

TOMASZ RAKOWSKI

## ANTROPOLOGIA MEDYCZNA JAKO STOSOWANA NAUKA HUMANISTYCZNA Założenia, cele, praktyki

Obszar wiedzy zwany antropologią medyczną (*medical anthropology*) próbuje wprowadzić do nauki wartość wyjątkową – jest nią umiejętność i potrzeba zrozumienia ciała, choroby i życia człowieka w sposób przede wszystkim humanistyczny. Konieczność powstania takiej dziedziny wiedzy wynika już chociażby stąd, że każdy, kto spotyka, bada czy rozmawia z pacjentem, napotyka nie tylko stan chorobowy, ale też różnego rodzaju jego „życie tajemne” – zwyczaje, odruchy zachowań społecznych, prywatne mity i wyobrażenia. Pojawia się w ten sposób rola badacza społecznego, w której poprzez swe rozpoznania świata zdrowia, choroby i wszelkich praktyk związanych z leczeniem, staje się on z czasem badaczem „świata prywatnego” ludzi chorych, ich „powiernikiem kultury” czy może nawet „powiernikiem człowieczeństwa” – i jest to główna teza tak rozumianej stosowanej nauki medycznej. O co tu jednak tak naprawdę chodzi?

Problem polega na samej historii czy genealogii lekarskiego czy biomedycznego (tj. umocowanego w paradygmacie nauk biologicznych i medycznych) podejścia do pacjenta i do zdrowia/choroby. Poprzez współczesną tradycję wiedzy biomedycznej przywiązani jesteśmy bowiem do pewnego szczególnego podejścia do chorego i do jego ciała. Podejście to zostało i jest wciąż wypracowywane przez nowoczesną naukę biologiczną, która umożliwia skuteczne rozpoznawanie i leczenie chorób i jednocześnie umożliwia sam postęp w medycynie. Jest to jednak wiedza bardzo specyficzna: można ją określić jako wiedzę racjonalną, obiektywną, niemal naukowo-techniczną, odwołującą się w coraz większym stopniu do danych zliczeniowych, numerycznych, danych, które nie kłamią („medycyna oparta na faktach”). Jest to pewien szczególny sposób widzenia choroby – poprzez obiektywne patologie/dysfunkcje organizmu człowieka: dane statystyczne, zmiany organiczne widoczne w badaniach, odchylenia w badaniach laboratoryjnych, w zapisach elektrokardiograficznych itd., czy w końcu różne

układy wyraźnych i bezdyskusyjnych objawów klinicznych (zażółcenie powłok skórnych, twardy, „deskowaty” brzuch, gorączka itp.). W każdym razie ciało jest w nich pewną skończoną, materialną całością, choroba – bezdyskusyjną interpretacją, zestandaryzowanym widzeniem „wypalającym prawdę” (Foucault 2000). Nie tyle chodzi zatem o samą „wizję” ciała, ile o to, że poprzez praktykę kliniczną wiedza oparta na tej podstawie utrwała się i uznaje się za naturalne pojmowanie choroby bardzo rzeczywiście, a mianowicie jako dysfunkcję organizmu o uchwytnej przyczynie, którą można rozpoznać i zaprotokołować, np. załączyć w dokumentacji pacjenta (Miron Białoszewski nazywał takie rozpoznania „dosłownościami biologicznymi”). Jest ono po stawą wiedzy o chorobie, tworzy uprzywilejowaną bazę dla jej wyjaśnienia i zrozumienia – w piśmiennictwie światowym humanistyki medycznej określa się w ten sposób pojmowaną chorobę jako *disease* (Helman 2001, s. 79–86; Young 1982; Cassels 2001, s. 4–21). *Disease* jest zatem tym, „czego pacjent dowiaduje się od lekarza”, czy jeszcze inaczej, jest chorobą w „perspektywie lekarza” (*the doctor’s perspective*). Rozumienie choroby opiera się w niej przede wszystkim na poznaniu biomedycznej, biologicznej sfery życia człowieka, a sama choroba staje się obiektywnym i bezdyskusyjnym stanem. Klinika, w swej historycznej postaci, to zatem miejsce, w którym gromadzono różnych chorych, a w istocie – różne ciała, i nauczano klasyfikującego spojrzenia („segregacja medyczna”). „Spojrzenie kliniczne” to zatem praktyka, która mogła uchwycić coś takiego, jak „jednostki chorobowe”, to znaczy dostrzec jednakowe, porównywalne przypadki w różnych ciałach i wyodrębnić je, zestawić, opisać i poklasyfikować (zob. m.in. Brzeziński, red., 2000; Foucault 2000). Pojawiła się pewna powtarzalność typów ludzkich: objawów, dysfunkcji, skarg, nawet biografii.

Wiemy jednak, że choroba nie jest czymś powtarzalnym, obiektywnym i ujednoliconym dla ludzi chorych. Istnieje bowiem też jako doświadczenie po drugiej stronie – stronie pacjenta, jako coś, co pacjent po prostu odczuwa. Istnieje pewne subiektywne odczucie własnego ciała – i własnej sytuacji. To subiektywne rozumienie choroby, choroba z „perspektywy pacjenta” (*the patient’s perspective*), to pewna „druga strona” wiedzy o chorobie (prawda „drugiej strony”). Tak rozumiany sposób pojmowania choroby określa się mianem *illness*, „doświadczeniem choroby”, czyli tym, czego „lekarz dowiaduje się od pacjenta” (w przeciwieństwie do biologicznie rozumianej *disease*). Są to nie tylko dolegliwości i wszelkie objawy chorobowe, ale i wszystkie odczucia, niepokoje, nieracjonalne nadzieje i „przesady”, które można usłyszeć od pacjentów. Skąd jednak bierze się to subiektywne poczucie choroby, skąd bierze się *illness*? Wiemy, że wykracza ono daleko poza wiedzę o biologicznych podstawach choroby i że jest bardzo złożonym i trudnym do przekazania doświadczeniem.

## Ciało, cielesność i doświadczenie choroby

Jest to punkt kluczowy rozważań podejmowanych przez antropologię medyczną. To właśnie w tej perspektywie poszukiwany jest trudny język relacjonowania „całościowego faktu społecznego”, jakim choroba, chorowanie i leczenie. W perspektywie antropologii medycznej – humanistycznej nauki stosowanej – proces, w którym chory człowiek buduje swe doświadczenie, nie odnosi się bowiem jedynie do stanu biologicznego organizmu; ciało człowieka chorego w żadnym razie nie sprowadza się do samego ciała. Ciało człowieka nie jest tu „tylko” ciałem. I nie chodzi tylko o to, że poza tym istnieje jakaś „dusza”, „umysł”, „duch” czy „historia”<sup>1</sup>. Ciało w tym ujęciu jest całością człowieka, to znaczy jest całością jego doświadczenia. Maurice Merleau-Ponty, fenomenolog najczęściej chyba czytany przez antropologów medycznych (zob. Becker 2004), pisał, że „u człowieka, chciałoby się rzec, wszystko jest wytworzone i wszystko jest naturalne w tym sensie, że nie ma takiego słowa, takiego zachowania, które by nie zawdzięczało czegoś biologicznemu bytowi, a które by zarazem nie oddalało się od prostoty życia zwierzęcego i nie odwracało sensu zachowań witalnych dzięki czemuś w rodzaju wymykania się oraz dzięki geniuszowi dwuznaczności, który mógłby służyć za definicję człowieka” (Merleau-Ponty 1999, s. 103). Ma to swoje bardzo praktyczne konsekwencje. Ciało człowieka w antropologii i humanistyce medycznej jest w ten sposób w ogóle całym sposobem funkcjonowania w świecie życia codziennego (*lifeworld*), jest tą najbardziej realną sferą doświadczenia.

Z takiego przeciwstawienia „unieruchomionego” czy „obiektywnego” ciała tradycji współczesnej biomedycyny oraz ciała jako najbardziej bazowego i zarazem wytworzonego doświadczenia ludzkiego wyprowadzić zatem można podstawowe modele rozumienia choroby, odpowiednio *disease* i *illness*, a co za tym idzie, dwa modele poznania. Te dwa poziomy wiedzy i praktyki przedstawię skrótowo w tabeli<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Przywołam tu jedną z wiele mówiących anegdot. Jeden z niezwykłych badaczy kultur pierwotnych, Maurice Leenhardt (żył w latach 1912–1967), zapytał niegdyś tubylców z Nowej Kaledonii: „Czy wiary w niecielesną duszę nauczyliście się od swoich misjonarzy i Białych kolonizatorów? Nie – odpowiedział mu wtedy jeden ze starszych – to, co przywieźli ze sobą Biali, to przekonanie, że w ogóle istnieje coś takiego jak c i a ł o” (za Csordas 2001, 6). Widać dobrze, że ten obiektywny sposób postrzegania ciała – ciała unieruchomionego – na dobre utrwalił się w praktycznym, współczesnym myśleniu, akurat w ostatnich dwóch stuleciach, i to akurat w naszym euro-amerykańskim kręgu kulturowym.

<sup>2</sup> Korzystam tu częściowo z opracowania Helman (2001: 79n.).

<i>Disease</i> Badacz w paradygmacie biomedycyny	<i>Illness</i> Badacz w paradygmacie nauki humanistycznej
Uwaga skierowana na obiektywne wyniki badania fizykalnego; naukowa racjonalność.	Uwaga skierowana na subiektywne sensory i objawy choroby; podmiotowość pacjenta.
Nacisk na precyzyjne parametry fizyczne i biochemiczne; „prawda” po stronie lekarza.	Uwaga skierowana na sens nadawany życiu i chorobie przez pacjenta; „prawda” także po stronie chorego.
Dualizm materii i ducha, ciała i umysłu.	Przekroczenie dualizmu ciało-umysł; ciało jako podmiot.
Choroba jako wyodrębniona jednostka.	Choroba jako pochodna i wyraz doświadczeń społecznych.
Ciało zredukowane do procesów biologicznych, fizjologicznych, psychicznych itd.	Ciało żywe i bezpośrednio doświadczane wyznacza sposób rozumienia siebie i świata.
Historia pacjenta zredukowana do historii jego choroby, jej epizodów, zaostrzeń, terapii i jej efektów.	Historia choroby jako ważna część biografii pacjenta; przenika wiele innych aspektów jego życia.
Historia choroby pacjenta dotyczy przede wszystkim pojedynczego organizmu, przypadku wyizolowanej społecznie jednostki.	Historia choroby i sposób rozumienia choroby dotyczy nie tylko chorego, ale i jego otoczenia: jest pochodną relacji rodzinnych (społecznych).
Odgórnie przyjęte sposoby funkcjonowania pacjenta w warunkach szpitalnych, szpital jako usankcjonowany sposób współżycia społecznego; wymóg podporządkowania zachowań cielesnych normom szpitalnym (np. „publiczny” strój typu pidżama).	Pacjent w sytuacji „obnażenia kulturowego”; przesunięcia barier wstydu i poczucia naruszenia niewidocznych granic „ja”.

Cielesność, tak rozumiana, nie jest jednak niczyja i nie należy tylko do jednostki – jest produktem życia społecznego, produktem kultury, produktem historii. Ta żywa cielesność poddaje się zatem nade wszystko doświadczeniu wbudowanemu w społeczeństwa. Ciało i jego granice, jego choroby i jego sprawność rozumiane są raczej intuicyjnie, są mocno uwewnętrznione, stosownie do danej kultury, a nie wydobyte w sposób obiektywny i materialny. Tłumaczy to w dużym stopniu istnienie „ludowych” jednostek chorobowych (*folk illnesses* czy *culture-bound syndromes*), a więc wszelkich chorób nieobecnych w oficjalnym nazewnictwie lekarskim, ale krążących gdzieś w wyobrażeniach społecznych (Helman 2001, s. 86–89; zob. też opracowania polskie: Piątkowski 1988; Libera 1995; Paluch 1995; Jeszke 1996; Penkala-Gawęcka 2006). Nie tylko zresztą choroby, ale i same objawy mają swe ludowe wyobrażenia. Mówi się o nich, dyskutuje w małych grupach, określa dolegliwości i po jakimś czasie powstają właśnie ich środowiskowe sensory, wersje, powstają jakby nowe zupełnie objawy.

Dobrym wprowadzeniem do tej problematyki jest praca Charles'a M. Boyle'a (1970), w której autor pokazał zupełnie różne, środowiskowe sposoby rozumienia tego, gdzie znajduje się żołądek. O ile lekarze bez wahania wskazywali żołądek zgodnie z jego anatomicznym rzutem, o tyle pacjenci, zależnie od środowiska, wskazywali obszar wzdłuż linii pośrodkowej ciała (od rękoności mostka aż po spójnię łonowe) albo po prostu wskazywali cały obszar brzucha, a niektórzy tylko prawe kwadranty. Wyobrażenia ciała i objawów okazują się zatem zupełnie różne, zależnie od grupy społecznej i nie muszą wcale wynikać ze współczesnej wiedzy biomedycznej – powstają raczej w sposób bardziej naturalny i bardziej bezpośredni, wynikają z doświadczeń społecznie kształtowanej cielesności. Stąd „choroby ludowe” (*folk illnesses*) można potraktować właśnie jako pewne konkretne, „ludowe” wersje wiedzy o ciele, czyli doświadczeń ciała; są one nieustannie omawiane, komunikowane wewnątrz poszczególnych grup i w końcu stają się, w pewnym sensie, nawet bardziej realne niż samo ciało.

Ciało podlega zatem pewnym wyobrażeniom i po jakimś czasie powstają już wytworzone objawy, wytworzone ciało czy wręcz społeczne „sposoby posługiwania się ciałem”, by posłużyć się słynnym tytułem eseju Marcela Maussa (2001). Przykładem może być pewna „choroba ludowa”, krążąca współcześnie w okolicach Szydłowca. Zwana jest ona *uchynięciem*, jest chorobą niemowląt i małych dzieci<sup>3</sup>. Co to jest *uchynięcie*? Etiologia *uchynięcia* nie jest do końca jasna, ale wiąże się z wyobrażeniem gwałtownej przemiany w organizmie dziecka, rozumianej niemal mechanicznie. „Chorobę” tę zwie się też (*s*)*chynięciem*, *gibem*, *gibnięciem*, *przełamaniem*, *przesunięciem*, bo terminy bywają różne w różnych częściach Polski (*Układ gniazdowy terminów...* 2005). Chynięcie może mieć miejsce przy porodzie, ale w szczególności w ciągu pierwszych 2–3 lat życia. Chorobę trudno jest później rozpoznać, ale objawami mogą być płacz, krzyk, brak snu, odmowa lub problemy z ssaniem piersi, pojawiają się w końcu małe guzki, „guziczki” na klatce piersiowej, „zgrubienie”, „gruczoł”, „narośl”. „Kto nie wierzy – mówi mieszkanka jednej z badanych wsi – to później dziecko kaleka jest. Garba ma jakiegoś, gdzieś, bo jak się *schynie*, to nie rozsmarują [rozmasują – T.R.]. Dziecko rośnie i to rośnie. Na Wysokiej była dziewczynka co się *chynęła*. Córka gospodyni księdza. Nie wierzyła jej matka, po lekarzach jeździła – i garbuska!” (Adamiak, Hekselman 2008). W tej społeczności przyjmuje się zatem, że jak się w porę nie dojrzy, nie zobaczy, nie uwierzy w objawy *chynięcia*, robi

<sup>3</sup> Badania poświęcone *uchynięciu* i lokalnym wyobrażeniom zdrowia i choroby prowadziły pod moim kierunkiem w latach 2007–2008 uczestniczki warsztatów etnograficznych Instytutu Kultury Polskiej UW Karolina Adamiak i Marta Hekselman. Omawiając problem *uchynięcia*, korzystam z raportu końcowego i wywiadów terenowych ich autorstwa (Adamiak, Hekselman 2008).

się garb, guz czy narośl. Aby dziecko wyleczyć, trzeba znaleźć kobietę, która je „wysmaruje”. „Smarowaniem”, „wygładzaniem garba” zajmują się kobiety w okolicach Szydłowca, ale szczególnie jedna z nich, stosunkowo młoda, posiada wyjątkowy „dar” tej umiejętności. Celem smarowania – tłumaczy ona – jest to, że musi być „gładko”. Należy się wyzbyć powstałego zgrubienia, które „słychać jak chrupie, gdy je się rozmasowuje” (Adamiak, Hekselman 2008). Czym jest zjawisko „chynięcia”? Czy istnieje realnie? O tym nawet nie próbowałbym rozstrzygać. Na pewno jest jednak częścią chyba jednak autentycznych doświadczeń tych ludzi. Jest pewnym lokalnym, dotyczącym zresztą głównie młodych matek, sposobem doświadczania i uczenia się ciała swojego i swego dziecka. Podobnie dzieci „uczą się” tej choroby, by ją potem, w przyszłości, rozpoznawać u innych. Popatrzmy na fragment rozmowy z 4-letnim chłopcem, synem smarowaczki:

Etnografki: „A to boli?”

Chłopiec: „No, boli... [...] Na przykład tak jak teraz, to czuje, że tutaj to mam i mnie boli, ale mama smaruje, to jeszcze gorzej...”

Etnografki: „Ale jaki to jest ból? To tak kłuje czy to jest gorące?”

Chłopiec: „Bo ja wiem, tak jakby ktoś wciskał we mnie coś, nie wiem...”

Etnografki: „To tak w środku jest?”

Chłopiec: „Mhm...”

Etnografki: „Ale jak mama smaruje, to pomaga?”

Chłopiec: „Powinno, tak...”

Widać jak chłopiec zaczyna podążać za objawami i doświadczeniami znanymi z opowieści rodziców i sąsiadów. W postaci *folk illness* powstaje w ten sposób pewna społeczna akumulacja doświadczeń; jest ona „wbudowywana” w wewnętrzny schemat ciała<sup>4</sup>. Jest to kapitalny punkt pojmowania koncepcji „kompetencji kulturowej” w antropologii medycznej (Benson, Kleinman 2006). Wiąże się to z dość nowym, antropologicznym rozumieniem kultury i tożsamości kulturowej (etnicznej, narodowej, społecznej, religijnej, zob. Gupta, Ferguson 2006): wedle tego rozumienia kultura jest raczej przede wszystkim aktywnym procesem budowania wzorów ucieleśnienia i norm współ-bycia społecznego. Artur Kleinman i Peter Benson konstruują nawet metodę minietnografii klinicznej, w której kładą oni nacisk przede wszystkim na uchwycenie przez praktyków medycyny sposobu, w jaki dana kultura jest wytwarzana i aprobowana przez jednostki. Stąd jest ona przeciwna wizji, w której traktuje się kulturę

<sup>4</sup> Tego typu „choroby ludowe” krążą wciąż i będą krążyły pomiędzy różnymi grupami społecznymi. „Przestrachy”, „oberwania”, „przewiewy”, „uchynięcia” i inne formy społecznych wyobrażeń doświadczenia choroby będą zatem, jak pokazuje m.in. Jeszke (1996), pełnoprawną częścią historii medycyny, obejmującej nie tylko postępy i próby w dokonywaniu przełomowych odkryć medycyny, ale i wszelkie historie *folk illnesses*.

jako nieodwołalną kondycję danego człowieka<sup>5</sup> i która pozwala tłumaczyć za pomocą kultury wszelkie jego decyzje i zachowania (Kleinman, Benson 2006; zob. też Gupta, Ferguson 2006). Widać tu zatem, że kultura w tym ujęciu jest dynamicznym procesem, umocowanym w działaniach jednostek i jest czymś innym niż potocznie rozumianą „kulturą” jako upraszczającym i redukującym wy tłumaczeniem obcych zachowań, poglądów itd. Aby jeszcze mocniej wydobyć tę różnicę, przedstawię cechy „dawnego” (1) i „nowego” (2) sposobu rozumienia i wyobrażania kultury w poniższej tabeli – za Pawłem Krzywórką (2008).

Rozumienie kultury 1	Rozumienie kultury 2
Kultura jest niezmienna, w stanie stałej równowagi lub samoreprodukująca się.	Kultura jest aktywnym procesem społecznie wytwarzanych znaczeń i zachowań.
Kultury to jednorodne, statyczne, zamknięte całości; związane są z konkretnym miejscem na mapie i/lub z konkretną warstwą społeczną.	Kultury nigdy nie tworzą całkowicie zamkniętych i spójnych całości; kultury nie są „zamrożone” – ludzie korzystają z lokalnych, narodowych i ponadnarodowych powiązań.
Kulturę można sprowadzić do zestawu stałych, zdefiniowanych cech ( <i>checklist</i> ); istnieje coś w rodzaju całościowej i statycznej wiedzy o poszczególnych kulturach.	Ludzie usytuowani w relacjach społecznych korzystają z dostępnych im ekonomicznych i politycznych środków, aby własną definicję sytuacji (rozumienie swej „kultury”) uczynić względnie trwałą.

W dziedzinie antropologii medycznej to dynamiczne, „nowe” ujęcie kultury – jako różnie usytuowanych aktorów społecznych, nabywających doświadczenia, podejmujących decyzje i budujących tożsamość – ma szczególne znaczenie. Nie wynika to jednak tylko z potrzeby rozumienia odmienności kulturowych, innych cielesności lub innych sensów choroby czy leczenia, ale wiąże się też ze współistnieniem, a czasem konfliktem różnych, pełnoprawnych światów i typów medycyny, sposobów rozumienia zdrowia, choroby i leczenia. W wielu miejscach lekarze, pacjenci, uzdrowiacze, terapeuci czy „specjaliści ludowi” tworzą bowiem, jak się okazuje, niemal autonomiczne światy medyczne – światy, które istnieją tuż obok siebie; jest tak np. we współczesnym społeczeństwie Meksyku, gdzie medycyna Indian i Metysów często współistnieje i zderza się z nowoczesną medycyną Zachodu (Wądołowska 2010) czy we współczesnym Kazachstanie, gdzie niemal instytucjonalnie, w zakresie wyższych uczelni me-

<sup>5</sup> Ten „esencjalizujący” sposób widzenia kultury może prostą drogą zaprowadzić bowiem do powstawania stereotypów czy wręcz stygmatów kulturowych, co skutkuje przekonaniem, iż „Hindusi jedzą tak...”, „Romowie robią to...”, „Bezrobotni żyją tak...”, „Byli pracownicy PGR nauczeni są, że...” itp.

dycznych, współistnieją ze sobą medycyna Wschodu (chińska i ajurwedyjna), medycyna ludowa, „kazachska” (kształtująca też w pewnym stopniu kazachską tożsamość) i wreszcie biomedycyna, istniejąca tu jako postsowiecka organizacja opieki zdrowotnej na bazie modelu Mikołaja Siemaszki (zob. Penkala-Gawęcka 2008). Perspektywa pluralizmu medycznego wprowadza tu ponadto możliwość rozpoznania bardzo skomplikowanego współistnienia różnych typów medycyny, nie tylko na linii medycyna zachodnia – medycyny „ludowe” (komplementarne), ale pokazuje też na zróżnicowania w obrębie poszczególnych tradycji, w tym w obrębie biomedycyny jako dziedziny zmiennej, wytwarzanej społecznie, kulturowo i istniejącej jako pewna „realność symboliczna”.

### **Choroby wytwarzane społecznie i społeczne przyczyny chorób**

Do szczególnego typu problematyki antropologii medycznej należą również choroby wytwarzane społecznie, które mają charakter kompleksów cielesnych doświadczeń, migrujących wewnątrz społeczeństw. Należą do nich np. „choroby ludowe” ludzi ubogich i wykluczonych społecznie, choroby mające związek ze stresem psychospołecznym, poczuciem bezradności i ciągłymi niedoborami finansowymi. Jest nią między innymi *susto*, choroba ubogich mieszkańców Ameryki Łacińskiej, tłumaczona z języków indiańskich jako „zniknięcie/porwanie duszy”. Objawia się ona bezsennością, spadkiem nastroju, ciągłym zmęczeniem, ale nie-raz wymiotami, dreszczami i gorączką. *Susto*, jak pisze jej badaczka, Avis Mysyk (1998), *an illness of the poor*, to coś w rodzaju społecznie wytwarzanej choroby ciężko pracujących, a przede wszystkim migrujących za pracą ubogich robotników (*woorking poor*). Odzwierciedla ona procesy negatywnych przesunięć w strukturze społecznej, jest udziałem biedniejących migrantów w Meksyku trafiających w nowe, wielkomiejskie środowiska czy tracących swoją niezależność, przywileje, a w końcu pola i ziemię członków grup indiańskich w miejscach, gdzie inne grupy – białych właścicieli ziemskich – zyskują silniejsze i dominujące pozycje.

Dolegliwości tego typu powiązane są z *nervios*, *nerves*, *nerva* czy *nerwy*, czyli innej, ale bardzo podobnej społecznie wytwarzanej „jednostki chorobowej”, opisywane były m.in. przez Sethę Low (2001) na Kostaryce, wśród ubogich społeczności, ale też w Gwatemali, wśród sycylijskich emigrantów w Kanadzie (Migliore 2001), w końcu też w południowej Polsce, w latach transformacji i rosnącego gwałtownie bezrobocia (Rakowski 2006). Podobnie manifestują się one napięciem, bólami głowy, bólami w nadbrzuszu, pobudzeniem, dysforią. *Nerwy* są pewnym migrującym społecznie zaburzeniem, o charakterze, powiedzielibyśmy, psychosomatycznym.



We współczesnym piśmiennictwie w odniesieniu do kultur Zachodu coraz częściej natomiast używa się pewnej bardzo adekwatnej i pojemnej kategorii choroby – są to wszelkie istotne dla pacjenta i dla jego komfortu objawy i dolegliwości, które nie znajdują uzasadnienia w żadnych lekarskich rozpoznaniach – to tak zwane MUS, czyli *medically unexplained symptoms* (Page, Wessley 2003; zob. Katon, Sullivan, Walker 2001, Sharpe, Carson 2001). Wiążą się one często z przykrymi doświadczeniami lekceważenia dolegliwości przez lekarzy i pielęgniarki i jednocześnie ze zlecaniem kolejnych, coraz bardziej zaawansowanych badań i testów w celu wykrycia albo wykluczenia choroby. Perspektywa antropologii medycznej czy humanistyki medycznej z całą powagą przyjmuje tego typu doświadczenia, czyni je wręcz niezbędnymi dla zrozumienia tego typu dolegliwości.

Te różnice w rozpoznawaniu, klasyfikowaniu i definiowaniu zdrowia i choroby sięgają jednak jeszcze głębiej, do współczesnych, ogólnosiwiatowych uwarunkowań nierówności społecznych i napięć między zamożnymi krajami Zachodu i doświadczającymi biedy i cierpienia społeczeństwami krajów „globalnego Południa”. To napięcie na wiele sposobów przekłada się na sposoby rozumienia tego, co jest chorobą, zdrowiem, leczeniem. Antropologia medycyny w bardzo krytyczny sposób pokazuje nieraz, jak bieda, bezrobocie i głód zamieniane się, dzięki klasyfikującej mocy współczesnej medycyny, na problemy o charakterze psychosomatycznym czy nerwicowym (Nancy Scheper-Hughes). Jeszcze inne badania pokazują, jak bardzo paradygmat i dyskurs współczesnej biomedycyny unieważniają doświadczenia ludzi potrzebujących pomocy z ubogich krajów Południa. Kategoria *distant needy* jednego z najważniejszych krytyków, lekarza i badacza społecznego Paula Farmera (2010ab), ukazuje jak łatwo tworzy się prawa do autonomicznego decydowania o sobie w przypadku chorych zainfekowanych HIV w Afryce subsaharyjskiej, biorących udział w badaniach eksperymentalnych leków antyretrowirusowych, a jak łatwo zapomina się o ich niedożywieniu, braku pracy, braku domu czy prawa do leczenia (zdarzało się, że chorzy byli pozbawiani leczenia anty-HIV po zakończeniu programu badawczego). Paul Farmer (2010) wskazuje tu wręcz na procesy odspołecznienia (*desocialization*) wiedzy medycznej, czyli wypłukiwania tych efektów badań nad stanem zdrowia, które nie mają pochodzenia czysto medycznego, ale wiążą się z warunkami życia w skrajnej biedzie, doświadczania przemocy czy efektów skażenia środowiska. Jest to szczególnie istotne, gdyż klasyczne badania brytyjskie jeszcze z roku 1974 pokazują, że czynniki tzw. „środowiskowe” (społeczne) mają kolosalne znaczenie dla zdrowia populacji i statystyki chorób przewlekłych, ciężkich i zgonów w ich przebiegu, nawet bardziej znaczące niż np. dostęp do antybiotyków (jest to rozwinięcie słynnej

tezy Marca Lalonde'a mówiącej, iż na stan zdrowia i jakość życia bardziej znaczący wpływ ma styl i sposób życia niż np. dostęp do opieki zdrowotnej).

Podsumowując: choroba i ciało pacjenta są pochodną cielesności wytwarzanej społecznie, nie jest jednak tak, że kultura absolutnie determinuje doznania i sensory zachowań cielesnych. Każdy pacjent we właściwy sobie sposób tworzy swe kulturowe ciało i posiada pewną niezbędną przestrzeń wolności – stąd kultura nie może przesądzać o *illness* pacjenta; takie podejście zmieniłoby się bowiem w rodzaj stereotypizowania i stygmatyzowania poprzez „kulturę”. Ciało, wstyd, granice, sposób zachowania i traktowanie swojego zdrowia, dolegliwości czy zgłaszane skargi wiążą się jednak bardzo wyraźnie ze środowiskiem, w którym pacjent funkcjonuje, w którym się wychowuje. Podam dwa przykłady, dwa możliwe scenariusze, w których objawia się ten poziom odmiennego kulturowo ciała. Będą to przypadki pacjentki pochodzącej ze społeczności polskich Romów oraz pacjenta, byłego górnik z Wałbrzycha, od ośmiu lat bezrobotnego.

W Klinice Kardiologii jednego ze stołecznych szpitali przebywała pacjentka, pochodząca ze społeczności polskich Romów (z grupy Polska Roma), hospitalizowana z powodu przełomu nadciśnieniowego. Celem pobytu miała być podstawowa diagnostyka NT i ustalenie leczenia. Lekarz prowadzący miał problemy z nawiązaniem rozmowy i dobrego kontaktu z chorą (choć chora mówiła poprawnie po polsku). Kiedy przychodził do jej sali, wraz z nią znajdowała się tam część jej rodziny i dalszych krewnych; zwykle były to kobiety. Na korytarzu nieustannie widać było zatem przez ponad tydzień przedstawiciele Romów, jej krewnych, którzy przynosili jedzenie, środki czystości, ubrania. Przeprowadzenie badania fizykalnego było trudne, zwykle odbywało się w otoczeniu krewnych, najczęściej kobiet, które dopiero po napomnieniach opuszczały salę. Zdarzało się, że wbrew zaleceniom lekarskim chora zabierana była przez rodzinę na przechadzki po szpitalu. Po kilku dniach lekarze, a w szczególności lekarz prowadzący, byli wyraźnie zmęczeni tą sytuacją (mimo tego starano się traktować jej krewnych uprzejmie, choć stanowczo wskazywano na obyczaj szpitalny, godziny odwiedzin itd.). Dlaczego, zadawano sobie pytanie, jest tu wciąż tylu ludzi, tylu krewnych tej pacjentki? Skąd to się bierze? Otóż w tym przypadku wiąże się to niemal wprost z ową społecznie wytwarzaną cielesnością. Z badań antropologicznych wynika, iż ciało w kulturze Romów (w grupie Polska Roma) jest starannie zabezpieczane przed skalaniem, tj. przed symbolicznym uczynieniem nieczystym (Mirga, Mróz 1994, s. 137–151; Szurman 2004). Romowie, jak wiadomo, ciało swe traktują bardzo poważnie, jest ono przedmiotem nieustannej troski, specjalnych obrządków higienicznych, ale też i obrządków symbolicznych. Co więcej, istnieje pewien zwyczajowy kodeks skalań (*mageripen*) – aktów symbolicznego uczynienia człowieka nieczystym.

U Romów w różnych sytuacjach kalający jest kontakt z ludzkimi wydzielinami. Stąd pewne zawody są Romom wzbronione, takie jak, na przykład, właśnie lekarz, pielęgniarka, salowa – są to zawody skalane, „trefne”. Ciało utrzymywane jest w czystości symbolicznej poprzez przestrzeganie zasad higieny i zasad kodeksu skalań. Kodeks nakazuje między innymi korzystanie z kilku naczyń do mycia się (naczynia do mycia dolnej, nieczystej, połowy ciała są zawsze inne niż naczynia do mycia górnej połowy ciała). To przestrzeganie zasad jest jednak zawsze aktem społecznym, aktem jawnym. Wszelkie zachowania cielesne, higiena, przygotowanie posiłków, życie seksualne są oceniane i przestrzegane wspólnotowo. Romowie często sami sprawują wzajemnie kontrolę nad swoim zachowaniem, a w razie skalania głos zabiera też starszy mężczyzna – głowa rodu (Szero Rom, Baro Szero). Ciało i jego utrzymanie w symbolicznej czystości staje się w ten sposób własnością społeczną, ciało należy jakby do społeczności (zapewnia jej „czystość”), a nie do samej jednostki. To właśnie tłumaczy w dużym stopniu zachowanie kobiet, krewnych pacjentki w tak obcym i potencjalnie kalającym miejscu, jakim jest szpital.

Drugim przykładem społecznie wytworzonej cielesności i pewnego szczególnego sensu zgłaszanych dolegliwości może być historia pacjenta, który trafił w styczniu 2004 roku do ambulatorium ortopedyczno-urazowego jednego ze szpitali w Wałbrzychu, z podejrzeniem urazu kręgosłupa. Był to były górnik, bezrobotny, pracujący od dwóch lat w nielegalnych wyrobiskach węgla kamiennego, tzw. biedaszybach. Mężczyzna miał silne bóle okolicy lędźwiowej, z trudem poruszał kończynami dolnymi (szczególnie prawą). Do ambulatorium przyniesiony został przez swoich towarzyszy z pobliskiego lasku, na drewnianych drzwiach (zdobytych w opuszczonym budynku, będącym dawniej siedzibą władz kopalni, w okolicy powszechnie nazywanym „Belwederem”). Okazało się, że część szybu osunęła się podczas pracy, przysgniatając kopacza. Badania RTG wykazały, że nie ma żadnych poważnych zmian pourazowych, złamań itd. Były górnik dodał, iż od wielu lat ma „problemy z kręgosłupem”, jest to skutek ciężkiej pracy w kopalni, oraz że miał kiedyś z tego tytułu rentę, „po czym – jak twierdził – mu ją odebrano”. Lekarz potwierdził obecność zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa pacjenta i wytłumaczył, że dolegliwości mogą wiązać się z przeciążeniem i naciąganiem mięśni w czasie wypadku (rozpoznał zespół rzekomo-korzeniowy), ale dodał, że po kilku tygodniach leczenia lekami przeciwbólowymi, rozluźniającymi napięcie mięśni szkieletowych oraz zaprzestania prac fizycznych powinno być znacznie lepiej – dolegliwości będą ustępowały. Nakazał też zgłoszenie się do lekarza POZ. Były górnik powiedział wtedy, że niewiele to zmieni, że jego kręgosłup jest w rozsypce i że po pracy w kopalni „jest do wyrzucenia”. Okazało się też,

że nie jest ubezpieczony – od roku nie rejestrował się w Urzędzie Pracy, bo, jak twierdzi, „jest to bez sensu”, a do pracy w biedaszybach i tak będzie chodził, bo „jakoś musi ukopać tego węgla”; dodał jeszcze, że „najwyżej następnym razem całkiem go zasypie”. Dlaczego jego wypowiedzi były tak zdecydowane i tak pozbawione nadziei? Czy łączyło się to ze schorzeniami, na które cierpiał?

Ponownie pojawia się tu społecznie wytwarzana cielesność, a dokładniej – społecznie wytwarzane dolegliwości, a właściwie owe „skargi społeczne”. Kiedy bowiem przeanalizuje się wypowiedzi i zachowania byłych górników, bezrobotnych po serii likwidacji wałbrzyskich kopalń, to okazuje się, że taki stosunek do własnego ciała i samych dolegliwości jest dość częsty. Wielokrotnie, w czasie badań antropologicznych, usłyszeć można było zwroty typu „płuca mam całe zacementowane”, „moja lewa noga jest bez czucia – taki mam kręgosłup”, „mamy [zniszczone] dyski, kręgosłupy – prawie wszyscy”. Chwilami, kiedy mowa jest o pracy w nielegalnych biedaszybach, pojawiają się wypowiedzi wręcz katastroficzne, „po jednym do szybu – i niech nas tu i zasypie nawet!”, „a jak tępnie – to będzie!”, „wczoraj urwał nam się cały nawis – szkoda, że nas nie zasypało!”. Widać tu pewną skłonność do tworzenia wypowiedzi demonstrujących pewną destruktywność, czy nawet autoagresję, i rzeczywiście, w wielu innych badaniach, też na Górnym Śląsku, okazywało się, że jest to rodzaj niemal powszechnej społecznej ekspresji, pojawiający się w latach transformacji (Jarosz 2004, s. 77–85). Przypadek górnika obrazuje zatem nie tylko subiektywny sens jego dolegliwości (i zachowania), ale i pewną szerszą, uspołecznioną narrację, środowiskową wypowiedź, wykraczającą daleko poza problem medyczny (Rakowski 2007).

### **Narracje chorych: pamięć, nawarstwianie się doświadczenia i procesy reorganizacji biografii**

W perspektywie antropologii medycznej choroba traktowana jest również jako podmiotowa droga doświadczeń, historia życia pacjenta i historia jego choroby (zob. m.in. Cassels 2001). Jest swoistym mikrokosmosem historii życia pacjenta i historii jego społecznych doświadczeń. Wiąże się to w szczególności z tym, że poprzez ciało i jego losy budowana jest tożsamość każdego z pacjentów, czyli sposób, w jaki on sam rozumie siebie, swoją sytuację i otoczenie. Punktem wyjścia jest analiza ucieleśnionego, budującego swą biografie/tożsamość podmiotu – dla Anthony’ego Giddensa (2001) ciągłość tożsamości to na przykład „trwałe poczucie bycia osobą związane ciągłością doświadczenia własnego «ja» i własnego ciała” (Giddens 2001, 78). Szczególnie istotna jest tu jednak kwestia „cielesnego doświadczenia”. Jaki to ma związek z trwałym poczuciem własnego

„ja”<sup>6</sup>? Anthony Giddens przedstawia podstawowe doświadczenie cielesności jako rodzaj „bezpieczeństwa ontologicznego”, to jest poczucia bezpiecznej i w miarę normalnej egzystencji. Krąg owego „cielesnego bezpieczeństwa” ma jednak to do siebie, że w jego obrębie zagrożenie zdaje się niedorzecznością. Sposób posługiwania się ciałem – swoboda ruchów, gestykulacja, mimika, coś takiego jak „styl życia” pokazuje zatem, że „nic takiego się nie dzieje”. Wypracowanie i utrzymanie takiego „stylu” pochłania jednak wiele energii i zaprzęga większość kulturowych czynności. Powoduje to sytuację, w której już niewielkie rozchwianie systemu zachowania momentalnie odsłania niepewność otoczenia – świat znany i oczywisty może stać się w jednej chwili kruchy i obcy.

Choroba jest zatem nie tylko rozchwianiem systemu i chwilą rozdarcia powłoki owego „cielesnego bezpieczeństwa”, ale także rozstrojeniem procesu budowania narracji o sobie samym. Tłumaczy to w dużym stopniu to, co dzieje się z człowiekiem i z jego narracją tożsamościową (procesem budowania sensu) zarówno sytuacji nagłego zachorowania, jak i długo trwającej czy nawet nieusuwalnej choroby. Ulega ona czemuś w rodzaju załamania czy rozstrojenia. Tomasz Pasiński pisze wprost, iż „doświadczenie choroby burzy dotychczasową historię naszego życia [...] Chory staje w obliczu sił, które są źródłem cierpienia, zagrożeniem dla osobowej tożsamości” (Pasiński 2008, s. 69). Powoduje to, że związek ciała i świata, w którym żyjemy, ulega zakwestionowaniu, staje się nieoczywisty. Wtedy też praca narracji-opowieści i wszelkich procesów budowania sensu egzystencji, historii, biografii i pamięci wydarzeń może ulegać wzmocnieniu i zwielokrotnieniu. Człowiek chory znajduje się w sytuacji, w której musi odbudować swoją strukturę normalności, strukturę opowieści o samym sobie, o swoim życiu. Można pokazać, iż służą temu zapiski i dzienniki osobiste chorych; moment kryzysu tożsamości w chorobie i wiele innych kryzysów życiowych jest właśnie czasem zwielokrotnienia potrzeby pisania, tworzenia osobistej, nawet chaotycznej narracji. Badacz dzienników osobistych, Paweł Rodak, pisze, iż taki dziennik może być wówczas „swego rodzaju narzędziem rozumienia swoich uczuć, ale może też – i tak dzieje się bardzo często – spełniać funkcję terapeutyczną, służąc do rozładowania bądź skompensowania stanów lękowych, depresyjnych, kryzysów życiowych, apatii czy głębokiej samotności” (Rodak 2004, s. 3). Gromadzenie zapisków własnej historii może być więc rodzajem gromadzenia własnych doświadczeń – warto

---

<sup>6</sup> „Ja” w cudzysłowie oznacza tu właśnie, iż jest to nie tyle ostateczne ja, trwała tożsamość, ile coś, czemu nadajemy nieustannie znaczenie, opowiadamy. A zatem „ja” – taka też forma pojawia się w tytule książki Giddensa (2001) *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*.

tu zauważyć, że wielu pacjentów wyjątkowo skrupulatnie zbiera i prowadzi rejestr dokumentacji swojej choroby (Rakowski 1999; Wierciński 2009). Człowiek chory znajduje się zatem w sytuacji, w której musi odbudować swoją strukturę normalności i dlatego tak wiele zależy wówczas od osób, które na swej drodze napotyka – lekarza, pielęgniarki, ratownika, technika medycznego, sanitariusza. Chory często każdemu, a też i sobie samemu stara się opowiedzieć na nowo swoją historię – jest to moment intensywnej przebudowy. Ukazuje to dobrze historia pacjentki jednej z warszawskich klinik o profilu kardiologicznym (będzie to pewien kolejny przykład, scenariusz kliniczny).

Pacjentka trafiła do szpitala z powodu rozpoznania niewydolności serca – znacznych obrzęków obwodowych i zastoju w krążeniu płucnym (najpewniej w przebiegu kardiomiopatii pozawałowej – zawał serca jednak najpewniej dokonał się jako „niemy” i nie został rozpoznany). Dla 85-letniej pacjentki, dotychczas zdrowej, nie leczącej się, wiadomość o tym, iż ma „chore serce” oznaczała jednak, jak się okazało, coś zupełnie innego. Na pytanie od kiedy „choruje na serce”, odpowiadała, iż serce ma chore od bardzo dawna, a przynajmniej „bardzo słabe”. Kiedy jednak pytano o objawy oraz o badania, które by to potwierdzały, okazywało się, że nie było ani żadnych badań, ani objawów wskazujących na tego typu schorzenia. Dopiero po dłuższej rozmowie z pacjentką wyszło na jaw, że „chore serce” wiąże ona z tragicznym, traumatycznym wydarzeniem z czasów jej młodości – czasów okupacji hitlerowskiej. Zdarzyło się wtedy, że jej ojciec zginął na jej oczach – został rozstrzelany; następnie sama, tylko przy pomocy kuzynki musiała zająć się prowizorycznym pochówkiem. Od tego czasu mówiło się w jej rodzinie, że ma „słabe serce” albo że kiedyś może z tego powodu „chorować na serce”. Mówiła o tym kilkakrotnie w czasie hospitalizacji. W poczuciu pacjentki jej choroba istniała zatem już wcześniej, była nieodłączną częścią jej własnej historii (i jej pamięci). Pacjentka budowała w ten sposób pewien własny sens choroby, którego nie sposób było pominąć.

Z powodu choroby i związanego z tym załamania narracji tożsamościowej (prywatnego i społecznego sensu swego „ja”) pacjenci opowiadają zatem o swych dolegliwościach, ale i o wszelkich innych doświadczeniach, o całej swej *illness* i poprzez to o swej osobie, swej historii, swej biografii. Pojawia się tu możliwość odsłonięcia ukrytych światów, odsłonięcia te pochodzą jednak z działań badawczych i konstrukcji badania – każda rozmowa będzie docierała do nieco innych pokładów rozumienia choroby i historii życia chorych. Jest to moment ruchu, narracje pacjentów przebudowują się, tak jak przebudowuje się relacja z własnym ciałem; są to opowieści powstające poprzez ciało chore (*through a wounded body*), jak pisze Artur Frank (1995, s. 2). Można tu pokazać, że poprzez opowiadanie dochodzi tu do pewnej sedymentacji pokładów pamięci

(Garro 2000, s. 72–73), z jednej strony powstaje pamięć epizodyczna, budująca znaczenia, zmieniająca je i dopasowująca (*knowing*, terażniejsze poszukiwania), z drugiej strony pojawia się coś w rodzaju wzoru pamięci, schematu czy motywu, za pomocą których „upakowane” są doświadczenia (*knowledge*, pamięć spetryfikowana w postaci wzoru); pomiędzy nimi zaś zachodzi nieustanna komunikacja. „Działania narracyjne” za Danielem Bertaux (1990) posiadają w ten sposób przynajmniej dwa odniesienia czy też dwa konteksty. Pierwszym z nich jest rys społeczny narracji, wszelkie ramy, motywy i wyobrażenia społeczne kształtujące zapis i organizację doświadczeń narratora. To coś, co odnajdywać by można na poziomie elementu znaczącego (*signifiant*) wypowiedzi. Drugim odniesieniem jest doświadczenie bardziej osobiste, a właściwie proces „organizowania sensu” własnego doświadczenia. Jest to bardzo trudny proces, zawierający zupełnie inne, nieraz zaskakujące rozumienia świata, następujących wydarzeń czy własnego losu. To jakby drugie, głębsze odniesienie samej wypowiedzi, jej element znaczący (*signifié*), coś, czego poszukujemy, co jest trudne do rozpoznania i z trudem komunikowane. To tutaj – i pacjentowi, i rozmawiającemu z nim lekarzowi – często brakuje języka zdolnego przekazać subiektywne narracje choroby. Powstaje zatem coś w rodzaju, powiedziałbym, „trójkąta Bertaux”, w którym jednym wierzchołkiem jest sama wypowiedź autobiograficzna (jej kontekst, prozodia), drugim społeczno-kulturowe treści i wzory zawierające się w narracjach (mitologie, wyobrażenia, stereotypy), trzecim w końcu odniesienia do wewnętrznych procesów przemian biograficznych (doświadczenie, droga życia, prywatna historia choroby).

Jednocześnie możemy się tutaj odwołać do typologii opowieści chorych (*narrative types*) zaproponowanych przez Arthura Franka (1995). Są to: opowieść restytucji (*restitution narrative*), opowieść drogi i poszukiwania (*quest narrative*), w końcu opowieść chaosu i regresu (*chaos narrative*).

Opowieść restytucji jest najbardziej typowa dla naszego kręgu kulturowego – jest to opowieść o wszelkich działaniach przywracających poprzedni sposób funkcjonowania, pewna matryca rozumienia choroby jako stanu odwracalnego, umożliwiającego usunięcie jej skutków (możemy ją znaleźć w popularnych, reklamowych sloganach ogólnodostępnych leków, jak np. Pyralginum czy Ibuprom: „Ból szybko minie po Pyralginie”, „Dopaść cię ból? Przewiń go!”).

W opowieści poszukiwania życie zaczyna być opowiadane jako przebudowa osobistego sensu wydarzeń, choroby itd. Tryb ten trochę przypomina narrację restytucji, jest związany z aktywnym odbudowywaniem życia po chorobie (czy z chorobą), i choć punkt dojścia jest nieco inny, pozostaje pewne wspólne ukierunkowanie i ciągłość procesu. Obecna jest tu, w taki czy inny sposób, realizacja życiowych zamierzeń.

Opowieść chaosu natomiast jest pełna zerwań, nieciągłości, przerywników; pacjenci manifestują, że w istocie nie są w stanie jej zbudować, że wydarzenia z ich życia przekraczają ich możliwości zestrojenia tego, co zaszło, w jedną całość.

W badaniach narracji chorych (*illness narratives*) ujawnia się w ten sposób olbrzymia potrzeba zrozumienia siebie w nowej sytuacji, a badacz tych wypowiedzi, podobnie jak lekarz, staje się wtedy najważniejszym świadkiem i „powiernikiem” tej próby. Wymaga to pewnego osobnego treningu – treningu umiejętności rozmawiania i prowadzenia rozmowy, w której wiele z tych opowieści, wspomnień, nieraz trudno wytłumaczalnych i rozpoznawalnych objawów (*medically unexplained symptoms*), jest przyjmowanych jako rzecz ważna, którą próbujemy rozumieć i interpretować. Jest to rozmowa, która wszelkie subiektywne sensory pacjenta nie tyle odsiewa, odsuwa na bok, ile za nimi podąża.

## Konkluzje

W czym może być pomocna tego rodzaju wiedza? Czy można wskazać w ogóle na jakieś konkretne korzyści płynące z antropologii medycznej jako stosowanej nauki humanistycznej, zajmującej się doświadczeniami, procesami społecznymi czy narracjami, które stają się udziałem chorych? Odpowiem na to w kilku punktach.

Można by założyć, że praktykując tę wiedzę, poprawimy wiedzę o leczeniu chorych, będziemy umieli poprowadzić lepszy wywiad z chorym i lepsze rozpoznanie jego historii pojmowanej całościowo. Można zakładać, że medycyna zyskuje w ten sposób kolejne narzędzia w walce z dolegliwościami chorych, związanymi np. z MUS czy niepokojem psychospołecznym, a wytworzone pomiędzy chorym a lekarzem zaufanie i więź stworzy zupełnie inne warunki traktowania takiego chorego – jego choroby i dolegliwości.

Można również stwierdzić, że poprzez narzędzia antropologii medycznej więcej będzie wiadomo o społecznościach lokalnych ludzi chorych, o ich środowiskach, o instytucjach, do których trafiają i w których są leczeni. Być może ujawnione zostaną tu nowe kulturowe i społeczne czynniki prowadzące do zwiększonego ryzyka zachorowań i niepowodzenia terapii. Zwyczaje jednostek i małych grup mogą np. stanowić ważkie rozpoznanie w leczeniu chorób przewlekłych, takich jak astma, gdzie okazuje się, że w wyborze leku i w skuteczności leczenia kapitalną rolę ogrywa komunikacja pomiędzy pacjentami, wiedza środowiskowa, pozamedyczna, a także świat emocji (badania autora). Antropologia medyczna może w związku z tym próbować zaspokajać bardzo



realne i bardzo palące potrzeby społeczności ludzi chorych, może również budować bardzo trafne strategie zachowania zdrowia.

Antropologia medyczna jest również krytyczna wobec źródeł wiedzy. Bada pochodzenie paradygmatów nauki medycznej jako przemiany praktyk, wyobrażeń i wiedzy mogącej naturalizować i uprawomocnić nierówności społeczne i nierówności w dostępie do opieki i pomocy. Poddaje w wątpliwość najbardziej usankcjonowane drogi rozwoju współczesnej medycyny, wskazując na to, iż może rozwijać się inaczej, w innym kierunku, odpowiadać na potrzeby dotąd nie dostrzegane, a rozpoznane dzięki badaniom społecznym i kulturowym. Jest w stanie wyłączać światy ludzi będących w naglącej potrzebie pomocy i opieki zdrowotnej.

W ujęciu opisanym powyżej antropologia medyczna wspiera w ten sposób dotychczasową wiedzę medyczną i tzw. nauki o zdrowiu. Jako stosowana nauka humanistyczna może mieć jednak jeszcze inną, znacznie bardziej znaczącą rolę. Skoncentrowana na wytwarzaniu cielesności, biografii czy tożsamości chorych stawia pytania tam, gdzie nauki biomedyczne nie są w stanie dotrzeć. Próbuje rozumieć ciało, chorobę i życie człowieka w sposób przede wszystkim humanistyczny, zajmuje się fenomenologią ucieleśnienia i cierpienia, jest próbą konfrontacji z prostym faktem śmiertelności, człowieka chorego poznaje jako „cierpiącego narratora” (Frank 1995). Buduje w ten sposób swoją własną, długoletnią refleksję, a chorobę widzi jako doświadczenie, przekraczając daleko medyczną wiedzę o chorobach i ich leczeniu.

## LITERATURA

### **Adamiak K., Hekselman M.**

2008 – „Lekarze w to nie wierzą...”. *Uchynięcie jako społeczny konstrukt ciała we wsi Ostałówek i okolicach* (archiwum Instytutu Kultury Polskiej UW).

### **Becker G.**

2004 – *Phenomenology of Health and Illness*, w: *Encyclopedia of Medical Anthropology*, red. C. Ember, M. Kluwer.

### **Bertaux D.**

1990 – *Funkcje wypowiedzi autobiograficznych w procesie badawczym*, w: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*, Warszawa, Poznań, s. 71–81.

### **Boyle Ch.M.**

1970 – *Difference Between Patients' and Doctors Interpretation of Some Common Terms*, „British Medical Journal”, 2, s. 286–289.

**Cassels E.**

2001 – *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, Oxford.

**Csordas T.**

2001 – *Introduction. The Body as Representation an Being-in-the World, w: Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, T. Csordas (red.), Cambridge, s. 1–26.

**Farmer P.**

2010<sup>a</sup> – *Rich World, Poor World. Medical Ethics and Global Inequality, w: Partner to the Poor. A Paul Farmer Reader*, H. Saussy (red.), Berkeley.

2010<sup>b</sup> – *Ethnography, Social Analysis, and the Prevention of Sexually Transmitted HIV Infection among Poor Woman In Haiti, w: Partner to the Poor. A Paul Farmer Reader*, H. Saussy (red.), Berkeley.

**Foucault M.**

2000 – *Narodziny kliniki*, Warszawa.

**Frank A.**

1995 – *The Wounded Storyteller. Body Illness, and Ethics*, Chicago.

**Garro L.C.**

2000 – *Cultural Knowledge as Resource in Illness Narratives: Remembering through Account of Illness, w: Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Mattingly Ch., Garro L.C. (eds.) Berkeley, Los Angeles, University of California Press, s. 70–87.

**Giddens A.**

2001 – *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w dobie późnej nowoczesności*, Warszawa.

**Gupta A., Ferguson J.**

2006 – *Poza „kulturę”. Przestrzeń, tożsamość i polityka różnicy*, przeł. J. Giebułtowski, w: *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznych (kontynuacje)*, M. Kempny, E. Nowicka (red.), t. 2, Warszawa, s. 267–283.

**Helman C.**

2001 – *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*, London.

**Jarosz M.**

2004 – *Władza. Przywileje. Korupcja*, Warszawa.

**Jeszke J.**

1996 – *Lecznictwo ludowe w Wielkopolsce w XIX i XX wieku. Czynniki i kierunki przemian*, Wrocław.

**Katon W., Sullivan M., Walker E.**

2001 – *Medical Symptoms without Identified Pathology. Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits*, „Annals of Internal Medicine”, t. 134, s. 917–925.

**Kleinman A., Benson P.**

2006 – *Anthropology in the Clinic. The Problem of Cultural Competency and How to Fix it*, „PLoS Medicine”, nr 3, s. 1675–1677.

**Krzyworzeka P.**

2008 – *Kultura i organizacje. Perspektywa antropologiczna*, w: *Antropologia organizacji*, M. Kostera (red.), Warszawa, s. 179–198.

**Libera Z.**

1995 – *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja?*, Wrocław.

**Low S.M.**

2001 – *Embodied Metaphors. Nerves as Lived Experience*, w: *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, Th. Csordas (red.), London, s. 139–162.

**Mauss M.**

2001 – *Sposoby postępowania się ciałem*, w: M. Mauss, *Socjologia i antropologia*, przeł. M. Król, K. Pomian, J. Szacki, Warszawa, s. 391–413.

**Merleau-Ponty M.**

1999 – *Proza świata. Eseje o mowie*, przeł. S. Cichowicz, Warszawa.

2001 – *Fenomenologia percepcji*, przeł. J. Migasiński, Warszawa.

**Migliore S.**

2001 – *From Illness Narratives to Social Commentary. A Pirandellian Approach to „Nerves”*, „Medical Anthropology Quarterly”, t. 15, s. 100–125.

**Mirga A., Mróz L.**

1994 – *Cyganie. Odmienność i nietolerancja*, Warszawa.

**Mysyk A.**

1998 – *Susto: An Illness of the Poor*, „Dialectical Anthropology”, t. 23, s. 187–202.

**Page L.A., Wesseley S.**

2003 – *Medically Unexplained Symptoms. Exacerbating Factors In The Doctor-Patient Encounter*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, t. 96, s. 223–227.

**Paluch A.**

1995 – *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*, Wrocław.

**Pasierski T.**

2007 – *Współczucie*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 15, s. 1–5.

2008 – *Choroba jako opowieść*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 9, s. 68–71.

**Penkala-Gawęcka D.**

2006 – *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*, Poznań.

**Piątkowski W.**

1988 – *Lecznictwo niemedyczne w Polsce XX w.*, Wrocław.

**Rakowski T.**

2006 – *Body and Fate. The Pension As a Practice of Social Remembering*, „Anthropological Yearbook of European Cultures”, t. 16, s. 37–48.

2007 – *Między zbieractwem a archeologią. Doświadczenie przeszłości i teraźniejszości wśród bezrobotnych górników wałbrzyskich*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 4, s. 71–91.

2008 – *Medycyna humanistyczna. Nowe wyzwania w praktyce lekarskiej*, „Medycyna po Dyplomie”, nr 17, s. 206–212.

**Rodak P.**

2004 – *Dziennik osobisty: praktyka, przedmiot, tekst* (mps w archiwum Instytutu Kultury Polskiej UW).

**Rosner K.**

2003 – *Narracja, tożsamość i czas*, Kraków.

2005 – *Układ gniazdowy terminów i słownik słów kluczowych wybranych kategorii kultury. Medycyna ludowa*, Cz. Robotycki, W. Babik (red.), Kraków.

**Sharp M., Carson A.**

2001 – „Unexplained” Somatic Symptoms, Functional Syndromes, and Somatization. Do We Need a Paradigm Shift?, „Annals of Internal Medicine”, t. 134, s. 926–930.

**Szurman K.**

2004 – *Ciało jako własność społeczna. Cieleśność w kulturze Polska Roma* (mps w archiwum Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej UW).

**Wądołowska A.**

2010 – *Pluralizm medyczny a zdrowie reprodukcyjne kobiet w regionie Indian Purhepecha w Meksyku*, w: D. Penkala-Gawęcka, *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, Poznań.

**Young A.**

1982 – *The Anthropologies of Illness and Sickness*, „Annual Review of Anthropology”, t. 11, s. 257–285.