

Nowy porządek medyczny: między demokratyzacją wiedzy a pułapką optymalizacji w świetle książki Bad Influence Deborah Cohen



AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje transformację współczesnej medycyny, w której radykalny dostęp do informacji zburzył dawną hierarchię wiedzy klinicznej. Choć demokratyzacja danych teoretycznie wzmacnia pacjenta, brak filtrów jakościowych sprawia, że rzetelne dowody naukowe przegrywają z ekonomią uwagi. Algorytmy platform cyfrowych promują emocjonalne narracje i anegdotyczne świadectwa influencerów zamiast statystyki i medycyny opartej na faktach (EBM). W efekcie dochodzi do zderzenia logiki epistemicznej z ekonomiczną, gdzie łatwiejsze w odbiorze heurystyki zastępują rygorystyczną analizę danych. Tekst ostrzega przed pułapką optymalizacji zdrowia, w której informacja biologiczna staje się produktem marketingowym, a nie narzędziem diagnostycznym.

The article analyzes the transformation of modern medicine, in which radical access to information has dismantled the former hierarchy of clinical knowledge. Although the democratization of data theoretically empowers the patient, the lack of quality filters means that reliable scientific evidence loses out to the attention economy. Digital platform algorithms promote emotional narratives and anecdotal testimonies from influencers instead of statistics and evidence-based medicine (EBM). As a result, an epistemic logic clashes with an economic one, where easier-to-digest heuristics replace rigorous data analysis. The text warns against the health optimization trap, in which biological information becomes a marketing product rather than a diagnostic tool.

Artykuł analizuje fundamentalną zmianę w relacji człowiek-zdrowie, wywołaną przez splot medycyny cyfrowej i ekonomii uwagi. Autor stawia tezę, że współczesny pacjent stał się „prosumentem zdrowia”, który dysponując ogromnym zasobem nieskalibrowanych informacji oraz narzędziami do permanentnego monitoringu organizmu, wpada w pułapkę hiperwizyglancji. W świecie, gdzie algorytmy promują emocjonalną narrację ponad dowody naukowe, a luki w dostępie do lekarzy wypełniają wyszukiwarki i influencerzy, dochodzi do zjawiska „samozamknięcia diagnostycznego”. Kluczowym przesłaniem tekstu jest ostrzeżenie przed nowym rodzajem nadzoru: uwewnętrznionym spojrzeniem klinicznym, w którym język medyczny i cyfrowe wzorce zachowań nie tylko opisują rzeczywistość, ale realnie ją kształtują. Poprzez mechanizmy nocebo, interocepcję oraz społeczne modelowanie objawów (np. funkcjonalne tiki), informacja przestaje być neutralna – zaczyna modyfikować percepcję ciała i kreować nowe kategorie chorobowe, przekształcając zdrowego człowieka w wiecznego konsumenta optymalizacji.

SŁOWA KLUCZOWE

nowy porządek medyczny

demokratyzacja wiedzy medycznej

pułapka optymalizacji

ekonomia uwagi

samozamknięcie diagnostyczne

wellness industrial complex

higiena epistemiczna

disease mongering

looping effect

orthosomnia

credence goods

logika platformowa

hiperwizyglancja

interocepcyjna higiena

Demokratyzacja wiedzy medycznej bez filtrów jakości

Historię medycyny można opisać jako proces stopniowego zwiększania ludzkiej kontroli nad biologicznym losem. Dzięki przełomom w nauce i technice coraz większa część cierpienia, którą wcześniejsze pokolenia traktowały jako nieuchronny wyrok natury, stała się przedmiotem przewidywania, zapobiegania lub leczenia.

Współczesna przemiana ma jednak inny charakter. Nie sprowadza się ona do odkrycia nowego leku czy urządzenia diagnostycznego, lecz dotyczy samego środowiska, w którym człowiek dowiaduje się, czym jest zdrowie, rozpoznaje chorobę, interpretuje sygnały własnego ciała i podejmuje decyzję o interwencji. Doszło do zbiegu przemian technologicznych, ekonomicznych, instytucjonalnych i

kulturowych, które dopiero występując jednocześnie, stworzyły jakościowo nowy porządek medyczny. Pierwszą z nich jest radykalna demokratyzacja dostępu do informacji.

Jeszcze pod koniec XX wieku wiedza kliniczna miała strukturę piramidy. U jej podstaw znajdował się pacjent z doświadczeniem własnych objawów; wyżej stał lekarz dysponujący wiedzą zawodową, a ponad nim wyspecjalizowane ośrodki akademickie, towarzystwa naukowe i instytucje opracowujące standardy postępowania. Przepływ informacji odbywał się przede wszystkim z góry ku dołowi.

Pacjent mógł oczywiście korzystać z poradników czy konsultować się z innymi chorymi, jednak koszt zdobycia profesjonalnej wiedzy był wysoki – wymagał czasu, pośrednictwa instytucji oraz kompetencji niezbędnych do dotarcia do specjalistycznego piśmiennictwa. Internet zburzył tę architekturę.

Smartfon w kieszeni pacjenta zawiera dziś większy zasób informacji medycznej niż biblioteka dostępna przeciętnemu lekarzowi kilka dekad temu, lecz jednocześnie nie posiada bibliotecznego katalogu jakości. Brakuje w nim filtra, który oddzielałby wyniki metaanalizy od reklamy suplementu, opis przypadku od badania randomizowanego, konsensus kliniczny od osobistego przekonania czy fachową poradę od komunikatu stworzonego by maksymalizować czas oglądania.

Nie oznacza to, że dawny porządek był epistemologicznie idealny. Paternalistyczny model relacji lekarz-pacjent często opierał się na asymetrii nie tylko wiedzy, ale i władzy. Pacjentom nie zawsze wyjaśniano alternatywy, ryzyko czy niepewność; osoby przewlekle chore, kobiety czy pacjenci z grup marginalizowanych często doświadczali bagatelizowania objawów. Demokratyzacja wiedzy pozwoliła na tworzenie społeczności pacjenckich, wymianę doświadczeń w chorobach rzadkich i budowanie bardziej partnerskiej relacji z profesjonalistą.

Problem współczesności nie polega zatem na tym, że pacjent „wie za dużo”. Polega on na tym, że dostęp do informacji został zdemokratyzowany szybciej niż mechanizmy oceny jej jakości. Społeczeństwo otrzymało ogromny zasób wiedzy bez jednoczesnego upowszechnienia metodologii pozwalającej rozróżniać hierarchie dowodów.

Druga przemiana dotyczy samej ekonomii informacji. Choć klasyczna medycyna akademicka boryka się z finansowymi konfliktami interesów, jej instytucjonalny ideał pozostaje czytelny: twierdzenie powinno być oceniane według jakości dowodu, a nie atrakcyjności narracji.

Ekonomia uwagi zastępuje dowody naukowe narracją i heurystyką

Platforma cyfrowa operuje według innej funkcji celu. Jej podstawowym zasobem jest uwaga użytkownika, zatem algorytm rekomendacyjny nie musi rozstrzygać, która informacja jest najbardziej prawdopodobna; ma jedynie ustalić, która z nich najskuteczniej zatrzyma odbiorcę.

Dochodzi tu do zderzenia logiki epistemicznej z logiką ekonomiczną. Nauka premiuje możliwość falsyfikacji, ostrożność interpretacji, replikację i rzetelne określenie ograniczeń badania, a także gotowość do przyznania: „nie wiemy”. Ekonomia uwagi promuje natomiast emocjonalną jednoznaczność, osobistą historię, konflikt, niezwykłość, obietnicę natychmiastowej korzyści oraz poczucie odkrycia wiedzy ukrywanej przez innych.

Ta przemiana objawia się jako przejście od medycyny opartej na prawdopodobieństwie do „fabryki świadectw”, w której anegdota osobista zyskuje siłę konkurencyjną wobec danych populacyjnych. Influencer nie analizuje, czy określona interwencja w konkretnej grupie zwiększyła średnią szansę na efekt przy danym ryzyku działań niepożądanych. Zamiast tego pokazuje własne ciało, kuchnię, wyniki laboratoryjne, sen, utratę masy ciała, cierpienie lub uzdrowienie. Informacja biologiczna zostaje zatem opakowana w strukturę narracyjną, która dla ludzkiego umysłu jest poznawczo znacznie łatwiejsza niż statystyka. W konsekwencji świadectwo nie konkuruje z badaniem klinicznym wyłącznie jako gorszy dowód – konkuruje jako lepiej przystosowany nośnik kulturowy.

Mechanizm ten można zrozumieć poprzez klasyczne osiągnięcia psychologii poznawczej. Ludzie nie budują obrazu świata, nieustannie wykonując rachunek bayesowski; korzystają z heurystyk. Łatwość przypomnienia sobie dramatycznego przypadku zwiększa subiektywne prawdopodobieństwo zdarzenia. Dlatego pojedyncza historia osoby, której „badanie uratowało życie”, może oddziaływać silniej niż dane wskazujące, że masowe badanie populacji bezobjawowej generuje dużą liczbę wyników fałszywie dodatnich. Efekt iluzorycznej prawdy sprawia z kolei, że powtarzana informacja staje się poznawczo płynniejsza, co bywa błędnie interpretowane jako wiarygodność. Dowód społeczny powoduje, że zainteresowanie innych traktujemy jako heurystyczną wskazówkę wartości, a efekt autorytetu działa nawet wtedy, gdy źródło posiada kompetencje w dziedzinie tylko luźno związanej z ocenianym twierdzeniem.

W środowisku platformowym mechanizmy te nie są przypadkowe. Algorytm może nie znać psychologicznej terminologii, ale poprzez optymalizację zaangażowania systematycznie selekcionuje treści najlepiej wykorzystujące właściwości ludzkiej uwagi. Trzecim elementem tego splotu jest kryzys dostępności instytucjonalnej. Cyfrowy rynek zdrowia nie wyrósł wyłącznie z

faktu, że przedsiębiorcy odkryli opłacalność wellness; powstał także dlatego, że systemy publiczne pozostawiły przestrzeń, którą rynek mógł wypełnić. Przykład brytyjski przywołany przez autora książki jest w tym kontekście szczególnie wymowny.

Luka dostępności jako katalizator samozamknięcia diagnostycznego

British Social Attitudes Survey odnotował w 2024 roku historyczne minimum zadowolenia z funkcjonowania NHS, wynoszące 21%. Nowsze badanie za rok 2025 wskazuje wprawdzie odbicie do poziomu 26% — pierwsze od 2019 roku —, lecz nie oznacza ono rozwiązania problemów z dostępnością: jedynie 27% respondentów deklaruowało zadowolenie z czasu oczekiwania na wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, 16% z czasu oczekiwania na świadczenia szpitalne, a 14% z oczekiwania w opiece ratunkowej. Właściwsze jest zatem mówić nie o nieprzerwanym "upadku NHS", lecz o długotrwałym kryzysie dostępności i zaufania, w którym po historycznym minimum nastąpiła częściowa poprawa nastrojów.

Ta korekta ma istotne znaczenie dla szerszej argumentacji autora. Komercyjny ekosystem zdrowotny nie potrzebuje całkowitego rozpadu publicznej medycyny; wystarczy różnica między czasem biologicznym niepokoju a czasem instytucjonalnym odpowiedzi. Człowiek, który wieczorem zauważa kołatanie serca, zmianę skórą, nieregularność miesiączki, rozproszenie uwagi albo niewyjaśnione zmęczenie, odczuwa potrzebę natychmiastowej interpretacji. Jeśli profesjonalna konsultacja ma nastąpić dopiero za kilka tygodni lub miesięcy, luka czasowa zostaje wypełniona wyszukiwarką, forum, aplikacją, chatbotem, filmem na TikToku, testem wysyłkowym albo płatną konsultacją online.

Nie trzeba tu zakładać irracjonalności pacjenta. Z punktu widzenia teorii decyzji jego zachowanie jest zrozumiałe: podmiot wybiera źródło dostępne w chwili doświadczania niepewności. Problem polega na tym, że informacja zdobyta w tej luce nie pozostaje neutralnym materiałem oczekującym na późniejszą ocenę profesjonalisty. Przez kolejne dni i tygodnie może ona zostać uformowana w narrację diagnostyczną. Użytkownik wpisuje objaw do wyszukiwarki, otrzymuje listę potencjalnych chorób, zaczyna rozpoznawać kolejne symptomy, dołącza do społeczności, ogląda relacje osób o podobnych doświadczeniach i przyswaja specjalistyczne słownictwo. Każde kolejne zapytanie dostarcza algorytmowi informacji o zainteresowaniach, na co system odpowiada jeszcze większą liczbą podobnych treści. Powstaje w ten sposób sprzężenie zwrotne między niepokojem człowieka a systemem rekomendacyjnym.

To, co początkowo było pytaniem — "dlaczego jestem zmęczony?" —, po kilku tygodniach może przybrać strukturę twierdzenia: "mam zaburzenie X, potrzebuję tylko formalnego potwierdzenia". Pojawia się jedna z centralnych figur tekstu: Doktor Google, który szuka potwierdzenia diagnozy u specjalisty. Formuła ta nie jest wyrazem szyderstwa wobec pacjentów korzystających z internetu, lecz opisuje zmianę kolejności epistemicznej.

W klasycznym modelu pacjent przynosił lekarzowi objawy, lekarz formułował hipotezy diagnostyczne, a badania pozwalały je różnicować. W nowym modelu pacjent coraz częściej dostarcza nie tylko objaw, lecz także jego gotową interpretację, terminologię, listę badań, sugestię farmakoterapii oraz wsparcie społeczności internetowej, która przez wiele godzin utwierdzała go w określonym rozumieniu stanu własnego organizmu. Autor książki trafnie identyfikuje tę asymetrię czasu: narracja chorobowa może powstawać miesiącami, podczas gdy konsultacja profesjonalna trwa kilkanaście lub kilkadziesiąt minut.

Nie musi to oczywiście prowadzić do błędnej diagnozy. Pacjent dzięki samodzielnemu poszukiwaniu wiedzy może dostrzec problem zignorowany wcześniej przez system. Medycyna zna liczne historie osób, które latami szukały właściwego rozpoznania, zanim trafiły na specjalistę potrafiącego prawidłowo zinterpretować nietypowy obraz kliniczny. Internet może skracać odyseję diagnostyczną, ułatwiać znalezienie eksperta oraz pozwalać chorym na rzadkie schorzenia identyfikować osoby o podobnych doświadczeniach.

Dlatego potępienie samodiagnozy jako takiej byłoby intelektualnie słabe. Należy raczej odróżnić samoinformowanie, które zwiększa zdolność uczestnictwa w decyzji klinicznej, od samozamknięcia diagnostycznego, w którym hipoteza zostaje psychologicznie przekształcona w fakt przed przeprowadzeniem procesu różnicowania. Rozróżnienie to jest kluczowe, gdyż medycyna operuje niepewnością. Rozpoznanie nie wynika z prostego dopasowania jednego objawu do jednej jednostki chorobowej; ten sam symptom może mieć wiele przyczyn, a ta sama choroba manifestować się w sposób bardzo różny.

Zmęczenie występuje w niedokrwistości, infekcjach, zaburzeniach snu, depresji, chorobach tarczycy, schorzeniach autoimmunologicznych, przewlekłym przeciążeniu pracą i dziesiątkach innych stanów. Trudność kliniczna nie polega więc na odnalezieniu choroby, która może powodować dany objaw, lecz na oszacowaniu, która przyczyna jest dostatecznie prawdopodobna przy określonym wieku, wywiadzie, obrazie pozostałych symptomów i wynikach badań. Internetowa lista dopasowań odpowiada doskonale na pierwsze pytanie, lecz znacznie gorzej na drugie.

Ujawnia się tu paradoks demokratyzacji wiedzy medycznej. Pacjent otrzymuje coraz więcej danych, ale dane nie są tożsame z wiedzą kliniczną. Wiedza ekspercka obejmuje nie tylko znajomość informacji, lecz także rozpoznawanie ich wartości diagnostycznej, częstości występowania, prawdopodobieństw warunkowych, ograniczeń pomiaru, naturalnej zmienności biologicznej oraz kosztu błędów fałszywie dodatnich i ujemnych. Specjalista nie różni się od wyszukiwarki wyłącznie liczbą zapamiętanych jednostek chorobowych. Jego wartość polega w dużej mierze na kalibracji znaczenia informacji. W epoce, w której wyszukiwarka lub model językowy potrafią w sekundy wymienić sto przyczyn bólu głowy, właśnie ta zdolność do hierarchizacji staje się istotniejsza niż sama możliwość wygenerowania listy.

Wzrost rozdzielczości pomiaru kreuje pułapkę optymalizacji

Czwartym elementem zbieżnych zmian jest upowszechnienie cyfrowego pomiaru. Człowiek nie tylko czyta dziś o zdrowiu, ale sam wytwarza dane na jego temat. Smartwatch rejestruje tętno, liczbę kroków, saturację, rytm snu i zmienność rytmu serca, podczas gdy aplikacje dokumentują cykl menstruacyjny, dietę, aktywność, nastrój czy masę ciała. Z kolei systemy Continuous glucose monitors udostępniają niemal ciągłą krzywą stężenia glukozy.

Domowe zestawy diagnostyczne pozwalają na pobieranie próbek bez konieczności wizyty w placówce medycznej. Sekwencjonowanie, badania biomarkerów i komercyjna diagnostyka obrazowa przesuwają obszar pomiaru coraz głębiej w strukturę organizmu. Tworzy to sytuację historycznie nową: osoba nieodczuwająca żadnych objawów może każdego dnia otrzymywać setki sygnałów dotyczących własnej fizjologii. Jednak samo zwiększenie liczby pomiarów nie musi przekładać się na proporcjonalny wzrost wiedzy.

Biologia jest z natury dynamiczna. Organizm nie utrzymuje jednej, idealnej wartości każdego parametru; funkcjonuje raczej poprzez zakresy, oscylacje i adaptacyjne odpowiedzi na środowisko. Im więcej wskaźników i im częstsze pomiary, tym większe prawdopodobieństwo, że choć jeden wynik znajdzie się poza arbitralnie ustaloną granicą. O ile przy dziesięciu parametrach mierzonych raz w roku kontakt z „anomaliami” jest rzadki, o tyle przy codziennym monitorowaniu dziesiątek wskaźników anomalność staje się niemal nieuniknionym elementem codzienności. Problem zdrowotny zaczyna wówczas powstawać nie tylko dlatego, że organizm uległ zmianie, ale dlatego, że wzrosła rozdzielczość obserwacji organizmu.

Taki stan rzeczy przygotowuje grunt pod przejście od medycyny choroby do medycyny optymalizacji. Tradycyjne pytanie „czy jestem chory?” zostaje zastąpione pytaniem „czy moje parametry są najlepsze, jakie mogłyby być?”. Choroba pozostaje kategorią, którą można – przynajmniej w wielu przypadkach – powiązać z zaburzeniem funkcji, cierpieniem, pogorszeniem rokowania lub konkretnym ryzykiem. Optymalność natomiast nie posiada naturalnej granicy. Jeśli poziom aktywności może być wyższy, sen głębszy, procent tkanki tłuszczowej niższy, zmienność rytmu serca korzystniejsza, wiek biologiczny mniejszy, a poziom biomarkera bardziej zbliżony do postulowanego optimum, projekt poprawiania organizmu nie ma punktu końcowego.

Zjawisko to autor książki uchwycił w pojęciu „pułapki optymalizacji”: urządzenia przeznaczone początkowo do monitorowania choroby lub wspierania prozdrowotnych nawyków zaczynają tworzyć normę doskonałości, względem której zdrowy użytkownik stale okazuje się niedostatecznie zdrowy. Oura Ring, trackery snu czy sensory glukozy stają się w tej perspektywie czymś więcej niż tylko urządzeniami.

Kwantyfikacja zdrowia i ekonomia wiecznej optymalizacji

Technologie te wprowadzają język, przez który użytkownik interpretuje samego siebie. Sen przestaje być subiektywnym doświadczeniem wypoczęcia i staje się wynikiem punktowym; jedzenie przestaje być elementem odżywiania, przyjemności i życia społecznego, a zostaje sprowadzone do wykresu odpowiedzi metabolicznej. Autor książki opisuje nawet paradoks użytkowników CGM wybierających żywność tylko dlatego, że generuje ona atrakcyjniejszą krzywą glikemii, choć ocena zdrowotna całego produktu mogłaby prowadzić do innych wniosków. W teorii społecznej zmianę tę można interpretować jako rozszerzenie logiki kwantyfikacji. Alain Desrosières pokazywał, że statystyka nie jest wyłącznie neutralnym zwierciadłem społeczeństwa: kategorie pomiaru współtworzą rzeczywistość instytucjonalną, którą następnie opisują.

Podobna intuicja znajduje zastosowanie na poziomie jednostki. To, co zostaje zmierzone, nabiera szczególnego statusu rzeczywistości. Wartości niewidoczne na dashboardzie – poczucie sensu, bliskość, odpoczynek, spontaniczność, bezpieczeństwo czy radość z posiłku – mogą zostać poznawczo zdegradowane wobec wartości przedstawionych liczbą. Nie wynika to z braku zrozumienia znaczenia relacji czy dobrostanu psychicznego, lecz z faktu, że liczba oferuje atrakcyjne poczucie precyzji i kontroli. Prawo Goodharta, wywodzące się pierwotnie z refleksji nad polityką monetarną, dostarcza tu użytecznej metafory analitycznej: gdy wskaźnik staje się celem, jego wartość jako wskaźnika może ulec pogorszeniu. Liczba kroków jest przybliżeniem aktywności

fizycznej, ale człowiek może zacząć optymalizować samą liczbę zamiast szerzej rozumianej sprawności. Score snu jest próbą opisanego procesu fizjologicznego, lecz użytkownik może zacząć "spać dla wyniku", a lęk wywołany złym wynikiem sam utrudni zasypianie. Pomiar, który miał redukować niepewność, zaczyna ją produkować.

W literaturze klinicznej zjawisko obsesyjnego podporządkowania zachowania danym z urzędów do monitorowania snu opisano pojęciem orthosomnia. Autor książki traktuje je jako ilustrację szerszego mechanizmu, w którym obserwacja organizmu może przekształcić się z narzędzia poznania w źródło hiperwizygacji. Piątym elementem tego splotu zmian jest przemiana modelu biznesowego.

Zdrowie od dawna było częścią gospodarki, a medycyna nigdy nie znajdowała się poza ekonomią. Nowością jest jednak możliwość uzyskania przychodu nie tylko z leczenia choroby, ale z niekończącej się różnicy między stanem aktualnym i postulowanym optimum. Człowiek zdrowy tradycyjnie opuszcza rynek medyczny: jeżeli nie wymaga kontroli, leczenia ani profilaktyki, nie generuje dalszego zapotrzebowania. Człowiek optymalizujący pozostaje konsumentem bez końca. Może stale wykonywać nowe badania, analizować dodatkowe biomarkery, kupować sensory, suplementy, konsultacje, plany dietetyczne i interwencje anti-aging.

Z tej perspektywy komercyjnie najbardziej atrakcyjny nie jest ani pacjent ciężko chory, ani człowiek całkowicie spokojny o zdrowie. Najatrakcyjniejszy jest zdrowy człowiek, który nie posiada pewności, czy jest dostatecznie zdrowy. Na potrzeby analizy pojęcie Wellness Industrial Complex jest użyteczne właśnie wtedy, gdy nie traktuje się go jako teorii spisku ani jednolitego podmiotu kierującego rynkiem. Trafniej oznacza ono emergentny układ bodźców łączący przedsiębiorstwa technologiczne, sektor diagnostyczny, producentów suplementów, prywatne kliniki, influencer marketing, platformy cyfrowe i część przemysłu farmaceutycznego. Poszczególni uczestnicy nie muszą koordynować swoich działań, aby powstał wspólny rezultat.

Platformie opłaca się treść budząca zainteresowanie zdrowiem; influencerowi powiększanie zaangażowania; producentowi testu rozszerzanie grupy potencjalnych klientów; klinice zwiększanie liczby konsultacji; konsumentowi zaś – przynajmniej subiektywnie – zakup poczucia kontroli. Z indywidualnie racjonalnych decyzji może zatem wyłonić się systemowo nieracjonalna nadprodukcja testowania, monitorowania i lęku. Oznacza to, że ekonomia zdrowia musi zostać połączona z ekonomią behawioralną.

Rynek zwykłego dobra konsumpcyjnego funkcjonuje względnie prosto: nabywca może po zakupie ocenić, czy but jest wygodny, posiłek smaczny, a komputer wystarczająco szybki. Usługi medyczne należą natomiast do dóbr zaufania – credence goods – których jakość konsumentowi trudno ocenić

nawet po skorzystaniu z nich. Pacjent nie zawsze wie, czy poprawa nastąpiła dzięki interwencji, naturalnemu przebiegowi choroby, regresji do średniej, zmianie innych zachowań czy efektowi placebo. Jeszcze trudniej ocenić wartość badania wykonanego profilaktycznie. Jeśli niczego nie wykryto, można uznać, że kupiono spokój; jeśli coś wykryto, można uznać, że badanie było konieczne. Dostawca usługi posiada zatem przewagę informacyjną pozwalającą sprzedawać interwencje, których rzeczywista wartość kliniczna jest dla konsumenta bardzo trudna do samodzielnego oszacowania.

Konflikt logiki platformowej z ostrożnością diagnostyczną

Do tego dochodzi szósty element: pandemia COVID-19 przyspieszyła społeczną akceptację zdalnego kontaktu medycznego. Telemedycyna sama w sobie jest rozwiązaniem o ogromnej wartości – ułatwia dostęp osobom mieszkającym daleko od placówek, pacjentom z ograniczoną mobilnością, osobom wymagającym prostych konsultacji kontrolnych oraz chorym potrzebującym ciągłości opieki. Jednocześnie normalizacja medycyny ekranowej obniżyła psychologiczną barierę między konsultacją kliniczną a usługą cyfrową. Skoro receptę, skierowanie, poradę czy wynik badania można otrzymać przez telefon, naturalnym krokiem staje się przekonanie, że cały proces medyczny może być zorganizowany na wzór innych usług platformowych: natychmiastowo, spersonalizowanie i bez konieczności przechodzenia przez czasochłonną instytucję. Medycyna napotyka tu jednak granicę filozofii "on demand".

Dostawę posiłku można zoptymalizować tak, by maksymalnie skrócić czas od zamówienia do momentu dotarcia pod drzwi konsumenta. Diagnostyka nie zawsze powinna polegać na minimalizacji czasu między pytaniem a odpowiedzią. Niekiedy poprawne postępowanie wymaga obserwacji, powtórzenia pomiaru, przeprowadzenia pogłębionego wywiadu, wykluczenia rozpoznań konkurencyjnych lub zaakceptowania faktu, że na obecnym etapie wiedzy jednoznaczna odpowiedź nie istnieje. Logika platformowa interpretuje zwłokę jako wadę usługi; logika kliniczna może traktować ją jako metodę poznawczą. Zderzenie tych dwóch temporalności – natychmiastowości konsumpcyjnej i ostrożności diagnostycznej – będzie jednym z najważniejszych napięć nowej medycyny.

Polska jest pod tym względem szczególnie interesującym laboratorium, gdyż cyfryzacja oficjalnego systemu ochrony zdrowia osiągnęła tu dużą skalę. Według Centrum e-Zdrowia w lipcu 2026 roku ponad 21 milionów osób korzystało z Internetowego Konta Pacjenta. Już w październiku 2025 roku system odnotowywał ponad 2,8 miliarda wystawionych e-recept i blisko 298 milionów e-

skierowań. Polski pacjent przyzwyczał się więc do tego, że istotna część relacji z ochroną zdrowia ma postać cyfrową, natychmiastową i dostępną z poziomu telefonu. Błędem byłoby jednak interpretować tę transformację jako zagrożenie samo w sobie.

E-recepta, IKP i e-skierowanie rozwiązują realne problemy transakcyjne, zwiększają przejrzystość historii świadczeń i redukują część biurokratycznego kosztu kontaktu z systemem. Polska sytuacja pozwala jednak dostrzec ważne rozróżnienie: cyfrowa dostępność infrastruktury nie jest tym samym co kliniczna dostępność profesjonalisty. Według danych OECD publikowanych w 2025 roku, 51% respondentów w Polsce deklarowało zadowolenie z dostępności wysokiej jakości opieki zdrowotnej (przy średniej OECD wynoszącej 64%), a 3,8% zgłaszało niezaspokojone potrzeby zdrowotne, co jest wynikiem nieco powyżej średniej OECD (3,4%). Powstaje więc polska odmiana tego samego paradoksu, który autor książki obserwuje przede wszystkim na przykładzie brytyjskim.

Dostęp do interfejsu medycyny może być bardzo szybki, podczas gdy dostęp do jej zasobu najbardziej deficytowego – czasu wykwalifikowanego specjalisty – pozostaje ograniczony. Pacjent w kilka sekund sprawdzi historię recept, otworzy wynik albo znajdzie prywatną usługę diagnostyczną, lecz interpretacja tych danych nadal wymaga wiedzy, kontekstu oraz czasu. Cyfryzacja usuwa zatem część tarcia administracyjnego, ale nie usuwa epistemicznej trudności medycyny. Co więcej, przyzwyczajając obywatela do natychmiastowej obsługi, może zwiększać jego frustrację wobec tych elementów ochrony zdrowia, których nie da się przyspieszyć bez zwiększenia zasobów.

Zbieg tych zmian nie prowadzi do prostego zastąpienia lekarza algorytmem ani systemu publicznego prywatną aplikacją. Powstaje układ hybrydowy, w którym pacjent porusza się między państwowym e-zdrowiem, wyszukiwarką, komercyjnym laboratorium, influencerem, lekarzem, urządzeniem ubieralnym, społecznością internetową i coraz częściej systemami sztucznej inteligencji. Każde z tych źródeł generuje informacje według innej logiki instytucjonalnej: lekarz jest związany odpowiedzialnością zawodową, laboratorium sprzedaje badanie, platforma optymalizuje uwagę, influencer buduje reputację i zasięg, społeczność dzieli się doświadczeniem, a algorytm generatywny syntetyzuje prawdopodobieństwa językowe. Dla użytkownika wszystkie te komunikaty pojawiają się jednak na tym samym ekranie i mogą wyglądać podobnie przekonująco.

Tu właśnie zaczyna się zasadnicza zmiana epistemologiczna.

Od emancypacji do uwewnętrznionego nadzoru prosumenta

Dawny problem pacjenta polegał na niedostatku informacji. Dziś wyzwaniem staje się nadmiarze informacji pozbawionej jednoznacznej hierarchii wiarygodności. W takich warunkach kluczową kompetencją przestaje być samo zdobywanie wiedzy, a staje się nią selekcja, kalibracja i umiejętność tolerowania niepewności. To właśnie ta niepewność jest produktem, który współczesny rynek zdrowia potrafi wyjątkowo skutecznie monetyzować: im więcej człowiek dowiaduje się o potencjalnych zagrożeniach, biomarkerach czy niedoskonałościach fizjologicznych, tym więcej znajduje powodów do kolejnego pomiaru.

Przejście od paternalizmu medycznego do pacjenckiej sprawczości nie jest zatem prostą historią emancypacji. Choć sprawczość jest realna – pacjent ma dziś szerszy dostęp do danych i alternatyw – jego pole wyboru jest kształtowane przez architekturę platform, interesy handlowe oraz specyfikę ludzkiego poznania. Michel Foucault analizował niegdyś „spojrzenie kliniczne”, dzięki któremu nowoczesna medycyna nauczyła się traktować ciało jako przedmiot profesjonalnej obserwacji. W XXI wieku to spojrzenie zostało częściowo uspołecznione. Człowiek zaczyna patrzeć na samego siebie oczami laboratorium, trackera, aplikacji i katalogu symptomów.

Profesjonalny nadzór nie znika, lecz zostaje uwewnętrzniony. Doniosłym produktem tej transformacji może nie być konkretne urządzenie czy lek, lecz nowy typ podmiotu zdrowotnego: człowiek stale obserwujący własny organizm, nieustannie interpretujący sygnały biologiczne i gotowy do działania, zanim pojawi się klasycznie rozumiana choroba. Taki podmiot nie jest ani biernym pacjentem dawnej medycyny, ani w pełni autonomicznym, racjonalnym konsumentem. Jest prosumentem – jednocześnie odbiorcą informacji, ich producentem i obiektem nieustannego pomiaru.

W tym kontekście staje się jasne, dlaczego słowa, obrazy i kategorie diagnostyczne nabierają znaczenia wykraczającego poza samą komunikację. Jeśli jednostka poznaje swój organizm poprzez repertuar symptomów dostarczany przez środowisko cyfrowe, język przestaje jedynie nazywać istniejące doświadczenia. Zaczyna zmieniać sposób kierowania uwagi na ciało, organizować oczekiwania, wyostrzać percepcję określonych doznań i dostarczać gotowych form interpretacji niejasnych sygnałów fizjologicznych. Granica między opisaniem objawu a nauczeniem człowieka, jak go u siebie rozpoznawać, okazuje się znacznie mniej oczywista, niż zakładała dawna wiara w neutralność informacji medycznej.

Właśnie w tej przestrzeni – między językiem, oczekiwaniem, uwagą, biologicznym odczuwaniem a społecznym naśladownictwem – należy umieścić kolejny etap rozważań. Pytanie o to, czy słowa mogą rodzić choroby, nie jest metaforyczną prowokacją. To pytanie o granice efektu nocebo, interocepcji, predictive processing, funkcjonalnych objawów neurologicznych, społecznego uczenia się i kulturowej konstrukcji kategorii diagnostycznych.

Odpowiedź na nie wymaga jednak dużej ostrożności, by nie przecenić sprawczości narracji, tak jak wcześniej medycyna przeceniała czysto biologiczne wyjaśnienia cierpienia. Teza, że słowa mogą rodzić choroby, byłaby naukowo nie do obrony, gdyby rozumieć ją dosłownie – jako twierdzenie, iż wypowiedź językowa wytwarza dowolną patologię biologiczną. Informacja o nowotworze nie tworzy mutacji komórkowej, film o cukrzycy nie powoduje niedoboru insuliny, a opis zakażenia nie zastępuje działania drobnoustroju.

Język i oczekiwania jako biologiczne bodźce kształtujące objawy

Utożsamienie znaczenia słowa z etiologią biologiczną byłoby odmianą magicznego myślenia. Teza staje się jednak znacznie poważniejsza, gdy potraktujemy słowo nie jako zaklęcie, lecz jako bodziec kształtujący oczekiwania, uwagę, interpretację sygnałów płynących z ciała, zachowanie oraz uczenie społeczne. Wtedy język okazuje się jednym z elementów biologicznego środowiska człowieka, ponieważ mózg nie odbiera świata biernie. Nie tylko rejestruje bodźce, lecz interpretuje je w świetle wcześniejszych doświadczeń, przewidywań i kategorii, których nauczyła go kultura. Autor książki lokuje ten problem w samym centrum przemian medycyny cyfrowej.

Opisuje on gwałtowny wzrost funkcjonalnych zachowań tikopodobnych u nastolatków w okresie pandemii, podobieństwo części ich objawów do wzorców prezentowanych w mediach społecznościowych oraz znaczenie efektu nocebo i społecznego modelowania. Intuicja ta zasługuje jednak na dokładne rozwarstwienie, ponieważ pod wspólnym określeniem "słowa wywołują objawy" mogą kryć się mechanizmy zupełnie różnego rodzaju. Czym innym jest nocebo, czym innym funkcjonalne zaburzenie neurologiczne, czym innym społeczna transmisja wzorca zachowania, czym innym hipochondryczna interpretacja normalnych doznań, a jeszcze czym innym rzeczywista choroba organiczna, której objawy zostają nasilone przez lęk. Nauka staje się interesująca właśnie tam, gdzie odrzuca jednocześnie dwie skrajności: redukcjonistyczne przekonanie, że skoro objaw nie ma prostego uszkodzenia strukturalnego, to jest "zmyślony", oraz przeciwne przekonanie, że każda narracja medyczna może bezpośrednio stworzyć dowolny stan chorobowy. Punktem wyjścia jest efekt nocebo, mroczny odpowiednik znacznie bardziej znanego

placebo. W klasycznym rozumieniu placebo oznacza zmianę stanu pacjenta związaną z kontekstem terapeutycznym, oczekiwaniem i uczeniem, której nie można przypisać specyficznemu mechanizmowi badanej substancji. Nocebo dotyczy odpowiednio pogorszenia objawów albo pojawienia się działań niepożądanych związanych z negatywnym oczekiwaniem lub kontekstem. Nie jest przy tym synonimem "wmawiania sobie choroby".

Badania nad tym zjawiskiem pokazują, że oczekiwanie może modulować między innymi doświadczenie bólu, nudności, świądu oraz innych doznań somatycznych; literatura wskazuje na udział zarówno mechanizmów poznawczych, jak i fizjologicznych. Przegląd parasolowy obejmujący szerokie piśmiennictwo dotyczące placebo i nocebo wykazał, że zjawiska te są dokumentowane w wielu dziedzinach medycyny, choć ich skala, mechanizmy i jakość dowodów pozostają zróżnicowane.

Subiektywna realność objawu nie dowodzi jego organicznej przyczyny

Szczególnie pouczająca jest relacja między oczekiwaniem a lękiem. Metaanaliza 59 niezależnych badań, obejmująca ponad trzy tysiące uczestników, wykazała, że manipulacje nocebo wyraźnie zwiększały negatywne oczekiwania oraz – w mniejszym stopniu – lęk sytuacyjny; oba te zjawiska wiązały się z późniejszym nasileniem efektu nocebo. Jednocześnie sama skłonność do lęku, rozumiana jako względnie trwała cecha osobowości, nie wykazywała analogicznego związku. To rozróżnienie ma istotne znaczenie społeczne: nie trzeba zakładać istnienia osobnej klasy "ludzi podatnych na wmawianie sobie choroby". Kontekst może czasowo zmienić oczekiwania osoby wcześniej funkcjonującej zupełnie normalnie, a następnie wpłynąć na sposób, w jaki interpretuje ona doświadczenia cielesne. Klasycznym przykładem, który przywołuje autor książki, jest badanie SAMSON dotyczące osób, które zrezygnowały ze stosowania statyn z powodu przypisywanych im działań niepożądanych. Uczestnicy otrzymywali w losowej kolejności miesiące terapii atorwastatyną, placebo oraz okresy bez przyjmowania tabletek. Średnie nasilenie zgłaszanych objawów wynosiło 8,0 w okresach przerwy, 16,3 podczas stosowania statyny i 15,4 przy przyjmowaniu placebo; różnica między lekiem a placebo nie była istotna statystycznie. Autorzy wyliczyli wskaźnik nocebo na poziomie 0,90, a połowa uczestników sześć miesięcy po zakończeniu eksperymentu ponownie zaczęła przyjmować statyny.

Wynik ten jest przekonujący właśnie dlatego, że nie wymaga nadinterpretacji. Nie dowodzi on, że wszystkie działania niepożądane statyn są psychogenne, że każdy ból zgłaszany przez pacjenta wynika z lęku, ani że farmakologia nie ma znaczenia. Pokazuje natomiast coś poznawczo bardziej

interesującego: subiektywna realność objawu nie pozwala sama przez się określić jego mechanizmu przyczynowego. Człowiek może doświadczać autentycznego bólu, zmęczenia czy dyskomfortu, a zarazem błędnie przypisywać ich przyczynę substancji czynnej. W badaniu SAMSON nawet czas wystąpienia i ustępowania objawów nie pozwalał rzetelnie odróżnić statyny od placebo. Doświadczenie było prawdziwe; inferencja przyczynowa mogła być fałszywa.

To rozróżnienie powinno zostać uznane za filar nowoczesnej epistemologii medycznej. W języku potocznym wciąż dominuje niebezpieczna dychotomia: albo objaw jest "organiczny", a więc prawdziwy, albo "psychiczny", co czyni go w pewnym sensie mniej realnym. Neurobiologia nie uzasadnia tak prostego podziału. Ból nie jest bezpośrednim odczytem uszkodzenia tkanki, lecz doświadczeniem konstruowanym przez układ nerwowy na podstawie informacji nocycyptywnej, kontekstu, wcześniejszych doświadczeń, uwagi, emocji i przewidywania. Podobnie duszność, zawroty głowy, zmęczenie czy świąd są doświadczeniami cielesnymi powstającymi z integracji wielu strumieni informacji.

Uwaga i interocepcja jako mechanizmy modyfikacji odczuć cielesnych

Psychologiczna modyfikacja tego procesu nie oznacza, że jest on fikcyjny. Świadczy raczej o tym, że psychologia stanowi jeden z poziomów funkcjonowania biologicznego organizmu. W tym miejscu kluczowa dla analizy staje się interocepcja, czyli szeroko rozumiane przetwarzanie sygnałów płynących z wnętrza ciała. Serce bije nieprzerwanie, jelita pracują, naczynia zmieniają napięcie, mięśnie pozostają w różnych stanach pobudzenia, a układ oddechowy reaguje na stężenie gazów – organizm bez przerwy generuje ogromny strumień informacji fizjologicznej. Większość tych sygnałów nie dociera do świadomości jako wyraźne doświadczenie; mózg musi dokonywać selekcji. Uwaga skierowana na konkretną część ciała może jednak zwiększyć salientę subtelnych doznań, które wcześniej pozostawały w tle. To, co jeszcze wczoraj było pomijalnym napięciem mięśnia, po przeczytaniu listy objawów może zostać zauważone, nazwane i włączone do narracji chorobowej. Nie oznacza to, że sama uwaga „produkuje” symptomy; trafniej jest stwierdzić, że wpływa ona na próg detekcji oraz interpretację sygnału.

Przykład można znaleźć w codzienności. Osoba, która po raz pierwszy przeczyta o mimowolnym zaciskaniu szczęki, może nagle zacząć dostrzegać napięcie, które prawdopodobnie występowało u niej już wcześniej. Informacja nie stworzyła tego napięcia, lecz dostarczyła kategorii pozwalającej wydzielić je ze strumienia doznań. Jeśli użytkownik zaczyna monitorować to odczucie wielokrotnie w ciągu godziny, jego znaczenie psychologiczne rośnie. Gdy dołącza do tego interpretacja

zagrożenia, może pojawić się dodatkowe napięcie autonomiczne i mięśniowe – pierwotny sygnał, uwaga i reakcja tworzą wówczas sprzężenie zwrotne. Teorie predictive processing próbują opisać ten proces w sposób bardziej ogólny. Zakładają one, że percepcja nie jest biernym kopiowaniem świata, lecz wynikiem integracji sygnałów zmysłowych z probabilistycznymi przewidywaniami mózgu. System nerwowy nieustannie formułuje hipotezy dotyczące źródeł danych i aktualizuje je pod wpływem błędów w przewidywaniach. Doświadczenie zależy więc zarówno od informacji „z dołu” (receptorów), jak i od modeli „z góry”, ukształtowanych przez wiedzę, kontekst i oczekiwania. Współczesne analizy wykorzystują tę ramę także do badania funkcjonalnych zaburzeń neurologicznych, wskazując na rolę przekonań chorobowych, poczucia sprawstwa, interocepcji oraz emocji.

Szczególnie istotne jest pojęcie precyzji. Nie wszystkie sygnały i przewidywania mają w systemie poznawczym taką samą wagę; mózg musi zdecydować, którym informacjom bardziej ufać. Jeśli słaby i niejednoznaczny sygnał cielesny spotyka się z silnym wcześniejszym przekonaniem, interpretacja może zostać przesunięta w stronę oczekiwanej kategorii. Silna i jednoznaczna informacja sensoryczna potrafi natomiast skutecznie skorygować przewidywanie. Uwaga jest jednym ze sposobów regulowania tej precyzji: sygnał, na który organizm intensywnie kieruje uwagę, zyskuje większe znaczenie dla dalszego wnioskowania. W środowisku cyfrowym mechanizm ten nabiera skali, której wcześniejsza medycyna nie musiała brać pod uwagę. Użytkownik aplikacji zdrowotnej otrzymuje codziennie dziesiątki bodźców kierujących jego uwagę ku organizmowi: zegarek informuje o tętnie, aplikacja o jakości snu, internetowy film o „pięciu cichych objawach”, forum o nietypowym przebiegu choroby, a reklama laboratorium przekonuje, że ukryty problem można wykryć, zanim stanie się widoczny. Powstaje kultura systematycznego zwiększania precyzji przypisywanej sygnałom cielesnym. Człowiek uczy się, że ciało należy nieustannie obserwować, gdyż pozornie nieważne odczucie może być istotną informacją diagnostyczną. Z jednej strony jest to logiczny skutek sukcesu prewencji – medycyna nauczyła nas, że wczesne wykrycie wielu chorób poprawia rokowania.

Problem pojawia się jednak wtedy, gdy zasada racjonalna w konkretnej populacji zostaje przekształcona w uniwersalny imperatyw hiperwizyglancji. „Nie lekceważ ważnych objawów” zmienia się w „każdy sygnał może być początkiem ważnej choroby”. W pierwszym przypadku uwaga jest narzędziem profilaktyki; w drugim sama niepewność staje się argumentem za dalszą obserwacją. Ponieważ organizm nigdy nie jest całkowicie pozbawiony doznań, system ten może nie posiadać naturalnego punktu zakończenia.

Kalibracja informacji i społeczne uczenie się nocebo

Mechanizm nocebo pozwala zrozumieć, dlaczego komunikacja medyczna sama w sobie jest interwencją. Lekarz ma etyczny obowiązek poinformowania pacjenta o możliwych działaniach niepożądanych terapii, jednak sposób przekazania tych treści wpływa na to, czego chory oczekuje i co następnie zauważy w swoim organizmie. Nie oznacza to jednak, że należy ukrywać ryzyko, by chronić pacjenta przed autosugestią.

Byłoby to powrotem do paternalizmu. Kluczowym problemem jest konstrukcja komunikatu, który umożliwi świadomą zgodę, nie potęgując przy tym niepotrzebnie lęku przed szkodą. Literatura dotycząca czynników ryzyka nocebo wskazuje m.in. na znaczenie wcześniejszych doświadczeń, oczekiwań, relacji pacjent-lekarz oraz kontekstu leczenia i samego sposobu komunikowania informacji. Można tu dostrzec paradoks prawdomówności klinicznej: pacjent powinien wiedzieć o możliwym wystąpieniu objawu, lecz sama ta wiedza może zwiększyć prawdopodobieństwo jego odnotowania. Rozwiązaniem nie jest kłamstwo, lecz kalibracja informacji – czyli przedstawienie częstości zjawiska, jego znaczenia klinicznego, możliwości odwrócenia objawu oraz konkretnego sposobu postępowania. Istnieje zasadnicza różnica między komunikatem „lek często powoduje bóle mięśni” a stwierdzeniem: „część osób odczuwa podczas leczenia bóle mięśni, lecz podobne dolegliwości są częste również bez leku; jeżeli się pojawią, ocenimy ich charakter i zdecydujemy, czy wymagają zmiany terapii”. Oba zdania niosą tę samą informację o możliwym objawie, ale organizują oczekiwanie pacjenta w zupełnie odmienny sposób.

Internetowa komunikacja zdrowotna jest często pozbawiona takiej kalibracji. Algorytm nie ma ekonomicznej motywacji, by eksponować mianownik statystyczny. Film pt. „trzy objawy, które oznaczają, że coś jest nie tak z twoimi hormonami” ma znacznie większy potencjał zatrzymania odbiorcy niż wykład o dodatniej wartości predykcyjnej testu w populacji o niskim prawdopodobieństwie przedtestowym.

Treść medyczna w sieci podlega selekcji narracyjnej: eksponowane są doświadczenia najbardziej niezwykle, intensywne i emocjonalne. W rezultacie środowisko informacyjne może systematycznie zawyżać subiektywnie postrzeganą częstość skrajnych przebiegów chorób. Do nocebo dochodzi tu drugi mechanizm: uczenie obserwacyjne. Człowiek uczy się nie tylko przez własne doświadczenie i instrukcje werbalne, ale również poprzez obserwację innych. Metaanaliza z 2024 roku, obejmująca dwadzieścia badań i 1388 uczestników, wykazała, że samo społeczne uczenie się może indukować efekt nocebo o średniej lub dużej sile w porównaniu z brakiem interwencji. Efekt obserwacji był w tych eksperymentach porównywalny z warunkowaniem klasycznym i silniejszy niż wynikający wyłącznie z bezpośredniej instrukcji słownej.

Ustalenie to nadaje kulturze audiowizualnej znacznie większą wagę niż dawnej kulturze poradników medycznych. Oglądanie osoby doświadczającej objawu nie jest psychologicznie równoważne z przeczytaniem jego opisu. Z tego punktu widzenia media społecznościowe tworzą środowisko niemal idealne dla uczenia obserwacyjnego.

Użytkownik nie styka się z pojedynczym modelem raz. Otrzymuje powtarzającą się sekwencję ludzi opisujących podobne odczucia, demonstrujących zachowania i nadających im sens. Algorytm dodatkowo dopasowuje kolejne przykłady do dotychczasowych zainteresowań odbiorcy. Dawniej naśladowanie objawu wymagało zazwyczaj wspólnej przestrzeni fizycznej lub intensywnego przekazu medialnego. Dzisiaj sieć społeczna może tworzyć wspólnotę percepcyjną ludzi, którzy nigdy się nie spotkali, a jednak wielokrotnie obserwują te same wzorce zachowań. Najbardziej spektakularnym studium przypadku stały się gwałtownie pojawiające się funkcjonalne zachowania tikopodobne wśród nastolatków i młodych dorosłych w czasie pandemii COVID-19. Autor książki wskazuje na wyraźną odmienność demograficzną i fenomenologiczną tych przypadków względem klasycznego zespołu Tourette'a: późniejszy, gwałtowny początek, przewagę nastoletnich dziewcząt, bardziej złożone ruchy i wokalizacje oraz podobieństwo niektórych zachowań do treści obserwowanych w internecie. Późniejsze przeglądy literatury potwierdzają istnienie takiego fenotypu w wielu ośrodkach. Autorzy podkreślają jednak konieczność stosowania ostrożniejszego określenia **functional tic-like behaviours** zamiast automatycznego utożsamiania ich z zespołem Tourette'a.

Badania kliniczne dostarczyły argumentów za związkiem części przypadków z mediami społecznościowymi. Seria sześciu nastoletnich pacjentek opisana w 2021 roku wskazywała, że wszystkie przed pojawieniem się symptomów były eksponowane na materiały konkretnej osobowości internetowej prezentującej zachowania tikopodobne. W innym badaniu porównującym trzynastce osób z nagłymi zachowaniami tikopodobnymi z trzynastoma pacjentami z zespołem Tourette'a odnotowano m.in. gwałtowny początek, bardziej złożone ruchy oraz fenomenologię przypominającą treści z social mediów. Najnowsze przeglądy podtrzymują kliniczną odrębność funkcjonalnych zachowań tikopodobnych i podkreślają znaczenie właściwego rozpoznania, gdyż ich leczenie różni się od postępowania w klasycznych zaburzeniach tikowych. Należy jednak odrzucić uproszczoną narrację, jakoby „TikTok wywołał tiki”. Korelacja czasowa i podobieństwo fenomenologiczne nie wystarczają do przypisania platformie jedynej przyczynowości.

Pandemia była jednocześnie okresem izolacji społecznej, lęku, przerwania edukacji, zaburzeń rytmu dnia oraz zwiększonego obciążenia psychicznego młodzieży przy gwałtownym wzroście korzystania z urządzeń cyfrowych. Przeglądy wskazują na kombinację predyspozycji, stresu, kontekstu pandemicznego i ekspozycji społecznościowej. Social media można więc traktować jako

jeden z możliwych nośników i wzmacniaczy fenotypu, a nie jako wystarczającą przyczynę każdego przypadku. Takie ujęcie jest istotne również z punktu widzenia etyki.

Spółeczna transmisja objawów w architekturze cyfrowej

Funkcjonalny charakter objawu nie oznacza jego świadomego odgrywania. Functional neurological disorder jest współcześnie rozumiane jako rzeczywiste zaburzenie funkcjonowania układu nerwowego, którego diagnoza nie powinna być stawiana wyłącznie poprzez „brak znalezienia choroby organicznej”. Objawy są mimowolne, mogą powodować znaczne cierpienie i niepełnosprawność, a ich mechanizm badany jest między innymi poprzez modele zaburzonego przetwarzania sensorycznego i motorycznego, oczekiwania, poczucia sprawstwa, interocepcji oraz predictive processing. Oskarżenie pacjenta o symulację tylko dlatego, że symptom posiada komponent funkcjonalny, jest więc równie błędne, co utożsamianie każdego symptomu neurologicznego z uszkodzeniem strukturalnym.

Tutaj język medycyny ujawnia swoją władzę społeczną. Określenia takie jak „psychogenne”, „somatyzacja”, „funkcjonalne” czy dawniej „histeryczne” niosą ze sobą długą historię kulturowych skojarzeń. Mogą one sugerować pacjentowi, że lekarz uważa jego cierpienie za nierzeczywiste. W reakcji chory może poszukiwać coraz większej liczby badań potwierdzających organiczną etiologię, a brak potwierdzenia traktować jako kolejny dowód ignorowania choroby przez system. Niewłaściwa komunikacja diagnozy funkcjonalnej może więc sama napędzać odyseję diagnostyczną, którą później interpretujemy jako irracjonalne zachowanie pacjenta. To kolejny przykład systemowego sprzężenia zwrotnego: język mający zamknąć diagnostykę może otwierać jej kolejne etapy.

Zjawiska funkcjonalne posiadają historię znacznie starszą niż media społecznościowe. W literaturze opisywano przypadki masowych zachorowań funkcjonalnych lub socjogennych, w których podobne objawy pojawiały się w grupach połączonych wspólnym środowiskiem i napięciem społecznym. Autor przywołuje między innymi przypadek Le Roy w stanie Nowy Jork z lat 2011–2012. Współczesna ponowna analiza tego zdarzenia również klasyfikuje je jako przypadek masowej choroby psychogennej, z nagle rozpoczynającymi się tikami i innymi symptomami funkcjonalnymi. Nowością platform cyfrowych nie jest więc sama możliwość społecznej transmisji objawu, lecz zerwanie zależności między transmisją a geograficzną bliskością. To zerwanie ma daleko idące konsekwencje.

Klasyczna epidemia zakaźna potrzebuje sieci kontaktów umożliwiających transmisję patogenu; zjawisko społeczne potrzebuje sieci transmisji informacji. Przed epoką cyfrową obie sieci często

częściowo się nakładały, ponieważ ludzie wymieniali informacje głównie z osobami w swoim bezpośrednim otoczeniu. Platforma globalna rozdzieliła te dwa porządki. Wzorzec zachowania może teraz zostać zobaczony przez miliony odbiorców oddalonych od siebie o tysiące kilometrów.

Badacze analizujący przypadki tikopodobne zaproponowali nawet określenie „mass social media-induced illness”, choć jego zakres i sposób interpretacji pozostają przedmiotem dyskusji. Niezależnie od terminologii, fenomen ten zmusza epidemiologię do uwzględnienia nowego rodzaju wektora: zasięgu treści. Nie powinno to jednak prowadzić do utożsamienia informacji z patogenem. Wirus replikuje się według mechanizmu biologicznego niezależnie od tego, co człowiek o nim sądzi; treść natomiast wymaga odbiorcy posiadającego określoną historię, podatność, kontekst i zdolność interpretacji. Metafora „zakaźności informacji” jest użyteczna tylko wtedy, gdy pamiętamy o tej różnicy.

Nie każda osoba oglądająca materiały dotyczące tików rozwija objawy, podobnie jak większość osób czytających listę symptomów nowotworu nie zaczyna doświadczać choroby funkcjonalnej. Podatność jest heterogeniczna, a zjawisko ma strukturę probabilistyczną. Znacznie lepszym modelem niż patogen jest sprzężenie między ekspozycją, saliencją, oczekiwaniem, modelowaniem i podatnością. Treść zwraca uwagę na określony rodzaj doświadczenia, a wielokrotna ekspozycja sprawia, że wzorzec staje się poznawczo dostępny. Obserwacja innych dostarcza modelu wykonania lub interpretacji.

Wysokie napięcie psychofizjologiczne może zwiększać podatność na objawy, a reakcja otoczenia nadaje symptomowi dodatkowe znaczenie. Algorytm, wykrywając zainteresowanie, zwiększa ekspozycję. Tym sposobem nie pojedyncza informacja, ale architektura wielokrotnego sprzężenia może zwiększać prawdopodobieństwo utrwalenia doświadczenia. Media społecznościowe wprowadzają do tego modelu jeszcze jeden element: widzialność reakcji społecznej. Użytkownik obserwuje nie tylko symptom, lecz również komentarze, współczucie, identyfikację grupową, liczbę odsłon i status osoby, która o nim mówi. Nie musi to oznaczać świadomego dążenia do uwagi – psychologia uczenia pokazuje jednak, że konsekwencje zachowania wpływają na jego utrwalanie niezależnie od refleksyjnej intencji. Reakcje społeczne mogą zwiększać znaczenie określonej tożsamości lub wzorca ekspresji, podczas gdy społeczność dostarcza jednocześnie słownika służącego jego opisaniu.

Autor zwraca uwagę na komercjalizację części tego ekosystemu, wskazując, że niektórzy twórcy treści dotyczących tików sprzedawali własne produkty lub merchandising. Nie należy jednak wyciągać z tego faktu wniosku, że zysk powoduje symptomy albo że twórcy świadomie je produkują. Znaczenie ekonomiczne jest subtelniejsze.

Język i klasyfikacje medyczne aktywnie kształtują objawy

Platforma wynagradza widzialność, a największe zaangażowanie generują zachowania najbardziej wyraziste. Tworzy to środowisko selekcyjne, w którym pewne formy ekspresji rozprzestrzeniają się szybciej niż inne, co sprawia, że odbiorca otrzymuje niereprezentatywny obraz rzeczywistego spektrum choroby. Tu właśnie pojawia się problem „reprezentatywności symptomów”.

Zespół Tourette'a w populacji klinicznej charakteryzuje się ogromnym zróżnicowaniem objawów, jednak w kulturze internetowej uwagę przyciągają przede wszystkim przejawy widowiskowe: gwałtowne ruchy, złożone wokalizacje, koprolalia czy niekontrolowane gesty. Ktoś, kto uczy się pojęcia tej choroby głównie z feedu, może wytworzyć prototyp dalece odbiegający od typowego obrazu epidemiologicznego. Prototyp ten wpływa następnie zarówno na sposób rozpoznawania choroby u innych, jak i na interpretację własnych doznań. Powstaje pętla między kulturą reprezentacji a fenomenologią zgłaszanych objawów.

W tym miejscu teoria społecznego uczenia spotyka się z socjologią klasyfikacji. Ian Hacking zwrócił uwagę na szczególną właściwość kategorii odnoszących się do ludzi: osoby klasyfikowane mogą dowiadywać się, jak zostały nazwane, reagować na tę etykietę i modyfikować swoje zachowanie, zmieniając tym samym zbiór zjawisk, które kategoria ma opisywać. Hacking określał ten proces mianem **looping effect**. Nie oznacza on, że zaburzenie jest fikcją stworzoną przez nazwę, lecz że w naukach o człowieku klasyfikacja może wejść do badanego układu i stać się jednym z czynników zmieniających jego dalsze funkcjonowanie. Rozpoznanie medyczne nie opisuje kamienia, który pozostaje obojętny wobec swojej klasyfikacji. Opisuje człowieka zdolnego uczynić diagnozę częścią własnej biografii. W kulturze cyfrowej **looping effect** może działać znacznie szybciej niż w epoce klasycznych instytucji.

Kategoria diagnostyczna natychmiast otwiera dostęp do licznych narracji autobiograficznych, porad, wspólnot oraz sposobów interpretowania doświadczenia. Człowiek przestaje jedynie „mieć diagnozę” – uczy się, co ona oznacza społecznie i jak inni o niej mówią. Może dzięki temu lepiej zrozumieć siebie, zmniejszyć poczucie osamotnienia i zyskać narzędzia do organizacji życia, ale może także zacząć przypisywać diagnozie zachowania, które wcześniej rozumiał inaczej. Skutek emancypacyjny i medykalizujący nie wykluczają się wzajemnie.

Staje się to szczególnie istotne w psychiatrii i psychologii, gdzie wiele kategorii opiera się na zespołach objawów opisywanych przez pacjenta oraz obserwowanych w jego zachowaniu. Tam słownik choroby ma ogromną wartość. Osoba nieznająca pojęcia napadu paniki może przeżywać

kolejne epizody jako niewytłumaczalne zagrożenie życia; właściwa nazwa potrafi zmniejszyć lęk, skierować ku leczeniu i przywrócić poczucie przewidywalności. Ten sam mechanizm semantyczny może jednak działać przeciwnie, gdy szerokie i niespecyficzne doświadczenia codzienności zostają pochopnie podporządkowane kategorii klinicznej. Język jest więc jednocześnie narzędziem wyzwolenia z chaosu i instrumentem możliwej nadinterpretacji. Należy odróżnić nazywanie doświadczenia od poszerzania puli objawów. Pierwsze może poprawiać diagnostykę; drugie sprawia, że kategoria staje się tak szeroka, iż znaczna część populacji rozpoznaje w sobie jej elementy. Problem ten nie ogranicza się wyłącznie do mediów społecznościowych.

Historia psychiatrii to historia zmieniających się klasyfikacji i sporów o granicę między normalnością a zaburzeniem. Środowisko cyfrowe przyspiesza jednak przepływ kategorii z podręcznika klinicznego do języka codziennego. Termin, który wcześniej funkcjonował w obiegu specjalistycznym, może w kilka miesięcy stać się powszechnym idiomem opisu zachowania. Nie każdy taki transfer jest degradacją wiedzy.

Spółeczeństwa uczą się języka zdrowia psychicznego i dzięki temu potrafią rozpoznawać cierpienie, które wcześniejsze pokolenia tłumili lub stygmatyzowały. Problem pojawia się, gdy pojęcie traci kryteria odróżniające zaburzenie od zwykłej ludzkiej zmienności. Jeżeli każda niechęć do konfliktu zostaje nazwana traumą, potrzeba porządku – kompulsją, roztargnienie – ADHD, zmiana nastroju – zaburzeniem afektywnym, a toksyczna relacja – narcystyczną przemocą, język kliniczny przestaje zwiększać rozdzielczość opisu.

Zaczyna paradoksalnie ją zmniejszać. W konsekwencji formułę „słowa rodzą choroby” należy rozumieć w co najmniej czterech sensach. Po pierwsze, słowa mogą kształtować oczekiwanie, które poprzez mechanizmy placebo moduluje rzeczywiste doświadczenie symptomów. Po drugie, słowa kierują uwagę, zwiększając salientność określonych sygnałów interoceptywnych. Po trzecie, język dostarcza modelu interpretacyjnego, pozwalającego przypisać niejasnemu doznaniu konkretną przyczynę. Po czwarte, kategorie diagnostyczne mogą uczestniczyć w pętlach społecznego uczenia i tożsamości, modyfikując sposób rozumienia i komunikowania własnych zachowań. Żaden z tych mechanizmów nie uzasadnia tezy, że wszystkie choroby są „w głowie”. Każdy jednak podważa naiwny model, według którego informacja o zdrowiu jest wobec niego całkowicie neutralna. Otwiera to poważny problem regulacyjny.

Higiena epistemiczna jako tarcza przed komercjalizacją lęku

Reklama zwykłego produktu może wpłynąć na preferencje konsumenta, jednak reklama zdrowotna idzie dalej – potrafi zmienić sposób, w jaki interpretujemy własne ciało. Firma sprzedająca test, suplement czy terapię zyskuje możliwość współtworzenia popytu nie tylko poprzez przekonywanie, że jej produkt jest lepszy od konkurencyjnego, ale przede wszystkim sugerując odbiorcy, że cierpi on na problem wymagający konkretnego rozwiązania. W ekonomii medycyny ten szczególny przypadek kreowania rynku poprzez rozszerzanie świadomości choroby określa się pojęciem **disease mongering**. Granica między wartościową edukacją społeczną a handlowym poszerzaniem kategorii pacjenta jest przy tym niezwykle trudna do wyznaczenia.

Model biznesowy platform technologicznych potęguje ten problem, gdyż przedsiębiorstwo nie musi samo sprzedawać diagnozy. Wystarczy, że sprzedaje uwagę odbiorcy podmiotom, których interes zależy od zainteresowania konkretnym problemem zdrowotnym. Im dłużej człowiek pozostaje zaabsorbowany stanem swojego organizmu, tym więcej generuje danych o swoich zainteresowaniach i tym łatwiej kierować do niego kolejne treści. Lęk zdrowotny zyskuje więc dodatknią wartość ekonomiczną nawet wtedy, gdy nikt świadomie nie projektuje systemu w celu jego wywołania. To klasyczny przykład rezultatu emergentnego: algorytm optymalizujący zaangażowanie, twórca dbający o zasięg, reklamodawca goniący za sprzedażą i użytkownik troszczący się o zdrowie mogą wspólnie wytworzyć środowisko permanentnej medycznej czujności.

W takim otoczeniu tradycyjna formuła „nie googluj objawów” staje się równie nieskuteczna, co zalecenie rezygnacji z internetu. Problemem nie jest samo wyszukiwanie informacji, lecz brak kompetencji probabilistycznych. Użytkownik powinien wiedzieć, że możliwość nie jest tożsama z prawdopodobieństwem, objaw niespecyficzny ma niską wartość diagnostyczną, pojedynczy przypadek nie określa częstości populacyjnej, a wynik testu zawsze zależy od prawdopodobieństwa przedtestowego. Powinien również rozumieć, że własna obserwacja, choć jest ważnym źródłem danych, nie jest poznawczo przezroczysta – uwagę i percepcję modyfikują bowiem oczekiwania, lęk oraz wcześniejsza ekspozycja informacyjna. Medycyna przyszłości będzie zatem potrzebowała nie tylko **health literacy**, lecz czegoś, co autor nazywa **interocepcyjną i epistemiczną higieną**.

Pierwsza z nich oznacza zdolność zauważania sygnałów organizmu bez przekształcania każdego odchylenia w zagrożenie. Druga to umiejętność oceny jakości twierdzenia, źródła oraz stopnia niepewności. Nie chodzi o wychowanie obywatela obojętnego na symptomy, lecz o człowieka potrafiącego zachować właściwą miarę między ignorowaniem ciała a nieustannym jego przesłuchiowaniem. Podobnej kompetencji wymaga sam lekarz. Pacjent przychodzący z

rozpoznaniem znalezionym w sieci nie powinien być traktowany jak intruz naruszający monopol eksperta. Jego poszukiwania mogą być racjonalną odpowiedzią na cierpienie, brak dostępu do specjalisty, wcześniejsze doświadczenie lekceważenia lub realną potrzebę zrozumienia własnego stanu. Zadaniem profesjonalisty staje się rekonstrukcja procesu poznawczego: co pacjent zauważył, czego się dowiedział, które informacje uznał za przekonujące, jakie alternatywy rozważał i jakie znaczenie przypisuje wynikowi. Taka rozmowa jest trudniejsza niż proste zanegowanie diagnozy, ale ma szansę przerwać błędne sprzężenie zwrotne bez niszczenia zaufania.

Również osoby tworzące treści zdrowotne powinny przyjąć do wiadomości, że sposób prezentowania objawu staje się częścią jego społecznego środowiska. Nie oznacza to cenzurowania ludzi opowiadających o chorobie – ich świadectwa mogą przełamywać stygmatyzację i dostarczać bezcennej wiedzy o doświadczeniu pacjenta. Wymaga to jednak rezygnacji z fałszywego przekonania, że każda „autentyczna historia” jest epistemicznie neutralna. Autentyczność doświadczenia nie gwarantuje poprawności jego interpretacji przyczynowej, a popularność świadectwa nie czyni go reprezentatywnym.

Współczesna medycyna staje zatem przed problemem, który dawniej zajmował głównie filozofów języka i socjologów wiedzy. Nazwy nie są obojętne wobec ludzkiej rzeczywistości, ponieważ człowiek potrafi działać na ich podstawie. Kategoria pozwala dostrzec doświadczenie, które dotąd nie miało formy, ale może również sprawić, że zaczniemy widzieć tę formę wszędzie. Informacja pozwala odzyskać kontrolę, lecz może także zwiększyć zakres rzeczy podlegających tej kontroli. Pomiar redukuje niepewność dotyczącą jednego parametru, a jednocześnie otwiera pięć nowych pytań. Sieć demokratyzuje wiedzę, ale równocześnie demokratyzuje możliwość błędnej interpretacji.

Warto przejść od mechanizmu powstawania i wzmacniania objawu do mechanizmu powstawania **kategorii diagnostycznej**. Jeżeli język kieruje uwagę na ciało, kluczowe staje się pytanie, skąd bierze się lista zachowań i doświadczeń, które kultura uznaje w danym momencie za symptomy. Historia ADHD, rozszerzania kryteriów diagnostycznych, cyfrowego przepisywania terminologii psychologicznej oraz popularności pojęć takich jak „dysregulacja dopaminowa”, „time blindness” czy „rejection sensitivity” pokazuje, że stawką nie jest jedynie poprawność pojedynczej diagnozy. Stawką jest sama **pula objawów**, z której jednostka i lekarz budują współczesny obraz tego, co uznaje się za zaburzenie, wariant normalności albo cechę tożsamości.

Czy w świecie totalnego pomiaru i cyfrowej przejrzystości organizmu jesteśmy jeszcze w stanie odróżnić autentyczny sygnał choroby od echa cudzej narracji? Być może największym wyzwaniem nowoczesności nie jest już walka z brakiem wiedzy, lecz nauka

tolerowania biologicznej niepewności. Pytanie brzmi: czy potrafimy pozostać zdrowi w systemie, który monetyzuje każdy cień wątpliwości co do naszej doskonałości?

Inspiracje

[1]



"Bad Influence" Deborah Cohen

Simon and Schuster | ISBN: 9780861549894

Dr **Deborah Cohen** jest brytyjską dziennikarką śledczą, prezenterką radiową i lekarzem z wykształceniem medycznym. Uzyskała tytuł doktora medycyny na Uniwersytecie w Manchesterze, zanim zajęła się dziennikarstwem medycznym i komunikacją naukową. Cohen jest obecnie starszym pracownikiem naukowym w LSE Health w London School of Economics. Wcześniej pełniła funkcję redaktora założyciela działu śledczego w czasopiśmie The BMJ (British Medical Journal), gdzie utworzyła specjalny dział śledczy czasopisma. Na tym stanowisku, jako niezależna reporterka, prowadziła duże śledztwa dla BBC Panorama, Channel 4 Dispatches i międzynarodowych konsorcjów, inicjując znaczące reformy w praktyce klinicznej i regulacjach dotyczących wyrobów medycznych. Cohen później pełniła funkcję korespondenta ds. zdrowia w BBC Newsnight, gdzie kierowała relacjami podczas pandemii COVID-19, oraz redaktora naukowego w ITV News. W swojej pracy krytycznie analizuje dezinformację medyczną, konflikty interesów w handlu i zarządzanie opieką zdrowotną.

Dr. Deborah Cohen is a British investigative journalist, broadcaster, and medically qualified doctor. She earned her medical degree from the University of Manchester before transitioning into health reporting and science communication. Cohen is currently a Senior Visiting Fellow at LSE Health at the London School of Economics. She previously served as the founding investigations editor at The BMJ (British Medical Journal), where she established the journal's dedicated investigative unit. In that role and as an independent reporter, she led major investigations for BBC Panorama, Channel 4 Dispatches, and international consortia, prompting significant reforms in clinical practice and medical device regulation. Cohen later served as health correspondent for BBC Newsnight, leading coverage during the COVID-19 pandemic, and as science editor for ITV News. Her work critically examines medical misinformation, commercial conflicts of interest, and healthcare governance.

London School of Economics

Literatura uzupełniająca

Książki

Książki autora i dzieła przywołane w tekście:



[1] "Last Call at the Hotel Imperial"

Deborah Cohen

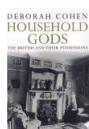
2022 | Random House | ISBN: 9780525511205



[2] "Family Secrets"

Deborah Cohen

2013 | Oxford University Press | ISBN: 9780199985630



[3] "Household Gods"

Deborah Cohen

2006 | Yale University Press | ISBN: 9780300112139



[4] "The War Come Home"

Deborah Cohen

2001 | Univ of California Press | ISBN: 9780520220089



[5] "Dramatic Acts"

KENDALL HUNT PUB CO, Reilly, Deborah Cohen, Rebecca Morrice, Gordon Phetteplace, David Skeele, Laura Smiley

2011 | ISBN: 9780757590221



[6] "Just Get Me Through This! - Revised and Updated"

Deborah A. Cohen, Robert M. Gelfand, M.D.

2012 | Kensington Publishing Corp. | ISBN: 9780758285478

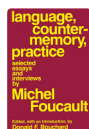
Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[7] "The Archaeology of Knowledge"

Michel Foucault

1972



[8] "Language, Counter-memory, Practice"

Michel Foucault

1977



[9] "The Social Construction of What?"

Ian Hacking

Harvard University Press | ISBN: 9780674004122



[10] "Mad Travelers: Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses"

Ian Hacking

Harvard University Press | ISBN: 9780674009547



[11] "Health Systems-- the Challenge of Change"

M. K. Chytil

1992



[12] "Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare"

Bernadette Mazurek Melnyk, Ellen Fineout-Overholt

2022 | Lippincott Williams & Wilkins | ISBN: 9781975185749



[13] "Social Medicine in the 21st Century"

Samuel Barrack

2011 | iMedPub | ISBN: 9781461096139



[14] "MEDINFO 2019: Health and Wellbeing e-Networks for All"

Lucila Ohno-Machado

2019 | SAGE Publications Limited | ISBN: 9781643680033



[15] "Annual Meeting of the American Public Health Association and Related Organizations"

American Public Health Association

1988

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] "Pour une sociologie historique de la quantification"

Alain Desrosières

2008 | Presses des Mines eBooks | DOI: 10.4000/books.pressessmines.901

[Źródło](#)

[2] "How to Make Things Which Hold Together: Social Science, Statistics and the State"

Alain Desrosières

2007 | Springer eBooks | DOI: 10.1007/978-0-585-29174-1_8

[Źródło](#)

[3] "Measurement and its Uses: Harmonization and Quality in Social Statistics"

Alain Desrosières

2000 | International Statistical Review | DOI: 10.1111/j.1751-5823.2000.tb00320.x

[Źródło](#)

[4] "How to be Real and Conventional: A Discussion of the Quality Criteria of Official Statistics"

Alain Desrosières

2009 | DOI: 10.1007/s11024-009-9125-3

[Źródło](#)

[5] "Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977"

Michel Foucault, Colin Gordon

1980

[Źródło](#)

[6] "Archaeology of Knowledge"

Michel Foucault

1970 | Social Science Information | DOI: 10.1177/053901847000900108

[Źródło](#)

[7] "The archaeology of knowledge ; and, The discourse on language"

Michel Foucault, Alan Sheridan

1972

[Źródło](#)

[8] "The Archaeology of Knowledge."

F. C. T. Moore, Michel Foucault, Andrew M. Smith

1974 | Man | DOI: 10.2307/2800094

[Źródło](#)

[9] "The Clinical View Versus the Narrative View Individuals with autism are very much in the public eye. These days, anyone versed in the comings and goings of everyday culture will have heard of autism (and/or Asperger syndrome) 1—and doubtless knows something about it. Misconceptions also abound. But given that autism"

Reflections on Ian Hacking, Victoria McGeer

2010

[Źródło](#)

 Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.

Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.

APA ONE Publishing System

Fundacja Dobre Państwo © 2026

Article ID: 123752bc-058b-4a6f-adfa-dc802e75f52e