

K U L T U R A I M E D Y C Y N A

„Etnografia Polska”, t. LVIII, 2014, z. 1-2
PL ISSN 0071-1861

MAGDALENA RADKOWSKA-WALKOWICZ
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UW, Warszawa

MAŁGORZATA RAJTAR
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM, Poznań

WPROWADZENIE DO BLOKU TEMATYCZNEGO „KULTURA I MEDYCYNĄ”

W klasycznej już książce Anne Fadiman (2012 [1997]) zatytułowanej *The spirit catches you and you fall down*, która często pojawia się na zachodnich (przede wszystkim amerykańskich, ale i niemieckich) listach lektur adeptów antropologii medycznej, amerykańska badaczka pokazuje tragiczne w swych skutkach zderzenie przekonań i wyobrażeń na temat etiologii choroby i sposobów leczenia Lia Lee, córki uchodźców Hmong pochodzących z północno-wschodniego Laosu, którzy przybyli do Stanów Zjednoczonych w 1980 roku. Lia urodziła się dwa lata później w Merced w stanie Kalifornia; w wieku trzech miesięcy zaczęła mieć poważne napady, które leczący ją amerykańscy lekarze diagnozowali jako napady epilepsji i leczyli silnymi lekami. Jednak z punktu widzenia jej rodziny napady te były świadectwem „utrąty duszy” i wymagały leczenia za pomocą środków ziołowych i konsultacji szamana Hmong. Dodatkowo, nieregularnie podawano przepisane Lia przez lekarzy lekarstwa. Przez kilka lat zarówno lekarze, jak i rodzina walczyli nie tylko z chorobą, która zaważnęła Lia, ale niejednokrotnie przeciwko sobie. W pewnym momencie, będąc przekonani, że nieumiejętność lub niechęć rodziców Lia do podawania jej lekarstw zgodnie z instrukcją jest szkodliwa dla dziewczynki, lekarze rozpoczęli proces, w wyniku którego Lia trafiła na cały rok do rodziny zastępczej. Koniec końców rodzinie udało się odzyskać opiekę nad dziewczynką. Jednakże, w 1986 roku Lia przeszła wyjątkowo duży i skomplikowany napad, do którego doszły jeszcze sepsa i szok organizmu, pozostawiając ją w śpiączce i powodując rozległe uszkodzenia mózgu. W tym stanie oddano ją pod czułą opiekę rodziny, w której pozostaje po dzień dzisiejszy. Opowieść o chorobie dziewczynki Fadiman przeplata rozdziałami poświęconymi religii, folklorowi, etnomedycynie Hmongów i ich historii, włączając to zaangażowanie w wojnę wietnamską i historię przesiedlenia rodziny Lia i wielu innych rodzin uchodźców Hmong do Stanów Zjednoczonych.

Popularność tej książki w amerykańskiej antropologii zbiegła się nie tylko z postawieniem większego nacisku na kompetencje kulturowe (*cultural competence*)

w nauczaniu lekarzy i personelu medycznego, ale również z szerszą debatą na temat kultury medycyny w ogólności. Nauczanie w ramach przedmiotu „kompetencje kulturowe”, które miało na celu „wzmocnienie świadomości i otwartości na różnicę” (Taylor 2010, s. 285) krytykowane nie tylko za umacnianie stereotypów na temat zachowań, wierzeń itp. członków danej kultury, ale również za posługiwanie się zbyt statycznym i niepodlegającym zmianom w czasie obrazem kultury. Ponadto wskazywano na to, że kultura musi istnieć w kontekście czynników społecznych, takich jak piśmienność oraz pozycja klasowa i społeczno-ekonomiczna. W tym też kontekście mówiono, że „nie tylko pacjenci i ich społeczności mają kulturę, lecz że istnieje również ‘kultura’ medycyny” (tamże).

Kwestia nauczania kompetencji kulturowych w zasadzie nie odgrywa żadnej roli w programach polskich (i nie tylko) uniwersytetów medycznych. Niemniej pytanie o kulturę medycyny i generalnie relacje pomiędzy kulturą i medycyną są jak najbardziej na miejscu. Stąd też wynika nasza decyzja, aby zamieszczone w niniejszej części tematycznej przykłady studiów etnograficznych pochodziły z różnych „kultur” i różnych „medycyn” (Danuta Penkala-Gawęcka: Kirgistan, Małgorzata Rajtar: Niemcy). Ponadto, same tylko badania prowadzone w Polsce (Joanna Mishtal, Magdalena Radkowska-Walkowicz i Jessica Robbins-Ruszkowski) stanowią dobry przykład na istnienie wielogłosowości w jednej tylko – polskiej – „kulturze” medycyny.

W jednym z rozdziałów poświęconych sposobowi, w jaki – za sprawą kształcenia studentów medycyny na Zachodzie, a dokładnie w Stanach Zjednoczonych – „medycyna konstruuje swoje obiekty”, nawiązując do Maxa Webera, Byron Good (2004[1996]) podkreśla, że w nowoczesnych społeczeństwach, które charakteryzuje oparty na biologii indywidualizm, medycyna odgrywa szczególną, bo soteriologiczną rolę. Zdrowie stało się tym, czym kiedyś było zbawienie, a medycyna wpisuje się niezwykle mocno w naszą kulturową wizję środków, za pomocą których można to zbawienie osiągnąć. „Chorobę, śmierć i skończoność znajdziemy w zwłokach, w ciele ludzkim. A zbawienie lub chociaż częściowa jego reprezentacja obecna jest w technicznej skuteczności medycyny” (Good 2004, s. 86). Jak argumentuje Good i co pojawia się również w tekstach w niniejszej części tematycznej: wbrew biologicznemu i materialistycznemu pojmowaniu choroby przez medycynę, kwestie soteriologiczne i moralne są na tyle silnie z nią splątane, że zaczynają niekiedy odgrywać kluczową rolę w praktyce medycznej.

Niemniej system biomedyczny w dzisiejszych zachodnich społeczeństwach ma władzę, jeśli chodzi zarówno o wybór terapii przez pacjentów i lekarzy, jak i o nadawanie znaczeń kwestiom związanym z ciałem. Porządek religijny, moralny, ale także polityczny interweniuje jednak znacząco w proces dochodzenia do zdrowia i jego definiowania. Badacze obserwują więc różne strategie negocjowania z biomedycyną. Mogą one polegać na poszukiwaniu komplementarnych i alternatywnych sposobów leczenia lub na próbach wpływania na zmiany w samym polu biomedycyny – tak jest w przypadku świadków Jehowy, którzy od 1945 r. uznają transfuzję krwi za akt „pogański i obrażający Boga”. Jak wskazuje Małgorzata Rajtar w opublikowanym w tym zbiorze artykule *Krew jako ciało „obce” i „indywidualne”. Krew i biotożsamość*

na przykładzie świadków Jehowy w Niemczech, świadkowie skutecznie wypracowują swój obszar władzy w przestrzeni medycyny i zmuszają lekarzy do poszukiwania form interwencji chirurgicznych niewymagających transfuzji. Działania świadków można rozpatrywać jako krytykę biomedycyny, niechęć do nadmiernych interwencji z jej strony, a przede wszystkim jako brak zaufania do lekarzy i podejmowanych przez nich terapii. Po głębszym przyjrzeniu się praktykom świadków i ich opowieściom, można jednak zauważyć, że nie tyle chodzi o zakwestionowanie jakości działań medycznych, lecz o inne podejście do ciała, a zwłaszcza o stosunek do samej krwi.

Warto też zauważyć, że sprzeciw wobec transfuzji krwi, choć skierowany przeciw technologiom medycznym, może być rozpatrywany jako głos w sprawie tych technologii i służyć poprawie ich jakości. Operacje z użyciem transfuzji nie są bowiem niezawodne, a działania świadków Jehowy zmierzające do zastąpienia tej technologii inną mogą wpłynąć na zmianę praktyk biomedycznych. W podobny sposób można spojrzeć na ruchy antyszczepionkowe, tak krytykowane przez dyskursy biomedyczne (por. Krawczyk 2012) i postrzegane jako ich antagoniści. Jednocześnie pewne postulaty wychodzące ze środowisk sprzeciwiających się obowiązkowym szczepieniom można by uznać za sensowne także w ramach dyskursu biomedycznego (takie jak nieszczepienie noworodków w pierwszej dobie życia). Podobnie można spojrzeć na naprotechnologię, której dotyczy tekst Magdaleny Radkowskiej-Walkowicz, zamieszczony w tym tomie. Naprotechnologia to według jej rzeczników, czyli przede wszystkim osób związanych z Kościołem katolickim, nowa, skuteczna i „ekologiczna” metoda leczenia niepłodności. I choć medycyna głównego nurtu, w tym Polskie Towarzystwa Medycyny Rozrodu jest w stosunku do niej krytyczna, można spojrzeć na nią także jako na próbę wynegocjowania zmian w obrębie biomedycyny. Chodziłoby tu zwłaszcza o indywidualne podejście do problemów pacjentek i pacjentów oraz o całościowe spojrzenie na niepłodność, w tym zwrócenie uwagi na aspekty psychologiczne. Ponadto inne sposoby mówienia i myślenia o ciele, zdrowiu i płodności mogą wpłynąć na zauważenie mechanizmów normalizacji i neutralizacji technologii, tak wyraźnych w przestrzeni klinik leczenia metodą *in vitro* (por. Radkowska-Walkowicz 2013, s. 92, 130–131), dla której naprotechnologia – według jej rzeczników – ma być alternatywą.

Wzrost popularności niekonwencjonalnych czy komplementarnych metod leczenia, który możemy obserwować w Polsce i wielu krajach wiąże się nie tylko ze stosunkiem do medycyny głównego nurtu, ale może też być wyrazem relacji jednostki do państwa. Wyraźnie pokazuje to Danuta Penkala-Gawęcka analizująca strategię i praktyki zdrowotne mieszkańców nowopowstałych republik postsowieckiej Azji Środkowej, szczególnie Kirgistanu, „w warunkach specyficznego krajobrazu tamtejszego pluralizmu medycznego”. Badaczka pyta: „Czy trudności związane z transformacją wpływają na pogłębienie niepewności, na większą nieufność do biomedycyny, systemu opieki medycznej, do samych lekarzy? Czy oddziałują na odczucie ryzyka w kontaktach z personelem medycznym? Czy owe afekty mogą, w jakimś stopniu, wyjaśnić rozbieżności ocen formułowanych przez specjalistów i przez »zwykłych ludzi«, zaobserwowane w toku badań?”. Jej analiza jednoznacznie wskazuje

na konieczność uwzględnienia emocji, zwłaszcza związanych z poczuciem ryzyka, niepewności, z zaufaniem i lękiem, w antropologicznych interpretacjach wyborów terapii medycznych dokonywanych w różnych kontekstach kulturowych.

Tekst Danuty Penkali-Gawęckiej dowodzi kolejny raz, że antropologiczna obserwacja codziennych praktyk, także związanych ze zdrowiem, odsłania (ale też je odzwierciedla i na nie wpływa) ogólniejsze mechanizmy kulturowe, w tym proces ustanawiania obywatelstwa. Pokazuje to także Jessica Robbins Ruskowski, która skupiła się na zachowaniach i narracjach osób starszych, w tym obserwacji podczas kursów uniwersytetu trzeciego wieku i rozmowach w centrum rehabilitacyjnym we Wrocławiu. Na tej podstawie pokazała związki między indywidualnym doświadczeniem i pamięcią a obywatelstwem i dyskursami odnoszącymi się do pojęcia narodu i do historii Polski. Jak pisze Robbins-Ruskowski: „Moral personhood for older Poles is a national kind of personhood”. Co więcej antropolożka wskazuje na zasadność ujmowania w kontekście starości i opieki kwestii obywatelstwa wraz z problematyką pokrewieństwa.

Obywatelstwo okazuje się jedną z kluczowych kategorii w debatach – zarówno politycznych, jak i akademickich – nad kwestiami zdrowia i cielesności. Także antropologia medycyny sięga coraz częściej po to pojęcie, by wskazać na wzajemne uwikłania tożsamości konkretnych jednostek i tożsamości narodowej, ciała i polityki, sposobów zarządzania zdrowiem przez ucieleśnionych aktorów społecznych i przez państwo. Wydaje się więc, że nie da się dziś przekonująco analizować podejścia do zdrowia i choroby w społeczeństwach zachodnich i postsocjalistycznych bez zarysowania szerszego kontekstu politycznego i państwowego. O relacjach między biopolityką, ucieleśnionymi i upłciwionymi rolami społecznymi podtrzymywanymi w dużej mierze przez politykę państwa a wyborami reprodukcyjnymi Polek pisze amerykańska antropolożka Joanna Mishtal. Okazuje się, że do wyjaśnienia niżu demograficznego trapiącego kolejne rządy w Polsce nie wystarczą analizy ekonomiczne. Przeprowadzone przez nią w trójmieście badania etnograficzne jednoznacznie pokazują, że na decyzje o nieposiadaniu (pierwszego a szczególnie kolejnego) dziecka wpływ ma przede wszystkim dyskryminacja kobiet w ciąży i matek małych dzieci przez pracodawców oraz brak wystarczającej liczby bezpłatnych lub niskopłatnych placówek opiekuńczych (żłobków i przedszkoli).

Wydaje się więc, że antropologiczne badania mogą pokazywać niezauważane przez inne dyskursy akademickie i pozaakademickie mechanizmy związane z leczeniem, produkcją zdrowia, jego definiowaniem i wartościowaniem. Oprócz zakorzenionych już dobrze w antropologii medycyny studiów nad pluralizmem medycznym (Penkala-Gawęcka 2010) i nad wspomnianymi na początku kulturowymi kompetencjami, pojawiają się coraz częściej analizy wpływu polityki państwa na kwestie związane ze zdrowiem i reprodukcją. Co więcej okazuje się, że nie chodzi już tylko o starcie różnych kultur medycznych, lecz o „nieczystość” samego dyskursu biomedycznego, uchodzącego za obiektywny i zestandaryzowany. Jest on bowiem tak samo jak inne systemy lecznicze podatny na wpływ stereotypów dotyczących płci, wieku czy klasy i uzależniony w pewnym stopniu od emocji konkretnych ludzi będących jego częścią

(lekarzy, pacjentów, ustawodawców). Nie da się go również odizolować od roszczeń państwa względem obywateli i, oczywiście, interesów finansowych poszczególnych graczy na rynku zarówno farmaceutyków, jak i idei (por. np. Lock i Nguyen 2010).

LITERATURA

- Fadiman Anne 2012 [1997], *The spirit catches you and you fall down. A Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures*, Farrar, Straus and Giroux, New York.
- Good Byron J. 2006 [1994], *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Krawczyk Ewa 2012, Historia ruchu antyszczepionkowego, [w:] *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*, red. Zespół KP, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa, s. 303–316.
- Lock Margaret, Vin-Kim Nguyen 2010, *An anthropology of Biomedicine*, Wiley-Blackwell, Malden, MA.
- Radkowska-Walkowicz Magdalena 2013, *Doświadczenie in vitro*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Penkala-Gawęcka Danuta 2010, Pluralizm medyczny w perspektywie antropologicznej, [w:] *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, red. D. Penkala-Gawęcka, Biblioteka Telgte, Poznań, s. 21–36.
- Taylor Janelle S. 2010, Confronting “culture” in medicine’s “culture of no culture”, [w:] *Understanding and applying medical anthropology*, red. Peter J. Brown, Ron Barrett, McGraw-Hill, Boston–New York, s. 284–289.

Adres Autorek:

Dr hab. Magdalena Radkowska-Walkowicz
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UW
ul. Żurawia 4, 00-503 Warszawa
e-mail: m.walkowicz@uw.edu.pl

Dr Małgorzata Rajtar
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Collegium Historicum
ul. Umultowska 89D, 61-614 Poznań
e-mail: malraj@amu.edu.pl

