

Pekala-Gawęcka, Danuta

Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe

Medycyna Nowożytna 1/2, 5-16

1994

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Danuta Penkala-Gawęcka

Poznań

Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe

Problematyka choroby stanowi centrum zainteresowań antropologii medycznej¹ – subdyscypliny antropologii kulturowej, zajmującej się człowiekiem jako twórcą kultury i istotą społeczną. Wyłoniła ona się na przełomie lat 60. i 70. w Stanach Zjednoczonych z rozwijających się od początków etnologii i antropologii badań nad wiedzą i praktykami leczniczymi ludów pozaeuropejskich, a później także zachodniego kręgu kulturowego.

Chorobę i sposoby radzenia sobie z nią rozpatruje się w ramach studiów etnomedycznych w różnych aspektach; bada się między innymi klasyfikacje chorób, symboliczne znaczenie i „język choroby”, tzw. „choroby ludowe”, wpływ etiologii i diagnozy na podejmowaną terapię i wiele innych zagadnień. Termin etnomedycyny odnosi się więc do „tych wierzeń i praktyk związanych z chorobą, które są wytworami lokalnej kultury i które nie są

¹ Szczegółowe omówienie rozwoju antropologii medycznej można znaleźć w opracowaniach: D. Penkala-Gawęcka, *Antropologia medyczna i etnomedycyna. Rozwój, stan badań, perspektywy*, „Lud”, t. 67: 1983, s. 9–17 oraz D. Penkala-Gawęcka, *Etnomedycyna*, [w:] *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne*, pod red. Z. Staszczak, Warszawa–Poznań 1987, s. 100–102. Dodać należy, że obecnie termin „antropologia medyczna” przyjmuje się coraz szerzej także w Europie.

wyraźnie wyprowadzone z ram konceptualnych medycyny nowoczesnej" (Ch. C. Hughes). Natomiast antropologia medyczna w większym stopniu niż etnomedycyna zajmuje się kulturowymi problemami związanymi ze zdrowiem i chorobą w społecznościach „zachodnich”. Charakterystyczny dla amerykańskiej antropologii medycznej jest jej silnie zaznaczony aspekt praktyczny.

Najogólniej biorąc, podejście antropologiczne w badaniach nad chorobą wyróżnia traktowanie jej jako zjawiska kulturowo zrelatywizowanego. Jest to ujęcie kontekstowe, podkreślające, że choroba jest konstruktem, który może być rozumiany dopiero przez odwołanie się do kultury, w ramach której został wytworzony. Niemniej, w obrębie antropologii medycznej występuje obecnie wiele ujęć teoretyczno-metodologicznych. Różnice między nimi, w aspekcie badań nad chorobą, mogą być jedynie szkicowo zarysowane w niniejszym artykule.

Zajmując się problematyką etnomedyczną w społeczeństwach spoza euroamerykańskiego kręgu kulturowego, badacze od dawna zwracali uwagę na zróżnicowanie pojęć zdrowia, normalności, choroby. Okazało się, że kategorie te nie mają treści uniwersalnej, są zrelatywizowane kulturowo. Zjawiska uważane w jednej kulturze za symptomy choroby, w innej przeciwnie – mogą być oznakami zdrowia, a w jeszcze innej – nie mieć żadnego znaczenia dla oceny zdrowia. Dla ilustracji tej tezy przywołuje się liczne przykłady, m.in. chorób tak pospolitych w pewnych społecznościach, że ich objawy są traktowane jako coś normalnego. Należą do nich frambezia u Mano z Afryki, schistosomatoza (bilharczoza) wśród wieśniaków egipskich, albo robaczyce, tak powszechne, że np. przez afrykańskich Thonga uważane za wręcz niezbędne dla procesu trawienia². Podobnie, pewne objawy (jak halucynacje, wizje, trans), które byłyby uznane za psychopatologiczne z perspektywy psychiatrii, w niektórych społeczeństwach mogą być nie tylko nie uważane za symptomy choroby, ale nawet dodatnio wartościowane. Ich występowanie może predestynować jednostkę do sprawowania specjalnych funkcji, zwykle związanych z wysokim statusem społecznym, np. czarownika czy szamana³. Należy dodać, że również samo rozdzielenie „soma” i „psyche” nie jest

² R. W. Lieban, *Medical Anthropology*, [w:] *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, J. J. Honigmann (ed.), Chicago 1973, s. 1044.

³ Już w latach 30. R. Benedict (*Anthropology and the Abnormal*, „Journal of General Psychology”, vol. 10: 1934, s. 59–82) pisała, że należy uznać relatywność pojęcia nienormalności. Również E. Ackerknecht, uważany za „ojca” antropologii medycznej, w jednym z klasycznych już dziś artykułów z lat 40. stwierdził, że: „«Autonormalnym» i «autopatologicznymi» nazywać będziemy (...) tylko te jednostki, których normalność czy nienormalność definiuje ich własne społeczeństwo;

bynajmniej powszechne, przeciwnie, nie występuje w większości kultur; zresztą świadomość umownego, kulturowo i historycznie uwarunkowanego charakteru tych kategorii, wywodzących się z kartezyjańskiej koncepcji dualizmu ciała i ducha, wzrasta również w społeczeństwach zachodniego kręgu kulturowego.

Wiele miejsca w badaniach etnomedycznych zajmują lokalne koncepcje przyczynowości oraz klasyfikacje chorób. Szerokie zastosowanie znalazł zaproponowany przez G. M. Fostera⁴ podział na etiologie „naturalistyczne” i „personalistyczne”. Etiologie typu naturalistycznego tłumaczą choroby w terminach bezosobowych, jako rezultat działania naturalnych sił czy warunków (np. zaburzenie równowagi „gorąca” i „zimna” w organizmie). Natomiast etiologie personalistyczne wyjaśniają choroby jako wynik ingerencji czynnika o charakterze osobowym, np. człowieka, złego ducha, bóstwa (przykładem mogą być czary albo działanie „złego oka”). Choć rozróżnienie to operuje kategoriami zewnętrznego obserwatora, jest jednak bardziej adekwatne niż tradycyjnie stosowany, arbitralny podział na „naturalną” i „nadnaturalną” przyczynowość, a tym bardziej niż odróżnianie etiologii „racjonalnych” i „irracjonalnych”, według paradygmatu biomedycznego bądź ze „zdroworozsądkowego” punktu widzenia.

Badacze zwrócili uwagę na niewspółmierność biomedycznej klasyfikacji chorób i klasyfikacji lokalnych, „tubylczych”. Nozologie ludowe zwykle przywiązują mniejszą wagę do symptomów, cech dystynktywnych choroby, natomiast w większym stopniu uwzględniają uwarunkowania społeczne i kulturowe choroby, a przede wszystkim przyczynowość. Często choroba jest nazywana i tłumaczona właśnie w kategoriach przyczynowych (przykłady podobnego podejścia można znaleźć także w polskiej medycynie ludowej i potocznej wiedzy medycznej – wymieńmy choćby „przeziębienie” czy „oberwanie”). Tubylcze taksonomie są niekiedy bardzo rozbudowane i szczegółowe, co wykazały analizy przeprowadzone przez kognitywistów. Najbardziej znana i często przywoływana jest analiza kategorii chorobowych (dotyczących chorób skóry) u Subanun z południowych Filipin, dokonana przez C. O. Frake'a⁵, a czyniąca niezwykle szczegółowe rozróżnienia.

jest to jedyna prawdziwa definicja normalności, jaką uznajemy” (E. Ackerknecht, *Szamanistwo i psychopatologia*, [w:] *Psychologia wierzeń religijnych*, pod red. K. Jankowskiego, Warszawa 1990, s. 107).

⁴ G. M. Foster, *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*, „*American Anthropologist*”, vol. 78: 1976, no. 4, s. 773–782.

⁵ C. O. Frake, *The Diagnosis of Disease Among the Subanun of Mindanao*, „*American Anthropologist*”, vol. 63: 1961, no. 1, s. 113–132.

Wiele jednostek chorobowych wyróżnianych w nozologii biomedycznej nie ma swoich odpowiedników bądź ma jedynie przybliżone odpowiedniki w klasyfikacjach tubylczych. I odwrotnie, istnieją tzw. „choroby ludowe” (folk illnesses) czy „choroby kulturowe” (cultural illnesses, culture specific illnesses), których nie da się odnieść do biomedycznych jednostek chorobowych. Choroby te są czasem specyficzne dla pojedynczej kultury, czasem dla szerszego regionu geograficzno-etnicznego, a niekiedy można odnaleźć ich odpowiedniki nawet w odległych kulturach. Badaczy od dawna interesował ten typ chorób; powstała obszerna literatura na ich temat, poczynając od najbardziej chyba znanego amoku z Malezji i Indonezji, poprzez „histerię arktyczną”, do takich chorób, jak *latah* w Malezji i na Filipinach, *koro* w Chinach i Malezji, czy *susto* w Ameryce Łacińskiej. Większość z nich, ze względu na swój wyraźny komponent psychiczny jest obiektem szczególnego zainteresowania psychiatrów, zajmujących się tzw. psychiatrią transkulturową. Na określenie tego typu chorób utworzono termin: „syndromy uwarunkowane kulturowo” (culture-bound syndromes)⁶. Przedmiotem sporu badaczy jest przede wszystkim kwestia przekładalności tych syndromów na kategorie diagnostyczne używane w psychiatrii. Część badaczy, szczególnie antropologów, zajmuje stanowisko skrajnie relatywistyczne, twierdząc, że „wszystkie choroby psychiczne mają zasięg ograniczony kulturowo, a to dlatego, że kulturowo ograniczony jest sam system klasyfikacji”⁷. Inni, np. R. C. Simons i C. C. Hughes⁸, opowiadają się za stanowiskiem umiarkowanie relatywistycznym; jeszcze inni (z reguły psychiatrzy) reprezentują podejście uniwersalistyczne, głoszące powszechność standardowych kategorii diagnostycznych stosowanych w psychiatrii. Jednak zdaniem większości antropologów zajmujących się tą problematyką, nawet te choroby, w których czynniki neurofizjologiczne mają duże znaczenie, manifestują się w różny sposób w różnych kulturach. Dokumentują to interesujące studia nad obrazem chorób psychicznych w różnych środowiskach kulturowych, np. depresji w Chinach, Iranie, u Indian Ameryki Pn., na Nowej Gwinei i Sri Lance⁹, czy też schizofrenii u Amerykanów anglosaskiego i meksykańskiego pochodzenia¹⁰. Termin „syndromy uwarunkowane kulturowo” jest najczęściej

⁶ Problematykę tę szeroko dyskutują m.in. autorzy obszernej pracy: *The Culture-Bound Syndromes*, R. C. Simons, C. C. Hughes (eds.), Dordrecht 1985.

⁷ E. F. Torrey, *Czarownicy i psychiatrzy*, Warszawa 1981, s. 59.

⁸ *The Culture-Bound...*, s. 34-35.

⁹ *Culture and Depression*, A. Kleinman, B. Good (eds.), Berkeley 1985.

¹⁰ J. H. Jenkins, *Conceptions of Schizophrenia as a Problem of Nerves: A Cross-Cultural Comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans*, „Social Science and Medicine”, vol. 12: 1988, s. 1233-1243.

stosowany tylko w odniesieniu do zaburzeń typu psychiatrycznego, które stanowią w tym rozumieniu fragment szerszej kategorii „chorób ludowych”. Jednak takie ograniczenie nie wydaje się słuszne, ponieważ również inne choroby zaliczane do owej szerszej kategorii są kulturowo uwarunkowane. Ponadto, jak już wspominałam, rozróżnienie umysłu i ciała jest obce kulturom nie-zachodnim. Czasem określa się ten rodzaj chorób jako właściwy tylko społeczeństwom spoza zachodniego kręgu kulturowego, stwierdzono jednak ich występowanie także w społeczeństwie amerykańskim i europejskich (jako przykład można wymienić zaburzenie zwane „fatigue”, znane z Francji¹¹).

W związku z faktem, że choroby przejawiają się w odmienny sposób w różnych kontekstach kulturowych oraz widoczną nieprzystawalnością ludowych czy tubylczych klasyfikacji do nozologii biomedycznych, antropolodzy zaczęli stosować rozróżnienie terminologiczne między „disease” i „illness”. Zaproponował je H. Fabrega, przyjmując termin „disease” na oznaczenie choroby jako patologicznych zmian w organizmie, zdefiniowanych przez naukę biomedyczną, a „illness” na określenie kulturowego wymiaru choroby¹². W takim ujęciu „disease” byłaby pewną stałą, uniwersalnym, biologicznym aspektem choroby, a „illness” – zmienną, zrelatywowaną kulturowo. W rozróżnieniu tym widoczne są elementy podejścia empirycystycznego, pozytywistycznego, charakteryzującego dawniejsze studia etnomedyczne i do dziś spotykanego w literaturze. Omówię pokrótce kilka cech tego podejścia, związanych z kategorią choroby¹³. W jego wczesnej postaci, wywodzącej się bezpośrednio z paradygmatu ewolucjonistycznego, umieszczano „wierzenia o chorobach” w kontekście ewolucji wiedzy ludzkiej – od „prymitywnych” czy „protonaukowych” konce-

¹¹ A. D. Gaines, *Cultural Constructivism*, [w:] *Anthropologies of Medicine*, B. Pfeleiderer, G. Bibeau (eds.), Braunschweig 1991, s. 244–248.

¹² H. Fabrega, *Medical Anthropology*, [w:] *Biennial Review of Anthropology* B. J. Siegel (ed.), Stanford 1972, s. 167–229; H. Fabrega, *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*, Cambridge, Mass., 1973, s. 189–257–258. Terminom tym odpowiada w języku niemieckim rozróżnienie między „Krankheit” i „Kranksein”, które stosował już prekursor niemieckiej psychosomatyki, Viktor von Weizsäcker (por. B. Pfeleiderer, *About the Origins of this Volume*, [w:] *Anthropologies...*, s. 7). Brak, niestety, odpowiedników dla tych terminów w języku polskim. M. Sokółowska (*Socjologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 14–15) zaproponowała „chorobę” jako odpowiednik „disease”, a „poczucie dyskomfortu” jako odpowiednik „illness”. Jednak takie rozumienie „illness”, podkreślające subiektywny aspekt choroby (powszechne w literaturze z socjologii medycyny), różni się od rozumienia antropologicznego, kładącego nacisk na intersubiektywne doświadczenie choroby, w kontekście kulturowym.

¹³ Wyczerpującą krytykę tego podejścia przeprowadził B. Good (*Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge 1994, s. 29–47).

pcji choroby, aż do teorii współczesnej medycyny naukowej. Jak zauważa B. Good: „Dla tych, którzy pisali w obrębie (...) tradycji empirycystycznej (...), przedstawienia choroby (illness representations) mogą być uszeregowane według hierarchii rosnącej racjonalności”¹⁴. Przy tym kontrastowano ostro wierzenia ludowe i wiedzę naukową. Tej tradycji, określanej też często jako racjonalistyczna, przeciwstawili się w latach 30. relatywiści, z Ruth Benedict na czele. Nadal jednak przewijała się w literaturze, choćby w debacie na temat stosunku elementów „racjonalnych” i „irracjonalnych” w medycynie „prymitywnej”, wywołanej artykułem E. Ackerknechta¹⁵. Ten wątek można znaleźć również we współczesnych pracach dotyczących polskiej medycyny ludowej, w których wciąż jeszcze mówi się o „racjonalnych” i „irracjonalnych” przekonaniach na temat chorób i metodach leczenia. Tymczasem z punktu widzenia antropologa takie rozróżnienie pozbawione jest wartości poznawczej; pojęcie racjonalności może być stosowane w sensie „subiektywnej racjonalności, zrelatywizowanej kulturowo”. Tak więc, wszelkie przekonania dotyczące choroby mogą być uważane za racjonalne, jeżeli – według systemu wiedzy danej grupy – zachowania zgodnie z tymi przekonaniem prowadzą do pożądanego rezultatu. Zatem, jak pisze B. Good¹⁶, „to, co odbiega od założonej – z perspektywy biomedycznej – racjonalności, nie wynika z ignorancji czy «przesądów», ale jest zakorzenione w kulturze, systemie wierzeń i praktyk, które mają swą własną «logikę kulturową» i pełnią funkcje adaptacyjne”. Ujęcie empirycystyczne cechuje przeciwstawianie „wierzeń” dotyczących chorób, zmiennych, zrelatywizowanych – naukowej wiedzy medycznej, stałej, obiektywnej, niekwestionowalnej, wolnej od uwarunkowań kulturowych. To ahisteryczne traktowanie biomedycyny jest charakterystyczne szczególnie dla behawioralnych nauk medycznych, ale przejawia się także w literaturze z zakresu socjologii i psychologii społecznej oraz antropologii, zwłaszcza w pracach badaczy-praktyków zaangażowanych w antropologię stosowaną. Z tej perspektywy sądzi się, że biomedyczne kategorie odzwierciedlają naturalne zjawiska organiczne, które są tylko różnie nazywane w różnych kulturach. Wyrazem takiego myślenia jest właśnie dychotomia: „disease”/„illness”.

Zasadnicza zmiana podejścia, którą można wręcz nazwać przełomem w teorii antropologii medycznej, wiąże się z rozwija-

¹⁴ B. Good, j.w., s. 29.

¹⁵ E. Ackerknecht, *Primitive Medicine*, „The Transactions of the New York Academy of Science”, Series II, 8, New York 1947.

¹⁶ B. Good, *Medicine...*, s. 29.

jącą się od drugiej połowy lat 70. orientacją, określaną obecnie jako „interpretacyjna antropologia medyczna” bądź „konstruktywizm kulturowy”¹⁷. Trudno omówić ją wyczerpująco w ramach tego artykułu, zajmę się więc bliżej jedynie koncepcjami choroby rozwijanymi w ramach tej orientacji.

Przełom, o którym mowa, wiąże się z nazwiskiem antropologa kulturowego i psychiatry, Arthura Kleinmana. Kleinman¹⁸ zdefiniował „system medyczny” jako „system kulturowy”, a więc odrębne pole badań antropologicznych. Rozumiał go jako system symboliczny zbudowany ze znaczeń, wartości, wzorców zachowań. System taki „artykułuje chorobę (illness) jako przedstawienie kulturowe, łączące ze sobą przekonania o przyczynach chorób, doświadczenie symptomów, specyficzne wzorce zachowań chorobowych, decyzje dotyczące wyboru terapii, zastosowane praktyki lecznicze i oceny rezultatów leczenia”¹⁹. Zatem zdrowie, choroba, opieka zdrowotna, jako części systemu kulturowego, muszą być rozpatrywane w relacji do siebie nawzajem. Choroba winna być badana kontekstowo, nie w izolacji od innych części systemu. Takim systemem jest również biomedycyna. Pogląd, że biomedycyna jest systemem kulturowym, historycznie zmiennym, a nie naturalnym, obiektywnym i „akulturowym”, jest obecnie szeroko podzielany w antropologii medycznej²⁰.

Kleinman przeformułował rozróżnienie „disease” i „illness”, traktując te kategorie jako dwa aspekty choroby w sensie generalnym, czyli „sickness”. Ani „disease”, ani „illness” nie jest „rzeczą” czy „jednostką” – są one po prostu różnymi sposobami wyjaśniania choroby (sickness), różnymi „społecznymi konstrukcjami rzeczywistości”²¹. „Model wyjaśniający” (explanatory model, EM) zawiera wyjaśnienia niektórych albo wszystkich pięciu zagadnień: etiologii, symptomów, patofizjologii, przebiegu choroby oraz leczenia. „Disease” wiąże się z modelami wyjaśniającymi praktyków profesjonalnych – zarówno praktyków medycyny „nowoczesnej”, jak i tradycyjnych systemów medycznych, np. me-

¹⁷ Por. A. D. Gaines, *Cultural...*, *op.cit.* Ten kierunek badań ukształtował się w ramach ogólnej orientacji antropologicznej zwanej antropologią interpretacyjną.

¹⁸ A. Kleinman, *Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, „Social Science and Medicine”, vol. 12: 1978, B, s. 85–93; A. Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley 1980.

¹⁹ A. Kleinman, *Concepts...*, s. 85.

²⁰ Por. np. M. Sullivan, *In What Sense is Contemporary Medicine Dualistic?*, „Culture, Medicine and Psychiatry”, vol. 10: 1986, no. 4, s. 331–350; A. D. Gaines, *Cultural...*, *op.cit.*; *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine*, M. Nichter (ed.), Amsterdam 1992; B. Good, *Medicine...*, *op.cit.*

²¹ A. Kleinman, *Concepts...*, s. 88.

dycyny ajurwedyckiej czy chińskiej. Modele te odwołują się do zaburzeń procesów biologicznych i/ albo psychologicznych, stosują specjalne teorie etiologiczne i nozologie wyrażone w abstrakcyjnej, wysoce technicznej, zwykle bezosobowej formie. Natomiast „illness” oznacza doświadczenie choroby (disease) i społeczne reakcje na nią. „Jest sposobem, w jaki chora osoba, jej rodzina i jej sieć społeczna postrzega, nazywa, wyjaśnia i odpowiada na chorobę (disease)”²². „Illness” wiąże się z modelami wyjaśniającymi potocznej i ludowej sfery systemu medycznego, stosowanymi w kręgu rodziny i ludowych, nieprofesjonalnych praktyków. Modele te definiują chorobę w osobowych, nie-technicznych, konkretnych terminach, powiązanych z życiowymi problemami wynikającymi z zaburzenia zdrowia. Kleinman zauważa, że relacje w ramach systemu opieki zdrowotnej polegają często na transakcjach między modelami wyjaśniającymi „disease” i illness”.

Jak widać z powyższego omówienia, koncepcja Kleinmana zrywa z reifikowaniem choroby, „denaturalizuje” „disease”. Nie przeciwstawia biomedycyny innym systemom medycznym. Ponadto nie traktuje „illness” wyłącznie jako subiektywnego doświadczenia choroby (takie rozumienie spotyka się często w literaturze socjologicznej), ale włącza kontekst społeczny i kulturowy.

Niemniej, niektórzy badacze (np. R. Frankenberg, A. Young) krytykowali model Kleinmana za nikłą obecność w nim „społecznego wymiaru choroby”. A. Young²³ zaproponował (wraz z Frankenbergiem) przekształcenie ujęcia Kleinmana, traktując „sickness” jako „proces uspołecznienia” „disease” i „illness”, przy czym ta ostatnia rozumiana jest jako indywidualne doświadczenie choroby. „Sickness” odnosi się więc do procesu, w którym zaburzenia zachowania i biologiczne oznaki choroby otrzymują społecznie uznane znaczenie – zostają sformułowane jako symptomy i „społecznie znaczące skutki”.

Jeszcze inni autorzy kwestionują celowość rozróżniania „disease” i „illness”. I tak np. M. Sullivan²⁴ uważa, że owa dychotomia jest dalszym rozwinięciem i zarazem niepotrzebnym (czy wręcz szkodliwym) podtrzymywaniem kartezyjańskiego dualizmu ciała i ducha. Krytyka ta jest niewątpliwie uzasadniona, jeżeli traktujemy „disease” jako „czysto biologiczne zaburzenie” a „illness” jako „osobiste doświadczenie zaburzenia”. Natomiast nie jest adekwatna, jeżeli zarówno „illness”, jak i „disease” postrzegamy jako

²² Tamże.

²³ A. Young, *The Anthropologies of Illness and Sickness*, „Annual Review of Anthropology”, vol. 11; 1982, s. 270-74.

²⁴ M. Sullivan, *In What Sense...*, s. 332 i nast.

konstrukty kulturowe. Jak zauważa wielu badaczy, charakterystyczne dla biomedycyny ujęcie „disease” jako patologicznych zmian w organizmie jest „redukcjonistycznym modelem choroby”, ograniczającym się do aspektów biologicznych, a pomijającym aspekty kulturowe i społeczne²⁵. Z tej perspektywy choroba jest traktowana jako „abstrakcyjna, powtarzająca się rzecz, o tej samej zawartości, gdziekolwiek się pojawia, niezależnie od lokalnych warunków kulturowych”²⁶. Tymczasem, jak wykazali antropolodzy, również „disease” należy do kultury, „do wyspecjalizowanej kultury medycyny”²⁷. Są tego świadomi również historycy medycyny, badający zmienność pojęć choroby w toku rozwoju medycyny. Antropolodzy coraz częściej zajmują się przejawami i historyczną zmiennością ludowych teorii chorób oraz „syndromami kulturowo uwarunkowanymi” w biomedycynie. Opisują przykłady tego rodzaju chorób: syndrom chronicznego zmęczenia, menopauzę, otyłość (określonych przez M. Nichtera²⁸ jako „culturally stylized biomedical diseases”). W rezultacie, podkreślając zamieszanie w użyciu terminów „disease” i „illness”, często mylnie rozumienie „disease” jako kategorii pozbawionej kulturowych odniesień, obciążenie etnocentryzmem, niektórzy badacze postulują zrezygnowanie z tej dychotomii. M. Nichter²⁹ pisze, że „bardziej zgodne z perspektywą etnomedyczną jest uznanie, że choroba (disease) jest konstruktem tworzonym i reprodukowanym przez wszelkie systemy medyczne”. Wydaje się, że jeżeli chcielibyśmy zachować tak silnie już zakorzenione rozróżnienie „disease” i „illness”, to należałoby je stosować w ujęciu Kleinmana, rozdzielając raczej profesjonalne (w różnych systemach) i nieprofesjonalne rozumienie choroby niż (rzekomo) biologiczny i kulturowy jej aspekt.

Podejściem do badania choroby szeroko stosowanym w antropologii interpretacyjnej jest tzw. „meaning-centered approach”³⁰ – badania ześrodkowane na odkrywaniu znaczenia choroby, ujmowaniu przedstawień choroby jako rzeczywistości ukonstytu-

²⁵ Patrz np. G. Lewis, *Cultural Influences on Illness Behavior: A Medical Anthropological Approach*, [w:] *The Relevance of Social Science for Medicine*, L. Eisenberg, A. Kleinman (eds.), Dordrecht 1981, s. 151–162. Autor ten zwraca uwagę, że należy uwzględnić nie tylko generalny, ale także indywidualny aspekt choroby, „patrzeć na czyjąś chorobę jako wydarzenie, fragment osobistej biografii, aby raczej zrozumieć ją niż sklasyfikować” (G. Lewis, *Cultural...*, s. 156).

²⁶ C. Helman, *Anthropology and Clinical Practice*, „Anthropology Today”, vol. 1: 1985, no. 4, s. 9.

²⁷ B. Good, *Medicine...*, s. 53.

²⁸ M. Nichter, *Introduction*, [w:] *Anthropological Approaches...*, s. xxi.

²⁹ Tamże.

³⁰ Podejście to rozwijane jest szczególnie w amerykańskiej antropologii medycznej, ale także we Francji; por. np. interesujący zbiór: *Interpreting Illness*, M. Augé (ed.), „History and Anthropology”, vol. 2: 1985, p. 1.

wanej kulturowo. Oprócz omówionych powyżej „modeli wyjaśniających” Kleinmana, przedstawiciele tej orientacji stosują zaproponowaną przez B. Gooda analityczną koncepcję „semantycznej sieci choroby” (semantic illness network). Jest ona rozumiana jako „sieć słów, sytuacji, symptomów i emocji, które są związane z chorobą (illness) i nadają jej znaczenie dla człowieka cierpiącego”³¹.

Ponieważ choroba jest ukonstytuowana kulturowo, stanowi „syndrom znaczenia i doświadczenia”³², który można zbadać tylko za pomocą specjalnych procedur interpretacyjnych, określanych w antropologii jako interpretacja kulturowa. Należy bowiem pamiętać, że owo „znaczenie i doświadczenie choroby” jest rozumiane intersubiektywnie, jako kulturowe i wytworzone w toku społecznych relacji. Część badaczy z tego kręgu podkreśla szczególnie ważność uchwycenia zmienności w czasie znaczeń choroby. Na przykład B. Good³³ w swoim klasycznym już dziś artykule zwrócił uwagę na to, jak zmiany społeczne i sytuacyjne wpływają na zmiany semantycznej konfiguracji choroby chronicznej – dolegliwości serca u mieszkańców małego miasta w Iranie. Także A. D. Gaines³⁴ podkreśla ten aspekt badań, postulując odkrywanie „kulturowej historii choroby”. Badania interpretacyjne, czerpiące w dużej mierze z filozoficznych założeń fenomenologii i hermeneutyki, koncentrują się również na problemie skomplikowanej relacji doświadczenia choroby do jej kulturowych form, takich jak narracja.

Omówiona orientacja nie jest jedyną w antropologii medycznej, ale z pewnością obecnie dominującą. Drugim wpływowym kierunkiem jest tzw. „krytyczna antropologia medyczna”, której krytyka kieruje się właśnie przeciw antropologii interpretacyjnej. Badacze z tego kręgu (m.in. R. Frankenberg, M. Singer, N. Scheper-Hughes) są zainteresowani badaniem problemów zdrowia i choroby w szerszym kontekście politycznym i ekonomicznym. Niemniej, w praktyce badawczej napotykać oni trudności w powiązaniu poziomu makrospołecznych analiz z mikroanalizami etnograficznymi.

Przedstawiciele „krytycznej antropologii medycznej” ostro krytykują biomedycynę, a także antropologów z kręgu „konstruktivistycznego”, którzy opowiadają się za adaptowaniem pewnych koncepcji nauk społecznych do praktyki medycznej, w celu

³¹ B. Good, *Medicine...*, s. 40.

³² Tamże, s. 54.

³³ B. Good, *The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran*, „Culture, Medicine and Psychiatry”, vol. 1: 1977, no. 1, s. 25-58.

³⁴ A. D. Gaines, *Cultural...*, s. 244.

humanizacji medycyny. Zdaniem tych ostatnich, poznanie przez lekarzy-klinicystów „modeli wyjaśniających choroby” pacjentów może znacznie podnieść jakość i efektywność leczenia. W Stanach Zjednoczonych antropologowie są już od dawna angażowani w rozmaitych instytucjach medycznych, zwłaszcza w szpitalach i klinikach, a w szczególności w środowiskach etnicznie zróżnicowanych, w których kulturowa ekspertyza antropologa może być bardzo pomocna. Także w Wielkiej Brytanii zaczyna się angażować antropologów do pracy w instytucjach medycznych, chociaż, jak zauważa C. Helman³⁵, ich pozycja jest zazwyczaj marginalna. W naszym, polskim kontekście postulaty takiej współpracy byłyby nierealistyczne. Niemniej, poznanie perspektywy antropologicznej w badaniach nad chorobą, akcentującej jej aspekt kulturowy, może pomóc reprezentantom innych nauk w uświadamianiu sobie zmienności pojęcia choroby i jej społeczno-kulturowych uwarunkowań również w kontekście naszej własnej kultury. Może rzucić także nowe światło na badania historyków medycyny.

³⁵ C. Helman, *Anthropology...*, s. 9.

Danuta Penkala-Gawęcka

Anthropological look on a disease as a phenomenon of culture

Summary

Problems of a disease constitute an important position in research of medical anthropology, sub-branch of the cultural anthropology. In this paper the author presents different ideas of a disease comprehended from different points of view (disease, illness, sickness). She shows in a wider way cultural conditions of the diseases in the aspect of their occurrence and recognition as deviation from the health standard, also rooted in respect of culture.

Danuta Penkala-Gawęcka

Antropologischer Blick auf die Krankheit, als Kulturerscheinung

Zusammenfassung

Die Problematik der Krankheit nimmt einen wichtigen Platz im Bereich der medizinischen Anthropologie, einer Subdisziplin der Kulturanthropologie ein. Die Autorin beschreibt im Artikel verschiedene Auffassungen der Krankheit, von verschiedenen Gesichtspunkten gesehen (disease, illness, sickness). Breiter stellt sie die Kultur-Bedingen der Krankheiten, sowie im Aspekt ihres Auftretens, wie auch ihres Erkennen, als Abweichung von der Gesundheitsnorm, ebenso in der Kultur festgewurzelt.