę potwierdzają przywołane przeze mnie relacje rodziców.

\*

W 2017 roku zostałem zaproszony przez ówczesną prorektor Uniwersytetu Opolskiego prof. dr hab. Wiesławę Piątkowską-Stepaniak do zespołu przygotowującego blok zajęć humanistycznych i społecznych na nowo powołanym kierunku lekarskim. Moment ten uznałbym za kluczowy w mojej karierze naukowej i dydaktycznej. Od początku istnienia opolskiej medycyny samodzielnie prowadzę wykłady i seminaria z historii medycyny, integrując wiedzę biomedyczną, historyczną i kulturoznawczą. Celem prowadzonych przez mnie kursów jest wskazanie na kulturowy (społeczny/religijny) kontekst rozwoju wiedzy medycznej. Wielokrotnie podkreślam, że historia medycyny jest częścią historii kultury; nie sposób traktować poważnie jej dziejów w izolacji od kształtującego rozwój nauk przyrodniczych kontekstu kulturowego. Tę nieoczywistą dla wielu adeptów nauk medycznych tezę łączę z postulatami humanizacji medycyny, wskazując na jej olbrzymi potencjał.

\*

Jestem pracownikiem niezwykle zaangażowanym w działalność dydaktyczno-organizacyjną. Pełniłem wiele ważnych funkcji na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Opolskiego: w latach 2012-2016 byłem wicedyrektorem Instytutu Polonistyki i

Kulturoznawstwa, przez rok pełniłem obowiązki kierownika Katedry Nauk o Kulturze i Religii (01.02.2021 – 31.01.2022); od 2012 roku jestem także koordynatorem programu Erasmus+ na Wydziale Filologicznym.

Niezależnie od pełnionych funkcji prowadziłem ponad dwadzieścia różnych konwersatoriów, wykładów i kursów autorskich w języku polskim i angielskim (s. 13), kilkakrotnie brałem udział w pracach komisji rekrutacyjnej (w Uniwersytecie Śląskim i Opolskim). Byłem promotorem pomocniczym pracy doktorskiej oraz promotorem ponad 50 prac licencjackich, a także recenzentem blisko 70 prac licencjackich i magisterskich.

Ważne miejsce w mojej codziennej pracy akademickiej zajmuje także nauczanie języka polskiego obcokrajowców. Zadania tego podjąłem się równie dziesięć lat temu (w 2012 roku), przyjmując funkcję lektora języka polskiego programu Erasmus+ (w międzyczasie ukończyłem trzyletnie studia podyplomowe z zakresu glottodydaktyki). W latach 2015-2019 realizowałem ministerialny grant Biura Wspierania Integracji, prowadząc kursy języka polskiego na wszystkich poziomach zaawansowania (A1-C2). Od trzech lat jestem także członkiem Państwowej Komisji ds. Poświadczania Znajomości Języka Polskiego jako Obcego. Jako egzaminator uczestniczę we wszystkich czterech sesjach egzaminacyjnych w roku.

Jestem również razem z dr hab. Katarzyną Molek-Kozakowską, prof. UO inicjatorem i wykonawcą międzynarodowego projektu grupy FORTHEM. W maju br. w wyniku współpracy pomiędzy uniwersytetami w Opolu, Walencji, Jyväskylä oraz Rydze zakończyliśmy projekt pt. *Body Positivity – against Body Shaming*. Celem projektu było upowszechnienie, zwłaszcza wśród nastolatków, idei ciałopozytywności: wdrożenie strategii samoakceptacji poprzez odrzucenie zewnętrznej skali ocen i porównań, prowadzących bardzo często do licznych problemów natury emocjonalnej i psychicznej (włącznie ze stanami depresyjnymi i zaburzeniami odżywiania). „Nauka” ciałopozytywności dotyczyć miała szczególnie tych osób, które z racji dominujących trendów estetycznych i kulturowych na co dzień doświadczają marginalizacji i stygmatyzacji społecznej. Co istotne, materiały edukacyjne (głównie plakaty i infografikę) przygotowywali studenci prowadzonego przez mnie autorskiego kursu „Ciało i płeć w kulturze”.

## Szczegółowy wykaz działalności dydaktycznej i organizacyjnej:

### 1. Pełnione funkcje:

2012-2016: wicedyrektor Instytutu Polonistyki i Kulturoznawstwa UO,

od 2012 roku – nadal: koordynator programu Erasmus+,

od 2018 – nadal: członek Państwowej Komisji do spraw Poświadczania Znajomości Języka Polskiego jako Obcego,

- 01.02.2021 – 31.01.2022: p.o. kierownika Katedry Nauk o Kulturze i Religii Uniwersytetu Opolskiego.

### 2. Prowadzone konwersatoria, wykłady, kursy fakultatywne (w latach 2010-2022):

- historia medycyny (wykłady i seminaria na kierunku lekarskim)
- ciało i pleć w kulturze (autorski kurs zewnętrzny ogólnouczelniany)
- antropologia śmierci (autorski kurs zewnętrzny ogólnouczelniany)
- Foreign Language: Polish (kurs prowadzony na kierunku Europa Master)
- British Culture
- American Culture
- historia kultury krajów Śródziemnomorza w starożytności
- historia kultury krajów Śródziemnomorza od średniowiecza
- kultura popularna
- dydaktyka nauczania WOK
- analiza i interpretacja tekstów kultury
- wstęp do kulturoznawstwa
- polska kultura dnia codziennego
- kultura XXI wieku
- teoria kultury
- współczesne teorie kultury
- historia myśli kulturoznawczej
- kierunki badań humanistycznych
- filozofia kultury
- socjologia kultury
- subkultury
- historia mody
- socjologia mody
- strach i lęk w kulturze (wykład monograficzny)
- antropologia ciała (wykład monograficzny)

### 3. Działalność promotorska i recenzyjna:

- promotor 53 prac licencjackich,
- promotor pomocniczy pracy doktorskiej mgra Olafa Pajączkowskiego pt. *Formy powieści dla młodzieży „shared worlds” i książek interaktywnych związanych z „Role-*

*Playing Games*" – promotor: prof. dr hab. Bożena Olszewska (Wydział Filologiczny Uniwersytetu Opolskiego; obrona 20.09.2020),  
- recenzent 67 prac licencjackich i magisterskich.

4. Ukończone studia podyplomowe, staże i szkolenia:
  - trysemestralne studia podyplomowe z zakresu nauczania języka polskiego jako obcego – Uniwersytet Opolski 2017/18,
  - 64-godzinny kurs tutorski w ramach 5 edycji Szkoły Tutorów Akademickich – Collegium Wratislaviense (2014),
  - szkolenie: „Studenci zagraniczni w pracy jednostek UO” w ramach realizacji projektu „Welcome to UO” – Uniwersytet Opolski 2019.
  
5. Nagrody i wyróżnienia:

Nagroda Quality Rektora UO za osiągnięcia dydaktyczne – 2015.
  
6. Dodatkowa działalność organizacyjna:
  - nauczanie języka polskiego jako obcego w ramach: kursów języka polskiego dla studentów programu Erasmus+ (2012-2018) oraz projektu Biura Wspierania Integracji, skierowanego do obywateli państw trzecich (2015-2019) – projekt ten, współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, zarządzany był przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych,
  - przygotowanie i organizacja Wojewódzkiego Konkursu Wiedzy o Kulturze skierowanego do uczniów gimnazjów i szkół średnich (Opole 2014); Wydział Filologiczny Uniwersytetu Opolskiego,
  - przygotowanie na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Opolskiego programu dwujęzycznego kierunku studiów pierwszego stopnia: MEDIA CULTURES – opracowanie efektów kształcenia oraz siatki/harmonogramu zajęć; koordynowanie prac całego zespołu.

*Maureen Huber*