

I. STUDIA MŁODYCH

Od Redakcji

Redakcja Czasopisma LUD wprowadza w niniejszym tomie pewną nowość. Przedstawia mianowicie poniżej sześć artykułów absolwentów etnografii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. Wszyscy oni podjęli tematy rozpraw doktorskich, po części w Instytucie Etnologii, po części w Instytucie Kulturoznawstwa UAM, jeden także w Instytucie Filozofii tejże uczelni. Wszystkie świadczą o ambitnych zamierzeniach młodych doktorantów. Podejmując bowiem bądź tematykę mało lub zgoła w ogóle u nas dotąd nie poruszaną, bądź próbują podejść do zagadnień w nowy metodologicznie sposób. Chodzi tu głównie o tzw. poznańską szkołę metodologiczną — szczegóły znajdzie Czytelnik w tekście rozpraw. Niech one zatem mówią same za siebie, a Czytelników prosimy do dyskusje. Zapraszamy do udziału także młodych adeptów nauki z innych ośrodków.

Czy „Studia młodych” uda się w „Ludzie” utrzymać, czas pokaże. (J.B.)

I. STUDIA

DANUTA PENKALA-GAWĘCKA

ANTROPOLOGIA MEDYCZNA I ETNOMEDYCZYNA

ROZWÓJ, STAN BADAŃ, PERSPEKTYWY

Badania, które dziś określilibyśmy jako „etnomedyczne”, prowadzono od dawna. Jednakże narodziny i rozwój antropologii medycznej i etnomedycyny jako subdyscyplin antropologii kulturowej, bądź też, jak chcą inni, „interdyscyplin”, przypadają na ostatnie dziesięciolecia. Pojawiły się one zgodnie z ogólną tendencją rozwoju współczesnej nauki, który cechuje postępująca specjalizacja w ramach dyscyplin tradycyjnych i powstawanie wielu pogranicznych dziedzin naukowych. Podobnie jak inne, stosunkowo nowe specjalności antropologiczne, np. antropologia prawna, ekonomiczna czy etnobotanika, również antropologia medyczna i etnomedycyna cierpią na braki w zakresie teorii. Dlatego niektórzy badacze twierdzą, że antropologię medyczną bądź etnomedycynę można traktować jedynie jako pewne wyróżnione, interdyscyplinarne obszary badawcze. Niemniej, droga rozwoju wielu nauk przebiega właśnie od wyodrębnienia pola badań do wypracowania spójnego systemu założeń teoretyczno-metodologicznych. Postaram się pokazać, na jakim etapie tej drogi znajduje się antropologia medyczna i etnomedycyna. Przedstawię także pewne propozycje teoretyczno-metodologiczne, które, moim zdaniem, można zastosować w badaniach etnomedycznych.

W etnologii polskiej mówi się coraz częściej o etnomedycynie czy antropologii medycznej, a badania z tego zakresu prowadzono od dawna. Warto więc poznać drogi rozwoju, stan badań i status obecny tych specjalności, które w nauce zachodniej są już dyscyplinami okrzepłymi, jeśli nie teoretycznie, to przynajmniej od względem organizacyjnym.

POCZĄTKI BADAŃ ETNOMEDYCZNYCH

Badania wiedzy i praktyk medycznych ludów zwanych dawniej „prymitywnymi” mają stosunkowo odległe tradycje. Sposoby leczenia obserwowane wśród „dzikich” interesowały podróżników XVI - XVIII wieku; relacjonowali je z przekonaniem, że ich własna medycyna może z po-

żytkiem zastosować niektóre egzotyczne praktyki i leki¹. Zdaniem E. Ackerknechta (1971, s. 114), takie podejście uwarunkowane było ówczesnym stanem medycyny zachodniej, której terapeutyka opierała się praktycznie na tych samych procedurach, co medycyna społeczeństw „prymitywnych”. Toteż relacje podróżników przyczyniły się do wzrostu zainteresowań medycyny oficjalnej bogactwem farmakopei dalekich ludów (Bologa 1971, s. 5). Zainteresowania te malały stopniowo wraz z rozwojem naukowych elementów w medycynie zachodniej w drugiej połowie XIX wieku.

Zarówno rozwijająca się naukowa medycyna, jak i dopiero co wyłoniona, pozytywistycznie zorientowana etnografia końca XIX i początku XX wieku, uznawały generalnie praktyki medyczne ludów „prymitywnych” za „nieracjonalne” i zabobonne (np. Hovorka, Kronfeld 1908 - 1909). Jeśli próbowano wyjaśniać faktyczną skuteczność pewnych praktyk leczniczych, interpretowano ją psychologizmiecznie jako rezultat sugestii. Nurt ewolucjonistyczny traktował medycynę „prymitywną” jako pierwszy szczebel ciągu rozwojowego prowadzącego do medycyny naukowej².

W latach 20-tych i 30-tych naszego wieku zaczęło przybywać informacji o leczeniu tradycyjnym, gromadzonych przez badaczy w ramach ogólnych studiów nad kulturą poszczególnych ludów. Przyczyniło się do tego niewątpliwie upowszechnienie ujęcia holistycznego, propagowanego w obrębie teorii i metodologii funkcjonalizmu. Jednakże większość badaczy włączała medyczne aspekty badanych kultur do takich dziedzin, jak magia czy religia. Wskutek tego eksponowano elementy „nadanaturalne”, a pomijano szereg innych, istotnych składników zespołu przekonań i praktyk medycznych (Seijas 1973, s. 544 - 545). Przyczyną takich ujęć było prawdopodobnie usiłowanie wtłoczenia badanych zjawisk w ramy tradycyjnie wyróżnianych kategorii (tutaj — kultury duchowej. Tymczasem zjawiska medyczne przekraczają granice takich schematów klasyfikacyjnych.

Pierwszym badaczem, który zebrał i krytycznie przeanalizował rozrzucone informacje o medycynie „prymitywnej” oraz sformułował program badań nad zjawiskami etnomedycznymi, był Erwin H. Ackerknecht, lekarz i antropolog amerykański pochodzenia niemieckiego. Opublikował on w latach 40-tych cykl klasycznych już dziś, nadal użytecznych arty-

¹ Podejściu temu pokrewna była romantyczna postawa lekarzy z początku XIX wieku, zbierających ludowe recepty i zalecających je na użytek codzienny. Jednakże nie będę omawiać tych początków badań nad medycyną ludową i ich późniejszego rozwoju w ramach etnografii narodowych. Informacje o rozwoju studiów nad leczeniem ludowym w Polsce podaje B. Szychowska-Boebel (1972, s. 8 - 15).

² Takie traktowanie medycyny „prymitywnej” znajdujemy do dziś w podręcznikach historii medycyny (np. Szumowski 1961).

kułów (zebrano je w całość i wydano ponownie w 1971 r.). Ackerknecht jako pierwszy podkreślił potrzebę zajęcia się przesłankami kryjącymi się za „prymitywnymi” praktykami medycznymi. Dokonał rozróżnienia między podejściem badacza a perspektywą badanej grupy. Zwrócił także uwagę na nieprecyzyjność terminów: „naturalne” i „nadmaturalne” odnoszonych do wyjaśnień przyczyn chorób. Krytycznie natomiast oceniono rozważania Ackerknechta na temat racjonalności praktyk medycyny „prymitywnej”³ oraz przekonanie o jej zasadniczo magicznym charakterze. Ackerknecht używał jeszcze terminu: medycyna prymitywna (bez cudzysłowu). Stopniowo zaniechano stosowania tego określenia, a jego miejsce zajęły takie terminy, jak: „medycyna tradycyjna”, „etnomedycyna”, „etnoiatria”, „tubylcze systemy medyczne” i inne. Zamieszanie terminologiczne panuje do dziś. Będzie o tym mowa w dalszej części rozdziału⁴.

ANTROPOLOGIA MEDYCZNA

Współczesna amerykańska antropologia medyczna bywa zwykle prowadzona z trzech źródeł: tradycyjnych zainteresowań medycyną „prymitywną”, nurtu badań kultury i osobowości (*culture and personality approach*) oraz z prowadzonych po II wojnie światowej w krajach rozwijających się międzynarodowych akcji zdrowotnych.

Pierwsze z owych źródeł, wyróżnionych m. in. przez G. M. Fostera (1975, s. 427 - 429), już omówiłam. Z kolei z nurtem badań nad kulturą i osobowością wiązała się ściśle w latach 40-tych większość prac antropologów amerykańskich dotyczących problemów zdrowotnych. Zajmowano się zjawiskami psychologicznymi i psychiatrycznymi w różnych społeczeństwach „prymitywnych”. Badania tego typu prowadzono także w latach 50-tych, a ich kontynuacją jest popularna obecnie „psychiatria transkulturowa” i etnopsychiatria⁵.

Wraz z powstaniem Światowej Organizacji Zdrowia zaczęto wprowadzać szeroko zakrojone programy opieki zdrowotnej w krajach tzw. Trzeciego Świata. W związku z tym, a także ze względu na tradycyjnie

³ Ackerknecht rozumiał racjonalność w kategoriach paradygmatu zachodniego, bądź też stawiał znak równości między „racjonalnym” i „naturalnym”.

⁴ Ten fragment rozdziału daje jedynie krótki rys historyczny badań etnomedycznych. Szczegółowo omawia historię tych badań do lat 50-tych naszego wieku E. Drobec (1955).

⁵ Od 1977 r. w USA wydawany jest interdyscyplinarny kwartalnik „Culture, Medicine and Psychiatry”, a od 1978 r. w Heidelbergu — periodyk: „Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie”. Ostatnio wydawnictwo francuskie La Pensée Sauvage zaczęło publikować czasopismo „Ethnopsychiatrie”, które ma przyczynić się do krystalizowania założeń teoretycznych nowej subdyscypliny — etnopsychiatrii.

praktyczne nastawienie antropologii amerykańskiej, w latach 50-tych większość antropologów zajmujących się problemami zdrowotnymi zaangażowana była w antropologię stosowaną. Toteż W. Caudill właśnie w artykule zatytułowanym *Applied Anthropology in Medicine* (1953) opisał obszar badań odpowiadający zakresowi dzisiejszej antropologii medycznej. S. Polgar w swoim wyczerpującym przeglądzie literatury dotyczącej problematyki wspólnej dla nauk społecznych i medycznych (1962) również nie stosuje jeszcze terminu „antropologia medyczna”. Natomiast w komentarzu do artykułu Polgara w tym samym numerze „*Current Anthropology*” R. B. Edgerton pisze już o antropologii medycznej czy „zdrowotnej” (*medical or health anthropology*) jako wyłaniającej się nowej specjalności.

Termin „antropologia medyczna” zaczął ugruntowywać się począwszy od roku 1963, kiedy to N. A. Scotch opublikował swój artykuł pt. *Medical Anthropology*. W końcu lat 60-tych był już w powszechnym użyciu w Stanach Zjednoczonych. Do dziś jednak trwają dyskusje, czy uprawnione jest traktowanie antropologii medycznej jako dojrzałej, samodzielnej dyscypliny bądź subdyscypliny antropologicznej, skoro dotąd nie zbudowała spójnego systemu założeń teoretyczno-metodologicznych, a nawet nie sprecyzowała wyraźnie swego zakresu⁶. We wspomnianym artykule Scotch zdefiniował nie tyle zakres antropologii medycznej, co raczej profesję antropologów medycznych jako tych, którzy „pracują w instytucjach medycznych albo zajmują się problemami zdrowia i choroby” (Scotch 1963, s. 31). W latach 70-tych również nie wypracowano powszechnie akceptowanej definicji zakresu antropologii medycznej. W przeglądzie problematyki dokonanym przez A. C. Colsona i K. E. Selby w 1974 roku, autorzy sygnalizują jedynie różnorodność ujęć antropologii medycznej. Jest ona traktowana jako subdyscyplina antropologiczna albo „interdyscyplina” umiejscowiana na pograniczu między antropologią i medycyną, bądź też jako pewne wyróżnione pole badawcze. Colson i Selby rezygnują z próby sprecyzowania zakresu antropologii medycznej, porzucając, jak ich poprzednicy, na przeglądzie publikacji dotyczących problematyki związanej ze zdrowiem i chorobą w społeczeństwach spoza zachodniego kręgu kulturowego, a także w społeczeństwach zachodnich, o ile w badaniach stosowano koncepcje i metody antropologiczne. Wydzielają dość dowolnie cztery obszary zainteresowań badawczych znajdujące wyraz w literaturze: etnomedycynę, ekologię medyczną, badania nad problemami zdrowotnymi i badania systemów opieki zdrowotnej. W nieco wcześniejszym opracowaniu podręcznikowym R. W. Lieban (1973, s. 1034) wyróżnił także cztery pola badawcze antropologii medycznej,

⁶ Dojrzałość omawianej subdyscypliny ostro kwestionuje m. in. G. Simeon (1978/79, s. 196).

a mianowicie ekologię i epidemiologię, etnomedycynę, medyczne aspekty systemów społecznych oraz medycynę w warunkach zmiany kulturowej. W nowszych artykułach (Nürse 1978; Wärsing, McElroy 1981) traktuje się na ogół antropologię medyczną jako gałąź antropologii kulturowej o wyodrębnionym obszarze badań, nie precyzując go jednak i na ogół powtarzając wcześniejsze ustalenia.

Obecnie nadal, tak jak to czynił S. Polgar (1962, s. 181), narzekać można na ubóstwo teorii w ramach antropologii medycznej. Podczas IX Międzynarodowego Kongresu Nauk Antropologicznych i Etnologicznych w Chicago w roku 1973 odbyła się również sesja poświęcona antropologii medycznej. Redaktorzy tomu *Medical Anthropology* z serii *World Anthropology*, F. X. Grollig i H. B. Haley podkreślają we wstępie (1976, s. XII) potrzebę rozwinięcia teorii antropologii medycznej. Jednakże dział zatytułowany: „Teoretyczne aspekty antropologii medycznej” zajmuje bardzo skromną część książki i zarysowuje jedynie pewne problemy wymagające dalszych badań.

Niedomagania teoretyczne antropologii medycznej zapewne w dużym stopniu wypływają z jej charakteru jako nauki stosowanej. Ale ta młoda subdyscyplina usamodzielniała się już organizacyjnie. Wyrazem tego stanu rzeczy jest m. in. utworzenie w 1968 r. aktywnego stowarzyszenia — The Society for Medical Anthropology, działającego jako sekcja American Anthropological Association. Dużą rolę w stymulowaniu rozwoju antropologii medycznej, stopniowym krystalizowaniu się jej założeń teoretycznych, odgrywają nowo powstające czasopisma, a szczególnie ukazujący się w USA od 1977 r. kwartalnik „Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness”.

Mimo wskazanej słabości teoretycznej nowej specjalności, pewne jej osiągnięcia w tym zakresie zasługują na omówienie. Antropologia medyczna ma już z założenia szeroki, interdyscyplinarny charakter. Cechują ją ścisłe związki z naukami biomedycznymi, z antropologią fizyczną. Do nurtu badań eksponującego te powiązania należą prace A. Allanda (1966, 1970). Autor stara się wykazać, że antropologia medyczna może służyć jako pomost łączący antropologię fizyczną i kulturową, szczególnie w zakresie biologicznej i kulturowej ewolucji (Alland 1966, s. 40). Traktuje tradycyjne systemy medyczne jako swoiste strategie, poprzez które dokonuje się adaptacja do środowiska. W swojej analizie tych procesów adaptacyjnych posługuje się terminami zapożyczonymi z teorii gier (Alland 1970, s. 2 - 5). Allanda uznać można za reprezentanta wariantu neoewolucjonizmu akcentującego biologiczne determinanty ewolucji kulturowej, a jednocześnie doceniającego znaczenie procesów adaptacji do konkretnych warunków ekologicznych.

W antropologii medycznej znajdują odbicie również inne orientacje

teoretyczne. Wspomniałam już o okresie silnych wpływów nurtu *culture and personality*. W latach 60-tych zaznaczyło się oddziaływanie kierunku badań zwanego „nową etnografią”, etnonauką (Sturtevant 1964), antropologią kognitywną bądź etnosemantyką. Zwolennicy tej orientacji twierdzili, że antropologia powinna być „emiczna” (*emic*), czyli przyjmująca perspektywę badanej grupy. Przedkładali analizę *emic* nad *etic* (ujęcie z punktu widzenia badacza, zewnętrzne wobec grupy będącej obiektem studiów)⁷. Jako przykład takiego podejścia może służyć artykuł C. O. Frake’a (1961) dotyczący diagnozowania chorób u Subanun z Filipin. Frake daje emiczny opis taksonomii medycznej Subanun, wychodząc z założenia, że klasyfikacje etnograficzne winny uwzględniać kategorie wyróżniane przez badaną grupę.

Podejście „etnonaukowe” w antropologii medycznej spotkało się z krytyką jako uniemożliwiające porównywanie zjawisk. Krytykę taką przeprowadzili m. in. L. B. Glick (1967, s. 53 - 54), H. Fabrega (1974, s. 42 - 44, 88 - 91). Fabrega jest jednym z niewielu badaczy, którzy podejmują próby zdefiniowania podstawowych kategorii badawczych antropologii medycznej i sprecyzowania jej teoretycznych założeń (Fabrega 1971, 1972a, 1972b, 1974, 1975). Liczne prace z zakresu antropologii medycznej powtarzają za Fabregą dokonane przez niego rozróżnienie między *disease* — chorobą w znaczeniu patologicznych zmian w organizmie zdefiniowanych przez zachodnią naukę biomedyczną oraz *illness*, czyli chorobą jako zjawiskiem kulturowym (Fabrega 1972a, s. 213; 1972b, s. 189, 195, 200). Fabrega proponuje połączenie ujęć *emic* i *etic* w badaniach nad chorobą poprzez uwzględnienie zarówno *illness*, jak i *disease*. Uważa, że tylko takie podejście pozwoli na prowadzenie studiów porównawczych, typu *cross-cultural*, niemożliwych przy stosowaniu wyłącznie perspektywy paradygmatu biomedycznego bądź przy ujęciu czysto relatywistycznym (Fabrega 1974, s. 189 - 196, 257 - 258). Zdaniem autora epizod chorobowy jest kluczowym faktem, wokół którego skupia się cała działalność medyczna i dlatego ważnym zadaniem antropologii medycznej jest sformułowanie pojęcia choroby pozwalającego na prowadzenie badań porównawczych. Kwestią podstawową jest stworzenie odpowiedniego języka, który pozwoli precyzyjnie nazwać i opisać przypadki chorobowe w różnych układach społecznych. Fabrega sądzi, że język ów powinien opierać się na wskaźnikach zachowania i włączać tak biologiczne, jak i społeczno-kulturowe korelaty choroby. Zaproponowany przez autora model zachowania chorobowego (*illness behavior*), oparty na teorii gier, może jego zdaniem służyć jako punkt wyjścia do organizowania danych związanych

⁷ Terminy *emic* i *etic* wprowadził K. Pike przez analogię do lingwistycznych terminów *phonemic* i *phonetic*. Krytykę podejścia czysto „emicznego” przeprowadził m. in. M. Harris (1968, s. 568 - 604).

z występowaniem choroby oraz do porównawczych badań nad medycyną (Fabrega 1974, s. 164 - 191; 1975, s. 973 - 974).

W literaturze „antropologiczno-medycznej” odnotowujemy również inne próby teoretycznego ujęcia poszczególnych problemów etnomedycznych, jednakże na ogół nie tak szeroko zakrojone, jak propozycje Fabregi. Na wymienienie zasługuje artykuł A. Kleinmana (1974/75), w którym autor buduje model struktur poznawczych tradycyjnych systemów medycznych⁸. Interesujący jest także G. M. Foster model dwóch typów etiologii chorób — naturalistycznych i personalistycznych — w systemach medycznych spoza kręgu zachodniego. Dla Foster'a właśnie wokół teorii dotyczących przyczyn chorób koncentruje się dany system medyczny i one to są kluczem dla porównywania różnych systemów (Foster 1976, s. 773 - 775). Nie można pominąć obszernych rozważań A. Younga (1976) na temat praktycznych i społecznych znaczeń (*meanings*) wierzeń i praktyk medycznych oraz ontologicznych konsekwencji tych znaczeń. W swoim roboczym określeniu choroby autor czerpie inwencję z klasycznej Parsonsowskiej definicji roli chorego (Parsons 1958, s. 167 - 177) do dziś powszechnie stosowanej, z różnymi modyfikacjami, w socjologii medycyny. Korzystanie z dorobku pokrewnej dyscypliny nie jest czymś wyjątkowym ani przypadkowym, bowiem antropologię medyczną i socjologię medycyny łączą ściśle związki, o których będzie jeszcze mowa.

Oddzielnego omówienia wymaga, moim zdaniem, podejmowana w ramach antropologii medycznej problematyka medycyny tradycyjnej w warunkach zmiany kulturowej. Na takie ukierunkowanie badań wpływ miały wspomniane już międzynarodowe akcje zdrowotne podejmowane w krajach rozwijających się oraz wcześniejsze zainteresowania antropologii kulturowej problematyką akulturacji. Początkowo antropologowie zajmowali się przede wszystkim badaniem warunków powodzenia programów opieki zdrowotnej (np. Wellin 1958). W latach 50-tych większość badaczy wierzyła, że dobra znajomość kultury danej grupy wystarczy dla planowania i realizowania nowoczesnych programów medycznych w taki sposób, by zostały one zaakceptowane. Antropolog był traktowany jako, w najlepszym wypadku, pożyteczny dodatek do lekarzy działających w obcym środowisku kulturowym⁹.

⁸ „Poznawcze struktury” tradycyjnych systemów medycznych obejmują „poznawczą odpowiedź na chorobę poprzez procesy porządkowania takie, jak nazywanie, klasyfikowanie i interpretowanie” (Kleinman 1974/75, s. 29).

⁹ O tym, że z reguły nie doceniano roli antropologa, świadczy ostrzeżenie S. Polgara (1962, s. 165) pod adresem pracowników medycznych w krajach „Trzeciego Świata”. Polgar zwrócił uwagę na powszechnie popełniany przez nich błąd, który nazwał „złudą pustych naczyń”. Otóż zapominają oni często o tym, że „wlewają” nowe idee zdrowotne do „naczyń”, które nie są puste, wypełnia je bowiem „popular health culture”.

Dopiero w latach 70-tych nasiliły się głosy kwestionujące wartość niektórych przesłanek nowoczesnej medycyny, a także szanse i celowość jej przeszczepiania w niezmiennym kształcie do społeczeństw spoza zachodniego kręgu kulturowego (Lieban 1973; Kleinman 1974/75, s. 42 - 43; Foster 1975, s. 428; Unschuld 1975, s. 303). R. W. Lieban (1973, s. 1056) podkreślił istotny fakt, że nowoczesna medycyna nie zastępuje w społeczeństwach rozwijających się medycyny tradycyjnej, a jedynie zwiększa możliwości wyboru. Oddziaływania systemów medycznych są wzajemne, medycyna nowoczesna powinna adaptować niektóre tradycyjne metody leczenia, bo tylko w ten sposób może efektywnie zaspokajać potrzeby ludności.

Antropologowie zaczęli postulować nawiązanie ścisłej współpracy z lokalnymi przedstawicielami medycyny tradycyjnej, współdziałania niezbędnego w sytuacji ogromnego niedoboru personelu medycznego i niedostosowania zachodniego modelu medycyny do potrzeb tzw. krajów Trzeciego Świata. Rozpoznana konieczność takiego przeorientowania działań znalazła w ostatnich latach oficjalne potwierdzenie w deklaracjach Światowej Organizacji Zdrowia. Organizacja ta, przyznając się do fiaska większości programów medycznych, wprowadzanych od wielu lat i ogromnym nakładem kosztów, zaczęła propagować tzw. „nieortodoksyjne rozwiązania” problemów zdrowotnych krajów rozwijających się. Dyrektor generalny ŚOZ, dr Halfdan Mahler, wysunął hasło: *Health by the people for the people* oraz koncepcję rozwoju podstawowych służb zdrowotnych integrujących nowoczesne koncepcje medyczne z lokalną medycyną tradycyjną (Diesfeld 1977, s. 9; Sokołowska 1980, s. 25 - 29).

Tak wyraźna zmiana orientacji pociągnęła za sobą wzrost zatrudnienia antropologów przy realizacji zmodyfikowanych programów opieki zdrowotnej w krajach Trzeciego Świata. Zdają oni relacje ze swej działalności w licznych publikacjach, w czasopismach takich, jak „Social Science & Medicine”, „Ethnomedizin”, „Curare”. Szereg artykułów dotyczy postępów współpracy medycyny zachodniej z tubylczymi systemami medycznymi w krajach afrykańskich, spośród których wiele uznaje oficjalnie medycynę tradycyjną za autentyczny, wartościowy wkład do narodowej kultury (Janzen 1976/77; Tella 1976/77; Tella 1978; Lechermann 1976/77). Dużo pisze się także o stosunkach między różnymi systemami medycznymi w Indiach, gdzie już od dawna medycynę ajurwedyczną, mającą własne szkoły i cenionych specjalistów, traktuje się oficjalnie równorzędnie z medycyną nowoczesną (Bhatia et al. 1975; Bhardwaj 1975; Taylor 1976; Leslie 1976).

Na konieczność współpracy z tubylczymi lekarzami zwracają uwagę zwłaszcza reprezentanci psychiatrii transkulturowej. Spośród lekarzy pracujących w społecznościach tradycyjnych właśnie psychiatrzy najwięcej

niej docenili skuteczność lokalnych metod terapeutycznych w określonych warunkach kulturowych. W dziedzinie psychiatrii najłatwiej można było dostrzec społeczno-kulturowe uwarunkowania choroby i leczenia, fiasko metod medycyny zachodniej w odmiennych środowiskach kulturowych (Jilek-Aall, Jilek 1974/75; Heimannsberg 1974/75; Kuna 1974/75; Torrey 1981).

Jednakże większość omawianych opracowań ma charakter stosowany, praktyczny. Ponadto wyraźnie służy celom światopoglądowym, mianowicie postuluje się pewne stany rzeczy — tutaj: współpracę nowoczesnej i tradycyjnej medycyny — jako wartości, do realizacji których należy dążyć. Zauważmy również, że w ujęciach takich wybiera się pewne „fragmenty” medycyny tradycyjnej jako ważne praktycznie, warte podtrzymywania dla poprawienia stanu zdrowia danej społeczności. Nie dostrzega się natomiast, a w każdym razie nie opisuje tych praktyk, które z punktu widzenia zachodniego paradygmatu medycznego nie są racjonalne, skuteczne¹⁰.

W porównaniu z pracami zorientowanymi praktycznie, znacznie słabiej reprezentowane są publikacje, w których rozwijana jest refleksja teoretyczna nad omawianym zespołem zjawisk. Odnotować trzeba rozważania Ch. C. Hughesa (1968, s. 91 - 92) i R. W. Liebana (1973, s. 1055 - 1063) na temat medycyny tradycyjnej w procesie zmian. Autorzy analizują m. in. czynniki wpływające na wybór sposobu leczenia — tradycyjnego bądź nowoczesnego. Opracowania P. U. Unschuld (1975, 1977) dotyczą sytuacji konfliktu między różnymi systemami medycznymi. Unschuld próbuje stworzyć teorię wyjaśniającą „konflikty medyczno-kulturowe” w terminach rozmaitego w różnych kulturach rozkładu kontroli nad tzw. „zasobami medycznymi”, tj. wiedzą, medykamentami, wyposażeniem technicznym. Konflikt jest nieunikniony, gdy spotykają się dwie kultury o nie przystających wzorach rozmieszczenia „zasobów medycznych” (Unschuld 1975, s. 304 - 311). Natomiast A. Young (1976, s. 10 - 11) utrzymuje, że w sytuacji oddziaływania medycyny zachodniej występuje nie tyle sprzeczność czy współzawodnictwo między różnymi systemami, co procesy asymilacji i partykularyzacji. Te procesy są, zdaniem autora, komplementarnymi sposobami „radzenia sobie” z odmiennymi systemami medycznymi. Jak można wnioskować, Young nie jest zwolennikiem konfliktowego modelu zmiany, za którym opowiada się Unschuld.

Podsumowując ten fragment rozważań trzeba stwierdzić, że teoretyczne osiągnięcia antropologii medycznej są jeszcze nader skromne, jednakże duże znaczenie praktyczne badań nad kulturowymi aspektami problemów medycznych pozwoliło na organizacyjne usamodzielnienie się omawianej specjalności.

¹⁰ Por. rozważania na ten temat A. Younga (1976, s. 6).

SOCJOLOGIA MEDYCZYNY¹¹

Niemożliwe jest wyznaczenie ścisłych granic między antropologią medyczną i socjologią medycyny¹². Obie subdyscypliny mogą z pożytkiem korzystać i w pewnym stopniu korzystają nawzajem ze swoich ustaleń teoretycznych. Niektóre proponowane modele, sformułowane na dostatecznie wysokim szczeblu ogólności, jak np. Fabregi model zachowania chorobowego, już w założeniu ich twórców mają służyć wszystkim przedstawicielom nauk społecznych zainteresowanym problematyką medyczną. Jednakże antropologia medyczna i socjologia medycyny wyrosły z różnych źródeł i różnią się podstawowymi ujęciami konceptualnymi, a w praktyce badawczej — odmiennością tradycyjnych obszarów zainteresowań oraz stosowanych technik badań. Zdaniem G. M. Fostera (1975, s. 429 - 431), dla antropologii medycznej charakterystyczne jest holistyczne ujęcie problemów zdrowia i choroby w kontekście systemów kulturowych, natomiast socjologię medycyny interesuje społeczny kontekst tych zagadnień. Prace większości socjologów medycyny dotyczą europejskiego i amerykańskiego kręgu kulturowego, a antropologowie zajmują się głównie tradycyjnymi systemami medycznymi. Nie będę zatrzymywać się nad znaną odmiennością i preferencjami antropologii i socjologii w zakresie technik badawczych¹³.

Socjologia medycyny wykrystalizowała się w Stanach Zjednoczonych jako odrębna subdyscyplina nieco wcześniej niż antropologia medyczna — na początku lat 50-tych. W 1959 roku Amerykańskie Towarzystwo Socjologiczne oficjalnie zatwierdziło Sekcję Socjologii Medycyny, powstałą z nieformalnie istniejącego od 1955 r. Komitetu do Spraw Socjologii Medycyny. O żywotności nowej subdyscypliny świadczy fakt, że już

¹¹ Omawiając pokrótce socjologię medycyny wykraczam nieco poza zasadniczy temat artykułu. Jednakże uzasadniają to po pierwsze: ścisłe związki między antropologią medyczną i socjologią medycyny, po drugie: fakt, iż na naszym gruncie nie można jeszcze mówić o istnieniu antropologii medycznej czy etnomedycyny jako wyłonionych subdyscyplin, natomiast socjologia medycyny w Polsce jest już dobrze ugruntowaną subdyscypliną socjologii.

¹² W USA używany jest termin *medical sociology*, jednakże, jak zauważył R. Straus (patrz: Sokółowska 1976a, s. 98 - 99), „socjologia medyczna” może oznaczać zarówno „socjologię w medycynie”, jak i „socjologię medycyny”. Podobną nieprecyzyjnością obciążony jest termin *medical anthropology*, niemniej pozostałam przy tłumaczeniu dosłownym: „antropologia medyczna”, z zastrzeżeniem, iż nie chodzi tu o „antropologię w medycynie”.

¹³ Szczegółowe omówienie różnic między antropologią medyczną i socjologią medycyny można znaleźć w artykułach V. L. Olesen (1975) i G. M. Fostera (1975) w interdyscyplinarnym czasopiśmie „Social Science & Medicine”.

w 1962 r. właśnie Sekcja Socjologii Medycyny liczyła najwięcej członków. W dwa lata później zorganizowano Komitet Badawczy Socjologii Medycyny przy Międzynarodowym Towarzystwie Socjologicznym. Na tak szybką karierę omawianej specjalności wpłynęły przede wszystkim praktyczne zapotrzebowania ze strony medycyny.

Jednakże socjologia medycyny, podobnie jak antropologia medyczna rozwijając się jako nauka stosowana, nie wypracowała jeszcze spójnego zespołu założeń teoretycznych (Olesen 1975, s. 422). Większość socjologów medycyny opiera się na prekursorskich konceptualizacjach T. Parsonsa: roli chorego, choroby jako dewiacji społecznej i medycyny jako podsystemu społecznego (Parsons 1951, s. 428 - 447) oraz na późniejszych modyfikacjach tych ujęć. Z dociekaniem nad zachowaniami dewiacyjnymi wiąże się koncepcja naznaczania społecznego (*labeling*, patrz Kojder 1980). Podejmuje się próby skonstruowania modelu zachowania chorobowego, toczą się nadal spory nad definicją „zdrowia” i „choroby”.

W Polsce socjologia medycyny, w przeciwieństwie do antropologii medycznej czy etnomedycyny, jest już uznaną, organizacyjnie usamodzielnioną specjalnością. Istnieje oficjalnie od 1964 roku, kiedy powstała Pracownia Socjologii Medycyny w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN oraz Sekcja Socjologii Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego¹⁴. Początkowo orientacją wiodącą była „socjologia w medycynie”, badania-nastawione na bezpośrednią użyteczność dla medycyny. Dopiero w latach 70-tych rozwinęła się autentyczna socjologia medycyny, podjęto szerszej zakrojone badania problemów medycznych jako zjawisk społecznych. Zaczęto włączać problematykę zdrowia i choroby do badań makrosocjologicznych, powstały pierwsze ujęcia teoretyczne i zarys rozwoju dyscypliny (Sokołowska 1966, 1976a, 1976b). Na wymienienie zasługują prace A. Titkow dotyczące zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą (Titkow 1976a, 1976b), próby zdefiniowania niektórych pojęć, np. zdrowia w kategoriach funkcjonalnych (Bejnarowicz, Sokołowska 1976), analiza społeczno-kulturowych determinant dewiacji psychicznych dokonana przez B. Uramowską (1976). Wypracowano modele medycyny — jako systemu społecznego (Bizoń 1976) i jako systemu wiedzy (Uramowska-Zyto 1976, 1980). Niemniej, jeszcze w 1976 roku prof. Magdalena Sokołowska, która położyła podwaliny pod polską socjologię medycyny, pisała: „Nie zostały dotąd opracowane teoretyczne założenia socjologii medycyny w Polsce” (Sokołowska 1976a, s. 109).

¹⁴ O obecnej dojrzałości organizacyjnej omawianej specjalności świadczy m. in. fakt, iż od roku akademickiego 1972/73 w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego prowadzone jest nauczanie socjologii medycyny.

ETNOMEDYCYNĄ

Co oznacza termin „etnomedycyna”? Wokół pojęcia tego panuje duże zamieszanie, spowodowane przede wszystkim faktem, że ta sama nazwa bywa używana raz na określenie przedmiotu badań, a kiedy indziej — wyłaniającej się subdyscypliny.

Termin, o którym mowa, pojawił się już w rozważaniach nad amerykańską antropologią medyczną. Ch. C. Hughes, omawiając etnomedycynę w *International Encyclopedia of the Social Sciences* (1968, s. 38 - 92), ujmuje ją jako przedmiot badań antropologicznych: „Termin «etnomedycyna» będzie używany w odniesieniu do tych wierzeń i praktyk związanych z chorobą, które są wytworami lokalnej kultury i które nie są wyraźnie wyprowadzone z ram konceptualnych medycyny nowoczesnej” (Hughes 1968, s. 88). To przedmiotowe rozumienie etnomedycyny przyjęło się w latach 70-tych w antropologii amerykańskiej. Przychyla się do niego R. W. Lieban, uznając termin *ethnomedicine* za równoważny wobec *folk medicine*, *popular medicine*, *popular health culture*, *ethnoiatri* (Lieban 1973, s. 1043). Również w przeglądzie A. Colsona i K. Selby (1974, s. 246 - 249) etnomedycyna jest traktowana jako fragment pola badań antropologii medycznej. Pod definicją Hughesa podpisują się też inni autorzy, np. G. M. Foster (1976, s. 774). Jednak ten sam Foster w innym artykule (1975, s. 427, 430) używa nazwy „etnomedycyna” w dwóch różnych znaczeniach. Raz odnosi ją do systemów medycznych spoza zachodniego kręgu kulturowego, innym razem rozumie etnomedycynę jako poddział antropologii medycznej, który wyrósł z dawniejszych zainteresowań badaczy instytucjami medycznymi ludów „prymitywnych”. Również G. Simeon (1972, s. 155) posługuje się terminem, o którym mowa, w dwóch znaczeniach: pewnej dziedziny kultury oraz subdyscypliny antropologicznej o specyficznej orientacji i celach, odrębnej, choć czasem krzyżującej się z antropologią medyczną.

Kontrowersje semantyczne narosłe wokół terminu „etnomedycyna” uwidaczniają się jeszcze silniej w kręgu europejskich etnologów zajmujących się omawianą tematyką. Składa się na to szereg przyczyn. Najważniejszą, jak sądzę, jest rosnąca potrzeba wyłonienia gałęzi nauki etnologicznej (bądź dyscypliny stojącej na pograniczu etnologii i medycyny), która obejmowałaby eksploracją wyraźnie już wyodrębnione pole badawcze — medycynę tradycyjną czy ludową. W Stanach Zjednoczonych taka sub- czy interdyscyplina (o nieco szerszym zakresie) istnieje, jest nią antropologia medyczna. Natomiast w Europie, gdzie nie ma tradycji łączenia etnologii z naukami biologicznymi, narodziny specjalności, która musiałaby kojarzyć obie te perspektywy, przebiegają z dużymi trudnościami.

Powyższe wywody zilustruję i uzasadnię przykładami deklaracji i praktyki badawczej etnologów europejskich.

Termin „etnomedycyna” pojawił się stosunkowo niedawno. E. Drobec (1956, s. 203) określił etnomedycynę jako „przedłużenie historii medycyny w przestrzeni i czasie. Ponieważ do obszaru jej badań należą ludy pierwotne (*Naturvölker*), jest ona zarazem częścią etnologii”. Jednakże definicja ta raczej deklarowała przekonania normatywne autora, niż przedstawiała faktyczny stan rzeczy. W ostatnich latach znaczne zasługi dla upowszechnienia omawianego terminu i dla kształtowania teoretycznych podstaw nowej specjalności położyło czasopismo „Ethno-medizin” ukazujące się od 1971 roku w Hamburgu. W artykule programowym otwierającym czasopismo, jego redaktor naczelny, J. Sterly, określa etnomedycynę jako interdyscyplinarny obszar leżący między etnografią czy etnologią i medycyną. Stwierdza, że etnomedycyna nie jest ani subdyscypliną medycyny szkolnej, ani żadną oddzielną dyscypliną naukową (Sterly 1971, s. 8; także Sterly 1974, s. 609). Podobnie, jako „interdyscyplinę” zajmującą się medycyną nienaukową (z punktu widzenia zachodniego paradygmatu medycznego), definiują etnomedycynę tacy badacze, jak T. Hauschild (1976/77, s. 357), H. Sheikh-Dilthey (1977, s. 302). Natomiast, odwołując się do tego rozumienia etnomedycyny, G. Rudnitzki, W. Schiefenhövel i E. Schröder (1977, s. 2 - 3) posługują się omawianym terminem także w znaczeniu przedmiotowym: leczenia wszystkich grup ludnościowych, z wyłączeniem medycyny naukowej. Autorzy, dostrzegając nieprecyzyjność i dwuznaczność terminu „etnomedycyna”, proponują dla określenia subdyscypliny etnologicznej inną nazwę: „etnologia medycyny”. Propozycja ta zasługuje na uwagę jako poprawniejsza, nie naruszająca myślnych skojarzeń semantycznych¹⁵. Posiada jednak nikłe szanse w konkurencji z już zakorzoną nazwą „etnomedycyna”.

J. Sterly w swych najnowszych artykułach (1976/77, s. 370 - 371; 1978/79, s. 153 - 154), zdając sobie sprawę z istniejących niejasności semantycznych, postuluje wyraźne oddzielenie różnych znaczeń terminu „etnomedycyna”:

- 1) to, co jest przedmiotem badań — leczenie różnych grup etnicznych, przekazywane z pokolenia na pokolenie; z wyłączeniem medycyny akademickiej i innych wysoko rozwiniętych systemów medycznych;
- 2) dział antropologii medycznej zajmujący się badaniem medycyny tra-

¹⁵ Dodatkowe komplikacje powoduje niejednoznaczność kondycji samej medycyny, w której ponad aspektem poznawczym dominuje aspekt praktyczny (medycyna jako nauka praktyczna — patrz: Uramowska-Zyto 1976, s. 183 - 184; 1980, s. 74 - 77). Stąd też sam termin „medycyna” bywa używany bądź przedmiotowo, bądź w znaczeniu odrębnej nauki. Dlatego termin „etnomedycyna” nie wydaje się być najodpowiedniejszym na określenie (sub-)dyscypliny naukowej.

dycyjnej (antropologia medyczna zajmuje się wszystkimi systemami medycznymi, łącznie z medycyną nowoczesną). Jednocześnie stanowi on interdyscyplinarne pole leżące pomiędzy antropologią społeczną i kulturową (czy etnologią) a medycyną i innymi naukami.

Do tych konotacji Sterly dołącza trzecią:

3) etnomedycyna jako pewne krytyczne nastawienie badawcze odwołujące się do wytyczonej przez E. Husserla drogi ukazywania ludzkiego *Lebenswelt*.

Jest to jego własne rozumienie etnomedycyny, wynikające z przyjęcia fenomenologicznej perspektywy badaczki, o której będzie jeszcze mowa.

Zarówno J. Sterly, jak i inni autorzy (np. Rudnitzki et al.) są zdania, że etnomedycyna może już wkrótce wykryształizować się z interdyscyplinarnego pola badawczego jako odrębna dyscyplina. Jednakże jej podstawy teoretyczno-metodologiczne nie zostały dotąd ukształtowane. W różnych, nielicznych zresztą opracowaniach można dostrzec wpływy poszczególnych kierunków etnologicznych. Np. E. Drobec, związany ze szkołą wiedeńską, postulował rozwinięcie metody geograficzno-historycznej w etnomedycynie. Uznając jednak, iż w obrębie medycyny zapożyczenia kulturowe odgrywały mniejszą rolę niż w innych dziedzinach kultury, dostrzegał celowość stosowania również innych metod gromadzenia i porządkowania danych (Drobec 1956, s. 198, 203).

W latach 70-tych wśród zachodnioeuropejskich badaczy zajmujących się medycyną tradycyjną zarysowały się generalnie dwa stanowiska. Reprezentanci pierwszego, dążąc do prowadzenia studiów porównawczych, postulują tworzenie katalogów symptomów chorobowych, bądź sami próbują je opracowywać. Posługują się przy tym pojęciami i kategoriami medycyny zachodniej (Schiefenhövel 1971, s. 123 i nast.; Sheikh-Dilthey 1977, s. 302 i nast.). Podejście takie poddał ostrej krytyce J. Sterly, podkreślając, że pozwala ono uchwycić tylko te zjawiska, które można rozpoznać z punktu widzenia naukowej medycyny. Autor opowiada się za fenomenologicznym badaniem zjawisk etnomedycznych. W swoim ujęciu „rozumiejącym”, wyprowadzonym z Husserlowskiej koncepcji *Lebenswelt*, porządkuje zjawiska związane ze zdrowiem i chorobą w ich ścisłym odniesieniu do ludzkiego bytu (*Dasein*). Sterly'ego nie interesuje obraz choroby i jej przebieg, a raczej sytuacja chorobowa, „bycie chorym”. Podkreśla, że sporządzony przezeń wykaz — „porządek etnomedycyny” — to nie jakiś *index ethnomedicus*, jego tematy pozostają w rzeczywistej relacji do ludzkiego istnienia (Sterly 1976/77, s. 369 i nast., 392). Koncepcja reprezentowana przez Sterly'ego jest w dużej mierze zbliżona do emicyjnych ujęć etnonauki, co zauważa zresztą sam autor.

Spory wokół etnomedycyny, jak widać z powyższego omówienia, toczą się przede wszystkim w niemieckojęzycznym kręgu etnologów europej-

skich. W RFN etnomedycyna, traktowana jako interdyscyplina, uzyskała w ostatnich latach znaczną samodzielność organizacyjną. Świadczy o tym aktywna działalność Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, które powstało w 1970 r. w Hamburgu z inicjatywy J. Sterly'ego (później zostało przekształcone w Arbeitskreis Ethnomedizin). Towarzystwo wydaje wspomniane już interdyscyplinarne czasopismo, z międzynarodowym zespołem doradczym — „Ethnomedizin”. Publikuje również serię wydawniczą „Beiträge zur Ethnomedizin, Ethnobotanik und Ethnozoologie”. Od 1973 roku organizuje spotkania specjalistów z różnych dziedzin, interesujących się problematyką etnomedycyną. I tak np. międzynarodowa konferencja, która odbyła się w Hamburgu w 1980 roku, poświęcona była wzajemnym oddziaływaniom medycyny tradycyjnej i szkolnej dawniej, obecnie i w perspektywie przyszłości. Stowarzyszenia podobne do hamburskiego i ściśle z nim współdziałające powstały również w Heidelbergu i w Kolonii. Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin w Heidelbergu wydaje od 1978 r. interdyscyplinarne czasopismo „Curare”, publikujące materiały z zakresu etnomedycyny, psychiatrii transkulturowej i pokrewnych dziedzin. Wydawcy pragną stymulować dialog między przedstawicielami nauk społecznych i medycyny, a dyskusja ta ma dopomóc w realizacji celów praktycznych — włączenia elementów medycyny tradycyjnej do programów zdrowotnych w krajach rozwijających się.

Zainteresowanie etnomedycyną w innych krajach europejskich nie osiągnęło tego poziomu, co w RFN. Omawianą problematyką zajmują się naukowcy we Włoszech (A. Scarpa, który wydawał od 1967 r. czasopismo, obecnie już nie ukazujące się — „Etnoiatria”), w Rumunii (szczególnie — nieżyjący już V. Bologa), na Węgrzech, we Francji, w krajach skandynawskich. Czynnikiem stymulującym zainteresowania etnomedycyną są niewątpliwie przedstawione już wyżej przedsięwzięcia Światowej Organizacji Zdrowia. Orientacja zmierzająca do włączenia praktyków medycyny tradycyjnej w prowadzone akcje zdrowotne przyczynia się do wzrostu roli przedstawicieli nauk społecznych, a zwłaszcza etnologii. Etnologia europejska w większym niż dotychczas stopniu nabiera charakteru nauki stosowanej. Od kilku lat np. w Heidelbergu, w Instytucie Higieny Tropikalnej i Zdrowia Publicznego, wprowadzono kursy etnomedycyny dla lekarzy.

Oddzielnie omówię zainteresowania etnomedyczne w Związku Radzieckim. W etnografii radzieckiej nie zaznaczyła się, jak dotąd, tendencja wyodrębnienia samodzielnej subdyscypliny zajmującej się omawianą problematyką. Badania nad medycyną tradycyjną prowadzone są w ramach etnografii. Niemniej, podejmowane ostatnio próby sformułowania pewnych założeń teoretycznych i wskazań metodologicznych odnoszących się do badania medycyny tradycyjnej świadczą o wzroście zainteresowań

tym działem kultury. Dowodem na to są również coraz częściej organizowane konferencje naukowe poświęcone etnomedycynie. Np. w 1975 roku w Leningradzie odbyła się ogólnokrajowa konferencja na temat etnograficznych aspektów badania medycyny ludowej (Bromley et al. 1975).

Badania nad medycyną tradycyjną mają w ZSRR silnie zaznaczony aspekt stosowany. Dąży się do wykorzystania tych środków medycyny tradycyjnej (zwłaszcza leków roślinnych), które nowoczesna medycyna uznaje za racjonalne. Postulowana jest ścisła współpraca między etnografią i medycyną, prowadząca do wykrycia i zastosowania wartościowych leków tradycyjnych.

Jednakże nie pomija się również celów czysto poznawczych — badania medycyny ludowej jako ważnej części kultury każdej wspólnoty etnicznej. Wyraźny nacisk kładzie się na ewolucjonistyczne studia nad medycyną ludową. G. P. Jakowlew (1975, s. 5 - 6) wyróżnił trzy główne etapy rozwojowe medycyny, którym odpowiadają pojęcia medycyny ludowej, medycyny tradycyjnej (systemy medyczne wyłożone w formie pisemnej) oraz medycyny naukowej. Najważniejszą publikacją dającą przegląd problematyki, pewne ustalenia terminologiczne i wskazówki badawcze, jest artykuł J. W. Bromleja i A. A. Woronowa, zamieszczony w „Sowieckiej Etnografii” (1976). Autorzy wydzielają dwie warstwy medycyny tradycyjnej: „tradycyjno-ustną” (opartą na przekazie ustnym; odpowiednik „medycyny ludowej” w znaczeniu wąskim) i „tradycyjno-pisemną” (o dużej roli przekazu utrwalonego na piśmie). Bromleja i Woronowa interesują procesy rozwoju medycyny. Medycyna tradycyjno-pisemna, związana z powstaniem centrów cywilizacji, wyłoniła się, ich zdaniem, z tradycyjno-ustnej. Później obie, istniejąc obok siebie, wzajemnie oddziaływały jedna na drugą. Ostatnim etapem tego procesu rozwojowego jest powstanie medycyny naukowej (Bromlej, Voronov 1976, s. 5). Autorzy postulują także badanie „powszechnej wiedzy medycznej” poszczególnych współczesnych etnosów, tego, co nazywają ich „obliczem medycznym”. Na owo oblicze składają się trzy warstwy: medycyna tradycyjno-ustna, tradycyjno-pisemna, elementy medycyny naukowej. Występują one w różnych proporcjach, jedna z warstw (np. medycyna tradycyjno-pisemna) może w danej kulturze w ogóle nie być reprezentowana. Tę złożoną całość, czyli medycynę ludową w szerokim znaczeniu proponują autorzy określać terminem „etnomedycyna” (Bromlej, Voronov 1976, s. 8 - 9). Niektóre spośród ustaleń teoretycznych Bromleja i Woronowa mogą być z pożytkiem wykorzystane w badaniach etnomedycznych. Na uwagę zasługuje wyodrębnienie dwóch warstw medycyny tradycyjnej, bazujących na różnych środkach przekazu, jak również postulat badania całościowego, współczesnego obrazu potocznej świadomości i prak-

tyki medycznej poszczególnych społeczeństw. Natomiast zastrzeżenia budzi stosowanie przez badaczy radzieckich terminów „racjonalne” i „nieracjonalne” w odniesieniu do przejawów medycyny tradycyjnej. Określenia te, jak wynika z kontekstu, odpowiadają perspektywie medycyny nowoczesnej (Bromlej, Voronov 1976, s. 13).

Na zakończenie tej części rozważań należałoby powiedzieć choćby kilka słów o stanie badań etnomedycznych w Polsce. Chociaż zainteresowania polskim lecnictwem ludowym mają stosunkowo dawne tradycje, literatura dotycząca tej problematyki jest niepełna, w większości przyczynkarska. Medycyna ludowa pozostała do dziś działem kultury bardzo słabo opracowanym w polskiej etnologii¹⁶. Jedną z ważnych przyczyn tego stanu rzeczy jest niewątpliwie dotychczasowy brak zapotrzebowania praktycznego na etnologiczne analizy leczenia ludowego i potocznej wiedzy medycznej społeczeństwa. Jak wskazywałam, wystąpienie zapotrzebowania ze strony medycyny na ekspertyzy socjologiczne dotyczące zdrowia i choroby doprowadziło do wyłonienia i rozwoju polskiej socjologii medycyny. Do niedawna lekceważona przez medycynę oficjalną medycyna ludowa, a zwłaszcza ziołolecznictwo, zaczyna zdobywać uznanie dla swego „racjonalnego jądra” w coraz szerszych kręgach lekarzy i farmakologów. Można więc mieć nadzieję, że zrozumiana zostanie potrzeba przeprowadzenia wyczerpujących, kompleksowych studiów nad medycyną ludową w Polsce.

Etnologowie polscy mają obecnie niewielkie możliwości prowadzenia badań etnomedycznych poza granicami kraju. Być może i w Polsce, choćby pod wpływem wzmiankowanych już nowych koncepcji Światowej Organizacji Zdrowia, doceni się celowość współdziałania lekarzy wysyłanych do pracy w krajach rozwijających się z etnologami.

Jeżeli tak przedstawia się stan badań etnomedycznych w Polsce, można się słusznie domyślać, że tym bardziej brak opracowań teoretyczno-metodologicznych z tej dziedziny. Refleksja teoretyczna nad omawianym zespołem zagadnień zupełnie nie była dotąd w etnologii polskiej rozwijana. Nie upowszechniło się nawet samo pojęcie etnomedycyny. Żywiąc nadzieję, że etnomedycyna zdobędzie sobie stopniowo i u nas rację bytu, przedstawiam poniżej pewne propozycje teoretyczno-metodologiczne w odniesieniu do badań etnomedycznych, propozycje, które oczywiście nie są w żadnej mierze spójne ani wyczerpujące i z pewnością wymagają opracowania oraz praktycznego sprawdzenia.

¹⁶ Znamienny jest fakt, iż w nowym opracowaniu syntetycznym etnografii Polski (Biernacka, Frankowska, Paprocka, 1981) poświęcono medycynie zaledwie kilka stron w artykule o wiedzy ludowej.

PROPOZYCJE TEORETYCZNO-METODOLOGICZNE

Jak wynika z przedstawionego przeglądu zakresu, założeń i praktyki badawczej antropologii medycznej i etnomedycyny, nie wypracowano dotychczas odrębnej teorii i metodologii badań etnomedycznych. Badacze stosują *implicite* lub — rzadziej — *explicite* teorie i metody różnych ukierunkowań etnologicznych, bądź też odwołują się do ogólniejszych założeń filozoficznych (np. fenomenologicznych).

Jednym z możliwych sposobów traktowania materiału etnomedycznego jest, moim zdaniem, zastosowanie pewnych ustaleń i pojęć epistemologii marksistowskiej, a w szczególności — marksistowskiej teorii kultury, wypracowywanej w poznańskim środowisku metodologicznym. Zdaje sobie sprawę, że nie będzie to ujęcie pełne i zadowalające, m. in. dlatego, że teoria taka dopiero się rodzi. Nie mogę przedstawić w tym miejscu szczegółowo założeń teorii i wyjaśnić wszystkich używanych w jej ramach pojęć. Czytelnik może je znaleźć przede wszystkim w pracach J. Kmity, a także A. Pałubickiej i innych autorów z tego środowiska.

Spośród ustaleń teoretycznych „szkoły poznańskiej” precyzyjne rozróżnienie sfery świadomości i praktyki społecznej (tradycyjnie zresztą, jak wiadomo, wyodrębnianych w myśli marksistowskiej) oraz koncepcje zmian społeczno-kulturowych uważam za szczególnie przydatne w studiach z zakresu etnomedycyny i — szerzej — w badaniach etnologicznych. Wyraźne wyodrębnienie świadomości i praktyki społecznej pozwala uniknąć tak częstego w pracach etnograficznych mieszania reguł kulturowych i faktycznie wykonanych czynności (przez te reguły wyznaczanych). Z kolei wyjaśnianie zmian społeczno-kulturowych w terminach determinacji funkcjonalnej i genetycznej, charakterystyczne dla materializmu historycznego, może znaleźć zastosowanie w badaniu przemian medycyny tradycyjnej czy ludowej wskutek oddziaływań medycyny nowoczesnej. Ten typ wyjaśniania może być również przydatny przy rozpatrywaniu zmian endogennych.

W ramach praktyki społecznej wyróżnia się, jako jeden z jej typów, praktyka medyczna. O odrębnym typie praktyki można mówić, jeżeli pełni ona określoną funkcję obiektywną, czyli odpowiada na określony rodzaj zapotrzebowania obiektywnego. Obiektywną funkcją praktyki medycznej jest realizowanie pewnej wartości naczelnej i wartości jej podporządkowanych, które wyznaczone są przez przekonania normatywne należące do odpowiedniej formy świadomości społecznej — społecznej świadomości medycznej. Tą wartością naczelną jest zdrowie, a wartości podporządkowane jej instrumentalnie — to sensory (Kmita 1973a, s. 22; Kmita 1975a, s. 24) poszczególnych czynności medycznych. Oprócz przekonań normatywnych wyznaczających wartości, w skład społecznej świa-

domości medycznej wchodzi także przekonania¹⁷ — zwane czasem dyrektywalnymi — określające sposób realizacji odnośnych celów (wartości). Te ostatnie przekonania, które mogą być werbalizowane w postaci odpowiednich dyrektyw czy reguł, tworzą wiedzę medyczną. Wiedza obejmuje określony zespół reguł kulturowych oraz przesłanki tych reguł. Należy nadmienić, że niektóre z owych dyrektyw wyznaczają czynności nastawione na interpretację¹⁸ (są to tzw. reguły interpretacji kulturowej, wyrażające przekonania, które należą do sfery kultury symbolicznej). Jako przykład mogą służyć reguły wyznaczające czynności z zakresu tzw. leczenia magiczno-religijnego (np.: „Aby wyleczyć ból głowy, trzeba przypiąć do czapki amulet”). Inne spośród omawianych reguł, zwane technologiczno-użytkowymi, wyrażają przekonania należące do sfery kultury techniczno-użytkowej (Pałubicka 1975; Kmita 1975b, s. 86 - 89)¹⁹.

Omawiając tradycyjną społeczną świadomość medyczną danej grupy nie trzeba rekonstruować pełnego zespołu reguł tej dziedziny kultury. Nie byłoby to ani możliwe; ani celowe. Natomiast etnologa będzie interesowała ta ważna część wiedzy medycznej, którą są przesłanki dyrektyw określających sposób realizacji odnośnych wartości. Należą do nich koncepcje zdrowia i choroby, przyczyn chorób, zapobiegania im i leczenia. Przy tym tradycyjna wiedza medyczna jest z reguły ściśle spleciona z przekonaniem religijnymi. Nie można pominąć w badaniach tak częstej i silnej waloryzacji światopoglądowej omawianej formy świadomości społecznej. Polega ona na łączeniu wartości bezpośrednio uchwytnej praktycznie z nadrzędnymi wartościami światopoglądowymi za pomocą odpowiednich przekonań dyrektywalnych. Realizacja wartości bezpośrednio uchwytnej praktycznie (jaką jest np. wyleczenie choroby) uzyskuje w ten sposób dodatkową motywację. Jednakże nie zawsze można ustalić, czy mamy do czynienia jedynie z waloryzacją światopoglądową poszczegól-

¹⁷ Jak pisze J. Kmita (1978, s. 63): „Chodzi tu o przekonania pojęte na wzór sądów w sensie logicznym (nie zaś sądów w sensie psychologicznym); fakt w pełni świadomej ich akceptacji przez poszczególne jednostki nie jest warunkiem niezbędnym ich identyfikacji, podobnie też sposób, w jaki tworzą systematyczne całości, nie jest odwzorowaniem ich świadomego porządkowania przez poszczególne jednostki”.

¹⁸ Warunkiem niezbędnym wystąpienia efektów obiektywnych tych czynności jest istnienie przekonań przyporządkowujących tym czynnościom, za pośrednictwem reguł interpretacji kulturowej, odpowiednie sensory kulturowe. Nie jest natomiast konieczne istnienie obiektywnych prawidłowości łączących daną czynność z jej efektem (warunek ten jest niezbędny w przypadku czynności wyznaczanych przez reguły technologiczno-użytkowe). Patrz: Kmita 1973a, s. 27 i nast.; 1978, s. 64 - 65.

¹⁹ Należy wyjaśnić, że kulturę traktuję jako zespół form świadomości społecznej (patrz np. Kmita 1975b, s. 86 - 87; Pałubicka 1975, s. 68). Zatem medycyna, jako pewna dziedzina kultury, jest formą świadomości społecznej funkcjonalnie związaną ze społeczną praktyką medyczną.

nych wartości bezpośrednio-praktycznych, czy też przekazy światopoglądowe — magiczne bądź religijne — występują równolegle z przesłankami pochodzącymi z potocznego doświadczenia, jako przesłanki dodatkowe, implikujące odpowiednie przekonania dyrektywne. Takie ścisłe związki światopoglądu z potocznym doświadczeniem społecznym są charakterystyczne dla społeczeństw tradycyjnych.

Wspominałam o regułach „dyrektywalnych”, które wyznaczają sposób realizacji wartości, a zatem określają czynności prowadzące do zamierzonych efektów. Czynności wyznaczane przez reguły z zakresu społecznej świadomości medycznej należą do dziedziny społecznej praktyki medycznej. Rozpatrując praktykę medyczną należy przyjąć założenie o racjonalności²⁰, według którego jednostka spośród możliwych czynności podejmuje czynność racjonalną, tj. taką, która prowadzi — zgodnie z wiedzą tej jednostki — do rezultatu maksymalnie preferowanego (czyli do realizacji wartości maksymalnie preferowanej, będącej sensem danej czynności racjonalnej). Takie rozumienie racjonalności nie ma nic wspólnego z tak typowym dla prac traktujących o medycynie ludowej rozróżnieniem czynności i przekonań „racjonalnych” i „nieracjonalnych” (czy „irracjonalnych”) z punktu widzenia medycyny naukowej. Sens owego podziału negował m. in. H. Fabrega, pisząc: „wyjaśnienie, jakie oferuje podmiot, może być uważane za «racjonalne», jeśli jest ono zgodne z prawami logiki, niezależnie od statusu epistemologicznego przyjętych przesłanek” (Fabrega 1974, s. 25).

W ramach społecznej praktyki medycznej można z reguły wydzielić warstwę sprofesjonalizowaną oraz drugą, o nikłym stopniu profesjonalizacji, w której partycypują, w większym czy mniejszym stopniu, wszyscy członkowie grupy. Należy zwrócić uwagę na znamienne dla społeczeństwa tradycyjnego fakt, iż religia — w dużym stopniu za pośrednictwem przekonań należących do obyczajowej dziedziny kultury — funkcjonuje jako społeczno-subiektywny regulator praktyki medycznej. Ponadto niektóre czynności o sensach leczniczych wykonują również przedstawiciele praktyki religijnej.

Niewątpliwie funkcjonalizm jest tym kierunkiem etnologicznym, który największy wkład w budowę teorii zmiany społeczno-kulturowej. Ale funkcjonalny model zmiany z wielu względów okazał się nie w pełni zadowalający. Ostatnio pewne nadzieje pokłada się w tworzonych tzw. konfliktowych modelach przemian społeczno-kulturowych oraz w marksistowskiej teorii rozwoju społecznego (Paluch 1976, s. 260 - 277).

²⁰ Założenie to przyjmuję zgodnie z marksistowską dyrektywą racjonalizowania działań ludzkich przy badaniu wszelkich zjawisk społecznych. Założenie o racjonalności ma charakter idealizacyjny, bierze bowiem pod uwagę jedynie wiedzę i normy działającego, nie uwzględniając innych czynników, które mogą wywierać wpływ na działanie (Topolski 1973, s. 222 - 224; Kmita 1973a, s. 15 - 22).

Materializm historyczny proponuje wyjaśnianie zmian kultury w terminach determinacji funkcjonalnej i genetycznej. Zgodnie z tym ujęciem, akceptacji społecznej — upowszechnieniu ulegają przekonania determinujące (w trybie subiektywno-racjonalnym) działania względnie efektywne²¹. A względna efektywność przysługuje tym działaniom, które są funkcjonalne w stosunku do aktualnych zapotrzebowań obiektywnych. „Tak więc przynależność odpowiednich przekonań do sfery świadomości społecznej (ich akceptacja społeczna) tłumaczy się funkcjonalnością działań (...), których kontekst subiektywno-racjonalny tworzą owe przekonania, zaś funkcjonalność ta z kolei tłumaczy ich efektywność” (Kmita 1978, s. 66 - 67). Upowszechniają się zatem przekonania determinujące działania bardziej funkcjonalne w stosunku do poprzednich. Wszelka zmiana w sferze świadomości społecznej jest także uwarunkowana genetycznie: nowe, przenikające do świadomości społecznej przekonania muszą pozostawać w określonym stosunku do przekonań dotychczas akceptowanych. Muszą w jakiś sposób (choćby przez negację) nawiązywać do tego, co Engels nazywał dziedzicznym „materiałem myślowym” w obrębie danej formy świadomości społecznej.

Ujęcie marksistowskie uwzględnia również rolę czynnika indywidualnego w rozwoju kultury. Niezbędnym warunkiem tego, aby określone przekonania przedostały się do sfery świadomości społecznej jest fakt ich uprzedniego respektowania przez poszczególne jednostki. Jeżeli jakies przekonania stopniowo przestają być funkcjonalne (wskutek przekształcenia warunków obiektywnych praktyki społecznej), zanika gwarancja efektywności indywidualnej tych przekonań, respektujące je jednostki coraz częściej nie osiągają zamierzonych celów. W tej sytuacji dla zachowania racjonalności działań niezbędne są innowacje. Mogą to być innowacje zarówno endogenne, jak i egzogenne. Polegają one na stosowaniu nowych przekonań dyrektywalnych (nowych sposobów działania dla realizacji dotychczasowych wartości), albo nowych przekonań normatywnych (przyjmuje się nowe cele nie zmieniając sposobów ich realizowania), bądź też na zmianie i jednych i drugich. „Innowacje, które spełniają warunki determinacji funkcjonalno-genetycznej, czyli są nowymi, zastosowanymi w praktyce przekonaniem (wyartykułowanymi, bądź nie), bardziej funkcjonalnymi od dotychczas respektowanych powszechnie oraz pozostającymi z nimi w genetycznym związku, przedostają się do świadomości społecznej” (Kmita, b.r.w., s. 122).

²¹ Względna efektywność działań oznacza względną zgodność uzyskanych efektów z przewidywanymi. Trzeba dodać, że założenie o akceptacji społecznej przekonań wyznaczających działania względnie efektywne jest jednym ze składników rozwinięcia zasadniczej tezy materializmu historycznego — tezy o determinacji świadomości społecznej przez warunki obiektywne bytu społecznego (Kmita 1978, s. 66 - 67).

Jak sądzę, ów zreferowany pokrótce, funkcjonalno-genetyczny model zmiany kulturowej mógłby znaleźć zastosowanie w badaniach etnologicznych, w tym również etnomedycznych, dla wyjaśnienia zarówno zmian egzogennych, jak i endogennych.

Powróćmy jeszcze do zarysowanego w poprzedniej części rozdziału sporu między propagatorami podejścia *emic* i zwolennikami perspektywy *etic* w badaniach etnologicznych. Ujęciu *emic*znemu bardzo bliska jest stworzona przez F. Znanieckiego koncepcja współczynnika humanistycznego (Znaniecki 1922, s. 90 i późniejsze prace). Znaniecki przyjął współczynnik humanistyczny jako podstawowe założenie konceptualizujące wyjaśnianie w naukach humanistycznych. Oto jedno ze sformułowań tego założenia metodologicznego: „Badacz kultury, w przeciwieństwie do uczonego-przyrodnika, który stara się odkryć ład wśród faktów empirycznych, całkowicie niezależnych od świadomych czynników ludzkich, stara się odkryć jakiś ład wśród faktów empirycznych, które zależą od tych czynników, są przez nie stwarzane i utrzymywane. Aby wypełnić to zadanie, ujmuje on każdy badany przez siebie fakt empiryczny z tym, co nazwalibyśmy współczynnikiem humanistycznym, tj. tak, jak fakt ten jawi się tym jednostkom ludzkim, które go doświadczają i używają” (Znaniecki 1971, s. 228). Uderzające jest podobieństwo tego podejścia ze stanowiskiem reprezentowanym przez „nową etnografię”²². Znaniecki sam nazywa swoją koncepcję „relatywizmem historycznym”.

Jak wykazują w swoich pracach autorzy z kręgu poznańskiego, założenie współczynnika humanistycznego może być przydatne przy wyjaśnianiu pewnych fragmentów rzeczywistości społecznej. Perspektywę badanej grupy przyjmujemy np. realizując założenie o racjonalności odwołujące się do wiedzy i wartości. Uwzględnienie tej perspektywy jest niezbędne dla wyjaśnienia faktów podejmowania określonych czynności przez poszczególne jednostki. Charakteryzujemy w ten sposób subiektywny kontekst określonych czynności racjonalnych. Jednakże, jak udowadnia W. Sitek (1980, s. 136 - 145), ewentualna teoria oparta na współczynniku humanistycznym jako fundamentalnym założeniu służącym wyjaśnianiu w naukach społecznych, nie jest w stanie wyjaśnić faktu rozpowszechniania się pewnych przekonań jako elementu świadomości społecznej oraz — rzeczywistych rezultatów działań ludzkich. Wyjaśnienie bazujące na założeniu o współczynniku humanistycznym zatrzymuje się na poziomie czynności podjętych, nie obejmując czynności faktycznie wyko-

²² Ta ostatnia koncepcja powstała znacznie później, a niesłusznie uważana jest za *novum*. W istocie podejście zwane „*emic*znym” ma odległe tradycje. M. Harris (1968, s. 597) uważa za nie uprawnione nazywanie omawianego kierunku „nową etnografią” — jest to w rzeczywistości „nowa stara etnografia”.

nanych, zwykle różniących się od tych pierwszych, podobnie, jak obiektywne rezultaty działań ludzkich mogą odbiegać i na ogół odbiegają od rezultatów oczekiwanych²³. Dla wyjaśnienia wykonanych czynności ludzkich niezbędna jest charakterystyka ich obiektywnego kontekstu. Uwzględnienie obiektywnych warunków praktyki społecznej jest w szczególności konieczne przy wyjaśnianiu takich zjawisk, jak upowszechnianie określonego systemu przekonań w danej grupie (Kmita 1973b, s. 238). Wynika to z podstawowej tezy materializmu historycznego o determinacji zjawisk świadomości społecznej przez obiektywne warunki bytu społecznego. W wyjaśnianiu funkcjonalno-genetycznym tych zjawisk trzeba odwoływać się do obydwu kontekstów działań ludzkich — subiektywnego i obiektywnego.

Wszystkie powyższe uwagi stosują się w pełni do wyjaśniania zjawisk interesujących etnologię. W badaniach etnomedycznych założenie współczynnika humanistycznego (czy przyjęcie perspektywy *emic*) będzie przydatne np. przy wyjaśnianiu, dlaczego wybrano taki, a nie innych spośród możliwych sposobów leczenia. Natomiast odwołanie się do kontekstu obiektywnego okaże się niezbędne np. przy badaniu zmian medycyny tradycyjnej. W tych badaniach nie można pominąć obiektywnych warunków praktyki społecznej i ich wpływu na przeobrażenia w zakresie świadomości i praktyki medycznej.

Przedstawiłam powyżej tylko niektóre, wybrane problemy teoretyczno-metodologiczne istotne, moim zdaniem, dla prowadzenia badań etnomedycznych. Sposób ujęcia tych problemów, pewne propozycje zaczerpnięte z teorii marksistowskiej, rokują nadzieje osiągnięcia wartościowych rezultatów badawczych. Oczywiście, wykorzystując podstawowe założenia tej teorii, nie należy rezygnować z posługiwania się pojęciami (nie-sprzecznymi z owymi założeniami) wypracowanymi w ramach etnologii. W szczególności godne uwagi są niektóre ujęcia i kategoryzacje zjawisk medycznych wytworzone w ramach nowych specjalności — antropologii medycznej i etnomedycyny²⁴.

²³ Jak wspominałam, założenie o racjonalności ma charakter idealizacji. Czynności wykonane odbiegają od czynności podjętych z dwóch podstawowych przyczyn: wewnętrznej niedoskonałości, niepełności wiedzy podmiotu czynności oraz nieadekwatności tej wiedzy. Czynności podjętej i jej skonkretyzowanemu odpowiednikowi przysługuje ten sam sens, jednakże — z wymienionych wyżej przyczyn — czynność wykonana nie realizuje na ogół swego sensu (Kmita 1973a, s. 207-208).

²⁴ Wśród nich cenna jest np. H. Fabregi konceptualizacja choroby jako zjawiska kulturowego (*illness*) i jako jednostki biomedycznej (*disease*). Wprawdzie etnologa interesuje przede wszystkim kulturowy aspekt choroby, uważam jednak, iż nie można rezygnować z zastosowania biomedycznych kategorii chorób, jeżeli posiadają one lokalne odpowiedniki. Czysto relatywistyczne ujęcie pozbawiłoby nas możliwości dokonywania porównań.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerknecht E. H.
1971 *Medicine and Ethnology. Selected Essays*, Bern.
- Alland A., Jr.
1966 *Medical Anthropology and the Study of Biological and Cultural Adaptation*, „American Anthropologist”, vol. 68, no. 1, s. 40 - 51.
1970 *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology*. New York.
- Bejnarowicz J., M. Sokołowska
1976 *Socjolog a pojęcie stanu zdrowia*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa, s. 417 - 422.
- Bhardwaj S. M.
1975 *Attitude Toward Different Systems of Medicine: A Survey of Four Villages in the Punjab — India*, „Social Science & Medicine”, vol. 9, no. 11/12, s. 603 - 612.
- Bhatia J. C. et al.
1975 *Traditional Healers and Modern Medicine*, „Social Science & Medicine”, vol. 9, no. 1, s. 15 - 21.
- Biernacka M., M. Frankowska, W. Paprocka (red.)
1981 *Etnografia Polski. Przemiany kultury ludowej*, t. II, Wrocław
- Bizon Z.
1976 *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa, s. 107 - 132.
- Bologa V. L.
1971 *Volksmedizin und Schulmedizin*, „Ethnomedizin”, Bd. 1, H. 1, s. 5 - 7.
- Bromlej J. V. et al. (red.)
1975 *Etnografičeskie aspekty izučeniya narodnoj mediciny. Tezisy Vsesojuznoj naučnoj konferencii 10 - 12 marta 1975 g.*, Leningrad.
- Bromlej J. V., A. A. Voronov
1976 *Narodnaja medicina kak predmet etnografičeskich issledovanij*, „Sovetskaja Etnografija”, nr 5, s. 3 - 18.
- Caudill W.
1953 *Applied Anthropology in Medicine*, [w:] A. L. Kroeber (ed.), *Anthropology Today*, Chicago, s. 771 - 806.
- Collson A. C., K. E. Selby
1974 *Medical Anthropology*, „Annual Review of Anthropology”, vol. 3, s. 245 - 262.
- Diesfeld H. J.
1977 *Die Bedeutung des Dialoges zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern*, [w:] G. Rudnitzki, W. Schiefenhövel, E. Schröder (Hrsg.), *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*, Barmstedt, s. 7 - 12.
- Drobec E.
1955 *Zur Geschichte der Ethnomedizin*, „Anthropos”, Bd. 50, H. 4/6, s. 950 - 957.
1956 *Beiträge zur Methode der Ethnomedizin*, [w:] J. Haekel, A. Hohenwart-Gerlachstein, A. Slavik, *Die Wiener Schule der Völkerkunde. Festschrift anlässlich des 25 jährigen Bestandes des Institutes für Völkerkunde der Universität Wien*, Wien, s. 193 - 204.

- Fabrega H., Jr.
 1971 *Some Features of Zinacantan Medical Knowledge*, „Ethnology” vol. 10, no. 1, s. 25 - 43.
 1972a *Medical Anthropology*, [w:] B. J. Siegel (ed.), *Biennial Review of Anthropology, 1971*, Stanford, s. 167 - 229.
 1972b *The Study of Disease in Relation to Culture*, „Behavioral Science”, vol. 17, no. 2, s. 183 - 203.
 1974 *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*, Cambridge.
 1975 *The Need for an Ethnomedical Science*, „Science”, vol. 189, s. 969 - 975.
- Foster G. M.
 1975 *Medical Anthropology: Some Contrasts with Medical Sociology*, „Social Science & Medicine”, vol. 9, no. 8/9, s. 427 - 432.
 1976 *Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems*, „American Anthropologist”, vol. 78, no. 4, s. 773 - 782.
- Frake C. O.
 1961 *The Diagnosis of Disease Among the Subanon of Mindanao*, „American Anthropologist”, vol. 63, no. 1, s. 113 - 132.
- Glick L. B.
 1967 *Medicine as an Ethnographic Category: The Gimi of the New Guinea Highlands*, „Ethnology”, vol. 6, no. 1, s. 31 - 56.
- Grollig F. X., H. Haley (ed.)
 1976 *Medical Anthropology*, The Hague — Paris, World Anthropology.
- Harris M.
 1968 *The Rise of Anthropological Theory. A History of Theories of Culture*, New York.
- Hauschild T.
 1976/77 *Zur Ideengeschichte der Ethnomedizin*, „Ethnomedizin”, Bd. 4, H. 3/4, s. 357 - 368.
- Heimannsberg B.
 1974/75 *Zur Behandlung Psychisch Kranker*, „Ethnomedizin”, Bd. 3, H. 1/2, s. 71 - 79.
- Hovorka O., A. Kronfeld
 1908-1909 *Vergleichende Volksmedizin*, Bd. I - II, Stuttgart.
- Hughes C. C.
 1968 *Ethnomedicine*, [w:] *International Encyclopedia of the Social Sciences*, New York, vol. 10, s. 87 - 92.
- Jakovlev G. P.
 1975 *O narodnoj, tradicionnoj i naučnoj medicinach*, [w:] J. V. Bromley et al. (red.), *Etnografičeskie aspekty izučenija narodnoj mediciny*, Leningrad, s. 5 - 6.
- Janzen J. M.
 1976/77 *Traditional Medicine Now Seen as National Resource in Zaire and Other African Countries*, „Ethnomedizin”, Bd. 4, H. 1/2, s. 167 - 170.
- Jilek-Aall L., W. G. Jilek
 1974/75 *Problems in Transcultural Psychotherapy*, „Ethnomedizin”, Bd. 3, H. 3/4, s. 239 - 248.
- Kleinman A. M.
 1974/75 *Cognitive Structures of Traditional Medical Systems: Ordering, Explaining, and Interpreting the Human Experience of Illness*, „Ethnomedizin”, Bd. 3, H. 1/2, s. 27 - 50.

- Kmita J.
 1978a *Wykłady z logiki i metodologii nauk*, Warszawa.
 1973b *Dyrektywa wyjaśniania funkcjonalno-genetycznego*, [w:] J. Kmita (red.), *Elementy marksistowskiej metodologii humanistyki*, Poznań, s. 237 - 254.
 1975a *Sens i konwencja*, [w:] J. Kmita (red.), *Wartość, dzieło, sens. Szkice z filozofii kultury artystycznej*, Warszawa, s. 17 - 36.
 1975b *Homo symbolicus*, [w:] J. Kmita (red.), *Wartość, dzieło, sens. Szkice z filozofii kultury artystycznej*, Warszawa, s. 86 - 96.
 1978 *O naukowo-teoretycznym ujęciu kultury symbolicznej*, [w:] J. Kmita (red.), *Zagadnienie przelomu antypozytywistycznego w humanistyce*, Warszawa—Poznań, s. 59 - 84.
 b.r.w. *Wybrane elementy teorii kultury symbolicznej* (maszynopis).
- Kojder A.
 1980 *Co to jest teoria naznaczania społecznego?*, „*Studia Socjologiczne*”, nr 3 (78), s. 45 - 65.
- Kuna R. R.
 1974/75 *Hoodoo: The Indigenous Medicine and Psychiatry of the Black American*, „*Ethnomedizin*”, Bd. 3, H. 3/4, s. 273 - 294.
- Lecherermann H.
 1976/77 *Ein sozio-medizinisches Programm im Obbo-Gebiet, Südsudan*, „*Ethnomedizin*”, Bd. 4, H. 3/4, s. 267 - 286.
- Leslie C. (ed.)
 1976 *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley.
- Lieban R. W.
 1973 *Medical Anthropology*, [w:] J. J. Honigmann (ed.), *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, Chicago, s. 1031 - 1072.
- Nurse G. T.
 1978 *Some Priorities in Medical Anthropology*, „*Bulletin of the International Committee on Urgent Anthropological and Ethnological Research*”, No. 20, s. 9 - 17.
- Olesen V. L.
 1975 *Convergences and Divergences: Anthropology and Sociology in Health Care*, „*Social Science & Medicine*”, vol. 9, no. 8/9, s. 421 - 425.
- Pałuch A. K.
 1976 *Konflikt, modernizacja i zmiana społeczna*, Warszawa.
- Pałubicka A.
 1975 *O dwóch pojęciach kultury*, [w:] J. Kmita (red.), *Wartość, dzieło, sens. Szkice z filozofii kultury artystycznej*, Warszawa, s. 60 - 72.
- Parsons T.
 1951 *The Social System*, New York.
 1958 *Definitions of Health and Illness in Light of American Values and Social Structure*, [w:] E. G. Jaco (ed.), *Patients, Physicians, and Illness*, New York, s. 165 - 187.
- Potgar S.
 1962 *Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences*, „*Current Anthropology*”, vol. 3, no. 2, s. 159 - 205.
- Rudnizki G., W. Schiefenhövel, E. Schröder (Hrsg.)
 1977 *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*, Barmstedt.
- Schiefenhövel W.

- 1971 *Vorläufiger Symptomenkatalog für die ethnomedizinische Feldforschung*, „Ethnomedizin”, Bd. 1, H. 1, s. 123 - 127.
- Scotch N. A.
1963 *Medical Anthropology*, [w:] B. J. Siegel (ed.), *Biennial Review of Anthropology, 1963*, Stanford, s. 30 - 68.
- Seijas H.
1973 *An Approach to the Study of the Medical Aspects of Culture*, „Current Anthropology”, vol. 14, no. 5, s. 544 - 545.
- Sheikh-Dilthey H.
1977 *Ethnomedizin — Versuch einer Definition*, „Anthropos”, Bd. 72, H. 1/2, s. 302 - 304.
- Simeon G.
1972 *Some Goals for Ethnomedicine*, „Ethnomedizin”, Bd. 2, H. 1/2, s. 155 - 156.
- Sitek W.
1980 *Florian Znaniecki a marksizm*, Poznań.
- Sokołowska M.
1966 *Socjologia medycyny w Polsce*, „Kultura i Społeczeństwo”, t. 10, nr 2, s. 97 - 106.
1976a *Rozwój i stan obecny socjologii medycyny w Polsce*, „Studia Socjologiczne”, nr 3 (62), s. 95 - 113.
1976b *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa, s. 309 - 338.
1980 *Medycyna nowoczesna a systemy tradycyjne*, „Odra”, nr 2, s. 22 - 29.
- Sterly J.
1971 *Ethnomedizin. Entwurf einer Zeitschrift*, „Ethnomedizin”, Bd. 1, H. 1, s. 7 - 9.
1974 *Zur Wissenschaftstheorie der Ethnomedizin*, „Anthropos”, Bd. 69, H. 3/4, s. 608 - 615.
1976/77 *Versuch einer systematischen Ordnung der Ethnomedizin*, „Ethnomedizin”, Bd. 4, H. 3/4, s. 369 - 396.
1978/79 *Ethnomedizin und das Konzept der Lebenswelt. Zu einem Besprechungsartikel in Reviews in Anthropology 1978*, „Ethnomedizin”, Bd. 5, H. 1/2, s. 153 - 161.
- Sturtevant W. C.
1964 *Studies in Ethnoscience*, „American Anthropologist”, vol. 66, no. 2, s. 99 - 131.
- Szumowski W.
1961 *Historia medycyny*, Warszawa.
- Szychowska-Boebel B.
1972 *Lecznictwo ludowe na Kujawach. (Materiały i rozważania)*, Toruń.
- Taylor C. E.
1976 *The Place of Indigenous Medical Practitioners in the Modernization of Health Services*, [w:] C. Leslie (ed.), *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley, s. 285 - 299.
- Tella A.
1976/77 *Les pratiques médicales traditionnelles en Afrique*, „Ethnomedizin”, Bd. 4, H. 3/4, s. 229 - 240.
1978 *Traditional Medicine — Safety and Efficacy*, „Curare”, Bd. 1, H. 1, s. 43 - 45.

Titkow A.

1976a *Zachowanie związane ze zdrowiem i chorobą jako element wiedzy o społeczeństwie*, „Studia Socjologiczne”, nr 3 (62), s. 115 - 134.

1976b *Spoteczne zróżnicowanie zachowań medycznych mieszkańców Warszawy*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa, s. 19 - 40.

Topolski J.

1973 *Dyrektywa racjonalizowania działań ludzkich*, [w:] J. Kmita (red.), *Elementy marksistowskiej metodologii humanistyki*, Poznań, s. 222 - 236.

Torrey E. F.

1981 *Czarownicy i psychiatry*, Warszawa.

Unschuld P. U.

1975 *Medico-cultural Conflicts in Asian Settings: An Explanatory Theory*, „Social Science & Medicine”, vol. 9, no. 6, s. 303 - 312.

1977 *Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen*, [w:] G. Rudnitzki, W. Schiefenhövel, E. Schröder (Hrsg.), *Ethnomedizin. Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde*, Barmstedt, s. 79 - 86.

Uramowska B.

1976 *Zachowania dewiacyjne w ujęciu socjologa i psychiatry*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa, s. 458 - 464.

Uramowska-Zyto B.

1976 *Medycyna a wartości*, „Studia Socjologiczne”, nr 3 (62), s. 183 - 200.

1980 *Medycyna jako wiedza i system działań. Analiza socjologiczna*, Wrocław.

Wellin E.

1958 *Implications of Local Culture for Public Health*, „Human Organization”, vol. 16, no. 4, s. 16 - 18.

Wirsing R., A. P. McElroy

1981 *Medizinische Anthropologie in den USA*, „Anthropos”, Bd. 76, H. 5/6, s. 743 - 783.

Young A.

1976 *Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology*, „American Anthropologist”, vol. 78, no. 1, s. 5 - 24.

Znanięcki F.

1922 *Wstęp do socjologii*, Poznań.

1971 *Nauki o kulturze*, Warszawa.

DANUTA PENKALA-GAWEĆKA

MEDICAL ANTHROPOLOGY, ETHNOMEDICINE.
HISTORY, ACHIEVEMENTS, PERSPECTIVES*(Summary)*

The paper deals with the history and state of the research theory and practice of new anthropological subdisciplines (or interdisciplines), i.e. medical anthropology and ethnomedicine. In the past few decades these young disciplines have already managed to become organizationally independent within the frame of Western science. However, they have neither established a coherent system of theoretical assumptions nor their scopes of interests have been precisely delimited so far.

Among others the following topics have been discussed: relationship between medical anthropology and medical sociology, semantic controversies concerning the term „ethnomedicine”, some theoretical achievements and the problems of the influence of modern medicine on traditional medical systems in developing areas.

In the second part of her article, the author presents some theoretical and methodological proposals regarding the studies of ethnomedical phenomena. Her proposals are based on the assumptions of the so-called “Poznań methodological school” which creatively applies ideas of Marxism to the research on the theory of culture. Such an approach seems to be quite helpful for ethnomedical analyses.

Both theoretical reflection on ethnomedical field and attempts at giving methodological directions for systematic research are necessary to establish basis of ethnomedicine as an ethnological subdiscipline in Poland.