

IZABELLA MAIN, ANNA WITESKA-MŁYNARCZYK  
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## ANTROPOLOGIA MEDYCZNA DZISIAJ. ZARYS PROBLEMATYKI I PERSPEKTYWY TEORETYCZNE

### **Wprowadzenie**

Antropologia medyczna jest obecnie jedną z najszybciej rozwijających się subdyscyplin antropologicznych<sup>1</sup>. Obejmuje wielowątkowe, interdyscyplinarne badania naukowe, a także inspirująco łączy zaangażowanie badawcze i społeczne. Na jej pozycję wskazuje rosnący stopień zorganizowania i instytucjonalizacji. Współczesne zainteresowania antropologów medycznych są szerokie – od wrażliwych kulturowo koncepcji zdrowia i choroby, indywidualnego doświadczenia choroby, pluralizmu medycznego, biomedycyny, alternatywnych i komplementarnych metod leczenia, po ekonomię zdrowia czy zdrowie w ujęciu globalnym. W niniejszym artykule omawiamy wybrane obszary współczesnej antropologii medycznej – główne perspektywy teoretyczne i problemy badawcze oraz interesujące przykłady badań etnograficznych z tego zakresu.

### **Perspektywy teoretyczne antropologii medycznej**

W antropologii medycznej wyróżnia się kilka perspektyw teoretycznych. W literaturze brak jednak zgodności co do ich klasyfikacji i roli w procesie

---

<sup>1</sup> Historię subdyscypliny i polityczno-społeczny kontekst jej powstawania dobrze opisują teksty D. Penkali-Gawęckiej: *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze* (2007) czy E. Sobo: *Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research: Key Concepts and Controversies* (2004).

kształtowania subdyscypliny (por. Good 1994; Hahn 1995; McElroy, Townsend 1996). Najczęściej wskazuje się na trzy główne podejścia teoretyczne: perspektywę ekologiczną<sup>2</sup>, interpretatywną oraz krytyczną (Baer, Singer, Susser 2003: 32). Poniżej przedstawiamy dwa ostatnie, naszym zdaniem kluczowe, podejścia. Charakterystyczne dla badań prowadzonych w tych nurtach jest odpowiednio skupienie na człowieku i subiektywnym doświadczeniu choroby oraz zainteresowanie wymiarem strukturalnym i aspektem politycznym współczesnych zachowań dotyczących zdrowia i choroby. Wskazać należy też na tendencję współczesnych projektów badawczych z zakresu antropologii medycznej do interdyscyplinarności, do łączenia analizy na poziomie mikro- i makrospołecznym, w tym do czerpania inspiracji z obu perspektyw, a także z dorobku fenomenologii.

### *Wokół znaczenia i narracji – perspektywa interpretatywna*

Perspektywa interpretatywna łączy w sobie elementy semiotyki, teorii narracji i fenomenologii. Jej rozwój należy rozumieć jako reakcję na dominację podejścia ekologicznego w antropologicznych badaniach nad zdrowiem (Good 1994). Charakterystyczna jest tu koncentracja na społecznej konstrukcji znaczenia choroby, wymiarze kognitywnym chorowania, narracji o chorobie, narracyjnym aspekcie relacji pacjent – praktyk oraz cielesnym wymiarze chorowania (Good i in. 2010: 4). Arthur Kleinman (1988) – główny przedstawiciel nurtu, argumentował, że ludzkie doświadczenie związane z chorobą i leczeniem jest społecznie konstruowane i uwarunkowane kulturowo. Chorobę zaś należy rozumieć nie jako samoistny byt, lecz jako „model wyjaśniający” (*explanatory model*), sposób interpretacji wyrażający z konkretnej rzeczywistości społecznej. Zarówno pacjenci, jak i praktycy medyczni aktywnie wpływają na sposób doświadczania choroby, dokonując jej interpretacji. Interpretacje te mogą się od siebie różnić w sposób znaczący<sup>3</sup>.

Antropolodzy pracujący w nurcie interpretatywnym wskazują na redukcjonistyczne podejście biomedycyny do choroby, traktowanie indywidualnego doświadczenia choroby przez pacjenta jako nieistotnego dla procesu leczenia. Sugerują, że wiedza biomedyczna dostarcza niepełnego obrazu o chorobie, cierpieniu ludzkim i procesach leczenia. Z punktu widzenia pacjenta spotkania kli-

---

<sup>2</sup> Początki perspektywy ekologicznej w antropologii medycznej należy wiązać z nazwiskiem Alexandra Allanda z Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku, autora m.in. *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology* (Alland 1970). Podejście to czerpie inspiracje z teorii ewolucji oraz z ekologii kulturowej. Kluczowe jest tu pojęcie adaptacji jednostki bądź grupy społecznej do środowiska, w którym żyje. Zdrowie traktowane jest jako przejaw udanej adaptacji człowieka do wyzwań ekologicznych i społecznych (zob.: Baer, Singer, Susser 2003: 32-26). Nurt ten reprezentują obecnie m.in. Ann McElroy i Patricia Townsend. Istotny jest współczesny zwrot antropologów pracujących w perspektywie ekologicznej w stronę teorii krytycznej.

<sup>3</sup> Konsekwencją tych obserwacji było wprowadzenie rozróżnienia na *disease, illness*, a później także *sickness* (patrz: Penkala-Gawęcka 2007: 228-230).

niczne często wydają się niesatysfakcjonujące czy nieefektywne właśnie dlatego, że zinstytucjonalizowany i profesjonalny język biomedyczny nie pozostawia miejsca dla personalizacji i dialogu (Hurwitz, Greenhalgh, Skultans 2004: 3-5). W rezultacie osobiste narracje o chorobie najczęściej przybierają formę alternatywnej opowieści lub narracji opozycyjnej do wersji biomedycznej (Hurwitz, Greenhalgh, Skultans 2004: 8-9). Antropolodzy medyczni zwracają uwagę na terapeutyczny aspekt narracji. Arthur Frank pokazał, że gdy ludzie stawiają czoła poważnej chorobie, odczuwają potrzebę rekonstrukcji własnej historii życia. Choroba może stać się podróżą, poszukiwaniem równowagi, budowaniem nowych znaczeń i sensów w sytuacji, gdy świat społeczny i życie codzienne ulegają radykalnej zmianie (Frank 1995). Choroba niesie ze sobą „potencjał do stawania się” (*potentiality for becoming*) (Biehl, Locke 2010: 343), do pracy nad sobą. Jak argumentuje Hubert Wierciński (2012) na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet chorych na raka zrzeszonych w organizacji Polskie Amazonki Ruch Społeczny, zmiana w obliczu choroby może dokonywać się właśnie poprzez narrację, którą autor, podobnie jak Cheryl Mattingly (2004), rozumie jako działanie i *performance*. Praca Wiercińskiego egzemplifikuje zastosowanie metodologii narracyjnej w celu pokazania indywidualnego doświadczenia choroby i społeczno-kulturowych sposobów jej konstruowania.

Antropolodzy wskazują też, że narracje mogą stać się narzędziem praktyków dążących do poprawy opieki zdrowotnej<sup>4</sup>. Narracje o chorobach pozwalają na lepsze zrozumienie człowieka i sposobu przeżywania dotyczących go dolegliwości<sup>5</sup>. Są one wykorzystywane w opiece psychologicznej i psychiatrycznej, ale praktycy biomedyczni innych specjalności najczęściej odrzucają tę metodę jako zbyt czasochłonną. Arthur Kleinman i Don Seeman proponują więc, by w tej sytuacji praktycy korzystali z „modeli wyjaśniających chorobę” (*explanatory models* – EM) – narzędzia stworzonego w celu szybkiego dostępu do kulturowo uwarunkowanego indywidualnego sposobu przeżywania choroby (Kleinman, Seeman 2000: 236-237). Badacze rozumieją EM szeroko, jako sposoby interpretacji objawów chorobowych charakterystyczne dla pacjentów i praktyków (przedstawicieli biomedycyny czy innych tradycji medycznych) oraz członków bliskiego pacjentowi otoczenia społecznego (np. rodziny) (Kleinman, Seeman 2000: 236). Chodzi tu o dotarcie do etiologii choroby, wyobrażeń co do jej prze-

---

<sup>4</sup> Przykładem zainteresowania biomedyków metodą narracyjną jest książka Johna Launera *Narrative Based Primary Care* (2002), której autor wskazuje na siłę dialogu w spotkaniu klinicznym, na coraz większą otwartość na pacjenta ze strony brytyjskich praktyków biomedycznych i ich świadomość ograniczeń perspektywy biomedycznej. Zastosowanie zasad wywiadu w spotkaniu klinicznym jest jednak bardzo trudne do realizacji w obecnych warunkach urynkowania opieki medycznej w Wielkiej Brytanii. Problemem może też być trwałość przekonań na temat charakteru doświadczenia klinicznego, cech lekarza i jego sposobu pracy (Launer 2002; [http://www.gp-training.net/training/communication\\_skills/consultation/narrative\\_launer.htm](http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/narrative_launer.htm) (20.01.2013); por. Greenhalgh, Hurwitz, eds., 1998).

<sup>5</sup> Por. artykuł Tomasza Rakowskiego (2010), który podejmuje temat potencjału i ograniczeń metody narracyjnej używanej w „antropologii w klinice”.

biegu, procesu leczenia i jego skutków. W kontakcie klinicznym EM mogą być „wspólne” bądź „opozycyjne”, czyli dzielone lub podważane przez różnie usytuowanych aktorów społecznych. Wykazują też różny stopień systematyzacji i wielowątkowość<sup>6</sup>. Na EM mogą składać się na przykład wierzenia religijne, wrażliwe kulturowo sposoby rozumienia procesów biologicznych zachodzących w ciele, paradygmaty naukowe, wiedza potoczna itd. Modele te należy traktować jako możliwe do negocjacji, co otwiera drogę do działania praktyka, który – jeśli rozumie EM pacjenta – ma szersze możliwości dialogu z nim i wpływania na proces leczenia. Praktycy biomedycyny powinni używać EM także dla zrozumienia rzeczywistości klinicznej.

Rozwijając studia nad narracją o chorobie, Kleinman i Seeman zwrócili uwagę, że równie ważne dla rozumienia doświadczenia choroby jest dostrzeżenie niekognitywnych cech życia społecznego i kulturowego. Ich zdaniem, dobrze jest wyjść w badaniach poza kategoryzowanie, interpretacje oraz nadawanie sensu i znaczeń (Kleinman, Seeman 2000: 236). Stąd perspektywa interpretatywna, aby lepiej uchwycić doświadczenie choroby, powinna czerpać także z dorobku fenomenologii. Fenomenologia może być traktowana jako metoda bądź jako dynamicznie rozwijająca się perspektywa teoretyczna w antropologii (Becker 2004: 127). W obu nurtach – interpretatywnym i krytycznym – fenomenologia stosowana jest na poziomie teoretycznym i metodologicznym<sup>7</sup>. Została zaadoptowana na grunt antropologii medycznej przez Thomasa Csordasa. W odniesieniu do choroby, „fenomenologia kulturowa” (*cultural phenomenology*)<sup>8</sup> (zob. Csordas 2011) wychodzi poza narrację i kognitywne ujęcie doświadczenia choroby w stronę teorii cielesności skoncentrowanej na tej sferze życia, która nie jest zobiektywizowana. Csordas (1994: 7) rozumie ciało jako wrażliwe kulturowo centrum procesów percepcyjnych wieńczonych jakąś formą obiektywizacji, ale nieredukowalnych do sfery kognitywnej.

Podejście interpretatywne krytykowane jest najczęściej za ignorowanie politycznych aspektów zdrowia, choroby i leczenia oraz brak usytuowania analizy, w której centrum jest jednostka, w szerszym kontekście społecznym i ekono-

---

<sup>6</sup> Współcześnie pacjenci i praktycy często czerpią z rozmaitych ideologii ciała, zdrowia i leczenia. Jedna osoba może używać różnych modeli wyjaśniających, przy czym każdy z nich może być legitymizowany przez inny światopogląd (Johannessen 2006: 2).

<sup>7</sup> Przykładem zastosowania fenomenologii do badań z zakresu psychiatrii transkulturowej jest działalność Laurence’a Kirmayera – psychiatry i antropologa z Uniwersytetu McGill w Kanadzie, łączącego perspektywy interpretatywną i krytyczną. Promuje on podejście określane jako „neurofenomenologia kulturowa” (*cultural neurophenomenology*). Fenomenologia kulturowa zaburzeń psychicznych traktuje je jako proces oraz rodzaj dialogu między doświadczeniem cielesnym i reakcjami innych, usytuowanymi w sieci lokalnych znaczeń i praktyk (Kirmayer 2012). Neurobiologia i psychiatria są w tym ujęciu traktowane jako społecznie konstruowane systemy wiedzy i praktyki kulturowej – jako takie powinny podlegać dekonstrukcji (por. Słaby 2012).

<sup>8</sup> Podejście Csordasa, znane jako „fenomenologia kulturowa”, opiera się w dużej mierze na myśli M. Merleau-Ponty’ego. Łączy ono skupienie na cielesnym przeżywaniu z analizą znaczeń kulturowych.

micznym. Mocną jego stroną jest natomiast skupienie na perspektywie emicznej osób zaangażowanych w konkretny proces choroby i leczenia.

### *Polityczny wymiar zdrowia – perspektywa krytyczna*

Drugą kluczową perspektywą w antropologii medycznej jest krytyczna antropologia medyczna (*critical medical anthropology*), która koncentruje się na wymiarze strukturalnym zdrowia, choroby i opieki zdrowotnej, uwypuklając polityczny charakter procesów związanych z tym aspektem ludzkiego życia. Do przykładowych obszarów badań należą: wpływ polityki państwa i zasad kapitalizmu na sfery życia związane ze zdrowiem oraz na politykę zdrowotną; sposoby alokacji zasobów w ramach systemów opieki zdrowotnej; produkcja i konsumpcja farmaceutyków. Prace pisane w tym nurcie mają doprowadzić, między innymi, do odkrycia powiązań pomiędzy występowaniem chorób u członków określonych grup społecznych a mechanizmami gospodarki kapitalistycznej (Singer 1995).

Badaczem, który odegrał znaczącą rolę w rozwoju podejścia krytycznego jest Hans Baer. Jako jeden z pierwszych nakreślił on program włączania w obszar antropologii medycznej ram teoretycznych „politycznej ekonomii zdrowia” (*political economy of health*) (Baer 1982). Poświęcił wiele uwagi zagadnieniu „hegemonii biomedycyny”, do której doszło, jego zdaniem, nie wskutek efektywności leczenia, lecz w wyniku rozprzestrzeniania się globalnej ekonomii rynkowej (Baer, Singer, Susser 2003).

Antropolodzy nurtu krytycznego podkreślają, że doświadczenie osoby cierpiącej jest konstruowane i rekonstruowane w polu działań społecznych, w którym codzienność kształtowana jest przez siły polityczno-gospodarcze. Wiele badań antropologicznych skupia się na odkrywaniu skłonności biomedycyny do maskowania społecznej, ekonomicznej czy politycznej genezy ludzkiego cierpienia (por. Farmer 2003, 2012; Han 2012; Martin 1994; Scheper-Hughes 1992; Zigon 2010). Jedną z najważniejszych reprezentantek nurtu krytycznego, Nancy Scheper-Hughes (1995), określa to podejście jako „antropologię walczącą” (*militant anthropology*). Nawołuje innych antropologów do przyjęcia postawy zaangażowanej w walkę o sprawiedliwość społeczną i eliminację cierpienia. Jej prace, takie jak *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil* (Scheper-Hughes 1992), poruszają problemy cierpienia, głodu, choroby i przemocy.

Podobnie jak w perspektywie interpretatywnej, również w nurcie krytycznym obecna jest tendencja do skupienia na jednostce i czerpania z dorobku fenomenologii. Autorem, który ciekawie łączy w swoich analizach wymiary „mikro” i „makro”, jest João Biehl. Przykładem może być jego książka zatytułowana *Vita* (Biehl 2005), o życiu w „społecznych strefach porzucenia” (*zones of social abandonment*) wielkich brazylijskich miast. Analizuje on sieć powiązań między medycyną, rodziną i ekonomią gospodarstwa domowego, lokalnymi formami

państwowości, gospodarką i światem wewnętrznym jednostki. Pokazuje między innymi, jak farmaceutyzacja, w sytuacji zagubienia w świecie społecznym, czyni człowieka uzależnionym od instytucji medycznych (Biehl 2005: 4). W sposób typowy dla perspektywy krytycznej autor odkrywa przed czytelnikiem wpływ decyzji politycznych i biurokratycznych na człowieka dotkniętego chorobą.

Krytyczna antropologia medyczna jest głosem na rzecz prawa człowieka do zdrowia, opieki i godności. Perspektywę tę wyróżnia skoncentrowanie na politycznych aspektach zdrowia, choroby i leczenia oraz dążenie do spojrzenia na problem badawczy z różnych perspektyw. Wobec współczesnych zmian społecznych związanych z globalizacją, nurt ten z pewnością będzie zyskiwał na znaczeniu.

## **Zdrowie i choroba w obliczu globalizacji**

Wobec przemian globalnych, antropolodzy medycyjni rozszerzyli swoje zainteresowania na zjawiska o zasięgu światowym, takie jak problemy medyczne związane z przeludnieniem, zanieczyszczeniem i ociepleniem klimatu oraz epidemiami czy niedożywieniem. Globalizacja przedmiotów zainteresowania antropologii medycznej oznacza, że obecnie badania nie ograniczają się do wpływu czynników kulturowych i społecznych na zdrowie jednostek bądź grup, ale dotyczą zdrowia gatunku ludzkiego, a więc wymagają przyjęcia perspektywy światowej i analizowania interakcji między kulturami, systemami ekonomicznymi, organizacjami politycznymi i ekologią (Helman 2001: 230). Zmiany w zdrowiu reprodukcyjnym, rozwój turystyki medycznej, rozprzestrzenianie się badań klinicznych i pojawianie się coraz nowszych technologii biomedycznych to niektóre ze zjawisk, którymi interesują się współcześnie antropolodzy medycyjni, ujmując je w kontekście globalnych przemian.

### *Zdrowie globalne*

Badania dotyczące „zdrowia globalnego” (*global public health*) prowadzone przez antropologów dotyczą, między innymi, społecznych determinantów zdrowia, wpływu zmian klimatycznych na zdrowie, płci kulturowej i zdrowia kobiet, polityki społecznej wobec zdrowia oraz rozprzestrzeniania się chorób. Coraz częściej antropolodzy podejmują się krytycznej analizy działań instytucji o zasięgu globalnym, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)<sup>9</sup>, i ich wpływu na dobrostan ludzi w różnych zakątkach świata (Helman 2001: 230).

---

<sup>9</sup> Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) odgrywa szczególną rolę w koordynacji działań na rzecz zdrowia globalnego. Deklarowane cele tej instytucji to prewencja i leczenie chorób, promowanie zachowań prozdrowotnych i dokumentowanie przypadków chorób.

W książce *Pathologies of Power* Paul Farmer – antropolog i lekarz, opisuje walkę o prawa społeczne i ekonomiczne w odniesieniu do zdrowia. Twierdzi on, że łamanie praw człowieka jest symptomem głębokich patologii władzy i konsekwencją stosunków społecznych, które determinują, kto będzie ofiarą, a kto sprawcą. Autor wskazuje na konieczność badania zdrowia i praw człowieka z perspektywy biednych, przy jednoczesnym uwzględnieniu roli państwa i organizacji międzynarodowych w kształtowaniu praktyk tych grup społecznych. Agendy organizacji międzynarodowych w programach na rzecz zdrowia publicznego promują efektywność, pomijając sprawiedliwość. Tymczasem sprawiedliwość społeczna jest niezbędna do przestrzegania praw człowieka, w tym prawa do zdrowia. Grupy analizowane przez Farmera (2003) to Haitańczycy zarażeni HIV, mieszkańcy wiosek w Chiapas w czasie rewolty, nieleczeni rosyjscy więźniowie chorzy na gruźlicę – czyli społeczności wykluczone. Typowe dla autora połączenie analizy strukturalnej i materiału etnograficznego w postaci historii życia można odnaleźć w artykule *Kobiety, bieda i AIDS* (Farmer 2012)<sup>10</sup>. Badacz przedstawia w nim historie trzech kobiet żyjących z HIV – Afroamerykanki z Harlemu, córki rolnika z Haiti oraz prostytutki z Bombaju. Ukazuje – z dbałością o szczegóły etnograficzne – działanie szerszych sił społecznych w życiu codziennym jednostki. Porównawcze zestawienie trzech przypadków pozwala zrozumieć lokalną specyfikę pozycji społecznej chorych kobiet oraz pokazać globalny charakter pandemii, której kluczowym elementem jest kwestia nierówności społecznych.

Lokalne i globalne zależności między polityką, produkcją leków, wiedzą i władzą, reprezentacjami i dyskursami związanymi z AIDS w Republice Południowej Afryki scharakteryzował Didier Fassin (2007). Tragiczna historia AIDS w RPA – szybkie rozprzestrzenienie epidemii, kontrowersje wokół jej genetyki i leczenia – pisana jest równolegle ze zwycięską narracją o narodowej rekonstrukcji po erze apartheidu (Fassin 2007: XVI). Francuski badacz wskazuje między innymi na światową polaryzację społeczeństw pod względem dostępu do leczenia i średniej długości życia. Opisywane przez niego społeczeństwo RPA stanowi bardzo wyrazisty przykład pokazujący, jaką rolę odgrywają nierówność, bieda i przemoc w rozwoju epidemii. Inną pracą analizującą sytuację wykluczonych jest książka Miriam Ticktin o opiece dla nielegalnych imigrantów we Francji. Mimo obecności antyimigracyjnych sentymentów w polityce, wprowadzono tam wiele specjalnych, określanych jako humanitarne, działań na rzecz imigrantów. Na podstawie „klauzuli choroby” w prawie imigracyjnym z 1998 roku korzystają oni z możliwości uzyskania prawa pobytu w celu leczenia stanów zagrażających życiu, gdy taka pomoc nie jest dostępna w ich kraju pochodzenia. Oznacza to

---

<sup>10</sup> Artykuł ten zamieszczono w tłumaczeniu na język polski w książce: *Antropologia seksualności* (Kościńska, red., 2012), w której można znaleźć także inne interesujące opracowania dotyczące zdrowia, choroby, płci kulturowej i seksualności.

faktycznie preferowanie chorych, zarażonych HIV, ofiar przemocy seksualnej, względem imigrantów zarobkowych; jednak gdy sytuacja cierpiących i chorych ulegnie poprawie, paradoksalnie zmienia się na niekorzyść ich sytuacja migracyjna (Ticktin 2011).

Vicanne Adams, Thomas Novotny i Hannah Leslie (2008) opisują trzy podstawowe zmiany w globalnej polityce w odniesieniu do zdrowia: wzrost zaangażowania organizacji pozarządowych we wprowadzanie międzynarodowych programów z zakresu zdrowia, globalizację nauki i badań farmaceutycznych oraz użycie militarnego języka „biobezpieczeństwa” (*biosecurity*) do legitymizacji zmian wprowadzanych w polityce zdrowotnej. Antropolodzy od lat włączają się w działalność organizacji pozarządowych zajmujących się globalnym wymiarem zdrowia. Na przykład Paul Farmer jest zaangażowany w pracę dla organizacji Partners in Health (PIH), która działa na rzecz lepszego dostępu biednych do odpowiedniej opieki zdrowotnej. PIH demaskuje także szkodliwe działania międzynarodowych agencji, na przykład te, które przyczyniły się do uszczuplenia środków na prewencję i leczenie HIV/AIDS oraz wywoływały konflikty, prowadząc do zwiększenia liczby zarażeń (Baer, Singer, Susser 2003: 360, 370). Inna badaczka – Nancy Scheper-Hughes (1990: 196) wezwała antropologów medycznych do pracy „na marginesach” oraz do podważania epistemologii promujących potężne interesy polityczne. Przykładem jej zaangażowania jest współudział w założeniu w 1999 roku organizacji Organs Watch, wykrywającej przemyt i handel ludzkimi organami<sup>11</sup>.

Badania Charlesa Briggsa i Marka Nichtera poświęcone historii wirusa H1N1 („świńskiej grypy”) pokazują, jak dyskurs o biobezpieczeństwie i „obywatelstwie globalnego zdrowia” (*global health citizenship*) przenika się z praktyką tworzenia „globalnych systemów nadzoru” (*global surveillance systems*), prowadząc do rozprzestrzeniania nowych, transnarodowych form zarządzania. Autorzy postulują rozwój wyspecjalizowanej antropologii (medycznej) epidemii, jako kluczowej dla zrozumienia czynników wpływających na powstawanie wiedzy o epidemiach. Studia etnograficzne mają ukazać konkurujące ze sobą wersje i interpretacje, które kształtują indywidualne zachowania ludzi, a także badać sposoby dostępu do wiedzy, interpretacje i wykorzystanie zdobytych informacji wśród przedstawicieli różnych grup interesów (np. polityków, dziennikarzy, członków administracji) (Briggs, Nichter 2009: 189-198).

Teoretycy tacy, jak Anthony Giddens (2001) czy Ulrich Beck (1992), zaczęli podkreślać, że myślenie w kategoriach ryzyka jest współcześnie fundamentalne, a ludzkie życie jest obecnie zorganizowane w taki sposób, by zarządzać ryzykiem. To właśnie zdrowie jest tym obszarem, w którym dyskurs ryzyka jest najlepiej widoczny. W momencie, gdy jednostki zostaną poinformowane o ryzyku, oczekuje się od nich, że będą zachowywać się w określony sposób. Antro-

---

<sup>11</sup> <http://anthropology.berkeley.edu/users/nancy-scheper-hughes> (15.01.2013).

polodzy zadają pytania o to, jaki wpływ na relacje społeczne ma „świadomość ryzyka” i dyskurs ryzyka oraz jak objawia się on pod postacią reprezentacji Innego czy różnic społecznych (Lock, Nichter 2002: 11). Badania antropologiczne mogą eksplorować reakcje społeczności lokalnych na dyskurs ryzyka oraz rosnącą liczbę programów prewencyjnych promowanych przez międzynarodowe agencje zdrowia, rządy i organizacje pozarządowe, a także stosunek do nadzoru medycznego czy oczekiwania wobec testów diagnostycznych i towarzyszące im ukryte obawy (Lock, Nichter 2002: 12). Innym ważnym pytaniem stawianym przez antropologów jest to, w jaki sposób dyskurs ryzyka wpływa na zachowania konsumpcyjne. Przemysł farmaceutyczny jest mocno zainteresowany wykorzystaniem obaw i lęków związanych ze zdrowiem, oferuje całą gamę produktów mających prowadzić do zmniejszenia dolegliwości i utrzymania dobrego stanu zdrowia. Korzystanie z wielu rekomendowanych praktyk medycznych ogranicza jednak w części społeczeństw brak środków, styl życia, wyznawane wartości czy relacje władzy (Lock, Nichter 2002: 13). Etnograficzne badania nad zdrowiem globalnym pokazują istnienie zasadniczych nierówności w dostępie do opieki medycznej. Prowadzić mogą do formułowania postulatów dotyczących poprawy zdrowia i opieki medycznej w skali globalnej i lokalnej.

### *Badania nad zdrowiem reprodukcyjnym*

Badacze zajmujący się zdrowiem reprodukcyjnym analizują globalne i lokalne programy planowania rodziny/kontroli narodzin, które kierowane są przede wszystkim do kobiet. Programy tworzone są głównie w celu podnoszenia świadomości korzyści ze zmniejszenia wielkości rodziny. Jednakże coraz częściej – głównie w Europie Zachodniej – ma też miejsce promowanie większych rodzin. Antropolodzy zauważają, że planowanie rodziny nie jest potrzebą uniwersalną i jest powiązane z przekonaniami na temat wartości, jaką są dzieci. W wielu kulturach potomstwo jest znakiem statusu, a płodność stanowi wartość społeczną, szczególnie tam, gdzie śmiertelność przy narodzinach jest wysoka. W różnych społecznościach stosowanie antykoncepcji jest odrzucane ze względów religijnych, kulturowych, ekonomicznych czy politycznych. Wprowadzanie programów kontroli urodzeń w krajach rozwijających się bywa odbierane jako forma kolonializmu, a popularne przekonania o antykoncepcji, w tym wiązanie jej z etiologiami chorób, powodują jej odrzucanie (Helman 2001: 231-233). Margaret Lock i Vinh-Kim Nguyen (2010: 114) wskazują na konsekwencje działań mających na celu kontrolowanie wielkości populacji: zarówno pozytywne (poprawa pozycji kobiet), jak i negatywne (wzrost przemocy domowej, aborcje ze względu na płeć płodu, zwiększanie nierówności odnoszących się do płci i klasy społecznej). Programy planowania rodziny wprowadzane były szeroko od lat 70. XX wieku w odpowiedzi na teorie neomaltuzjańskie, których zwolennicy prze-

strzegali przed wzrostem ludności Ziemi szybszym niż wzrost produkcji rolnej, niezbędnej do wyżywienia ludzkości. Już w 1952 roku w Indiach wprowadzono pierwsze programy kontroli urodzeń, obejmujące dystrybucję środków antykoncepcyjnych i przymusową sterylizację ludzi pochodzących często z najuboższych grup społecznych. Badania etnograficzne pokazują jednak, że sterylizacja miała w tym przypadku więcej wspólnego z prawami własności i korzyściami majątkowymi<sup>12</sup> niż z planowaniem rodziny (Lock, Nguyen 2010: 120-125). Innym znanym przykładem odgórnego sterowania zdrowiem reprodukcyjnym jest „polityka jednego dziecka” wprowadzona od lat 70. w Chinach (Greenhalgh 2008). Zdrowiem reprodukcyjnym kobiet indiańskich w Meksyku, w tym programami państwa służącymi ograniczeniu przyrostu naturalnego, zajęła się w swoich badaniach Anna Wądołowska (2012).

Zjawiskiem powiązaniem z kontrolą urodzeń jest dążenie do „selekcji płci” (*sex selection*). Praktyka ta, powszechna w wielu kulturach, osiąga nowy wymiar w dobie szerokiego dostępu do urządzeń ultrasonograficznych (Lock, Nguyen 2010: 113). Występuje w szczególnym nasileniu w Indiach, Chinach, Korei Południowej i na Tajwanie, gdzie wynika z preferowania synów. Nie jest to bynajmniej zjawisko nowe – źródła historyczne opisują przypadki dzieciobójstwa od czasów starożytnych. Mimo że praktyki selekcji płci są nielegalne, statystyki pokazują gwałtowny wzrost proporcji dzieci płci męskiej w stosunku do żeńskiej w Indiach i Chinach od czasu pojawienia się w tych krajach aparatury ultrasonograficznej (Lock, Nguyen 2010: 133, 137).

Kolejnym ważnym przedmiotem badań antropologów od lat 90. jest „zakłócona reprodukcja” (*disrupted reproduction*) – sytuacja, gdy linearny proces życiowy, od poczęcia przez narodziny do pojawienia się kolejnych pokoleń, zostaje zaburzony przez niepłodność, poronienia czy aborcję (van Balen, Inhorn 2002: 4). Zaburzenie trajektorii reprodukcyjnych może być związane z chorobami przenoszonymi drogą płciową (w tym AIDS), ciążami pozamacicznymi, poronieniami i martwymi urodzeniami, okołoporodowymi zgonami kobiet, wcześniactwem skutkującym śmiercią oraz niepłodnością. Analiza tych zjawisk prowadzi do debat na temat przekształceń więzi rodzinnych i pokrewieństwa w związku z nowymi technologiami reprodukcyjnymi, na temat przekazywania i przechowywania różnych form materiału genetycznego, „prawa” do dzieci i finansowania leczenia niepłodności, zwłaszcza wśród uboższych segmentów populacji, oraz władzy i roli mediów w kształtowaniu oczekiwań reprodukcyjnych (van Balen, Inhorn 2002: 5). Antropolodzy zajęli się analizą dyskursów dotyczących niepłodności, indywidualnych doświadczeń kobiet i mężczyzn, związanych z reprodukcją, oraz globalnych i lokalnych wymiarów leczenia (por. van Balen, Inhorn 2002; Browner, Sargent, eds., 2011).

---

<sup>12</sup> Przymusowe sterylizacje w Indiach przeprowadzano wśród najuboższych, a służby medyczne otrzymywały dodatkowe wynagrodzenia, w zależności od liczby wykonanych zabiegów.

Na gruncie polskim analizę debaty związanej z leczeniem niepłodności metodą *in vitro* przeprowadziła Magdalena Radkowska-Walkowicz (2011). Autorka zestawia przykłady użycia różnych języków przez strony zaangażowane w dyskurs o *in vitro*, wskazując, że to język nauki (a nie emocji czy etyki) odgrywa główną rolę w dyskusjach pomiędzy osobami leczącymi się z powodu niepłodności i przedstawicielami Kościoła.

### *Turystyka medyczna oraz zdrowie i leczenie migrantów*

Kolejne zjawisko w polu zainteresowań antropologów medycznych, powiązane zarówno z kwestiami ekonomicznymi, etycznymi, prawnymi, jak i przemianami globalnymi, to tak zwana turystyka medyczna (*medical tourism*). Do najważniejszych przyczyn turystyki medycznej należą wysoki koszt leczenia w krajach zachodnich i długi okres oczekiwania na specjalistyczne leczenie. Państwa takie, jak Indie, Tajlandia, Singapur i Argentyna oferują wyspecjalizowaną infrastrukturę medyczną w klinikach posiadających zachodnie akredytacje i personel wykształcony w USA lub Europie. Szczególnie popularne jest leczenie stomatologiczne, chirurgia okulistyczna, transplantacje, chirurgia estetyczna, operacje serca i leczenie niepłodności. Te praktyki medyczne przynoszą rosnące dochody i stają się ważnym sektorem gospodarki państwa przyjmującego turystów medycznych. Powstają specjalne „pakiety turystyczno-medyczne” obejmujące leczenie wzbogacone o opiekę pooperacyjną, korzystne połączenia lotnicze oraz zwiedzanie i wypoczynek (Womack 2010: 305).

W interpretacji krytycznej, czerpiącej z teorii postkolonialnej, turystyka medyczna stanowi przykład kontaktu między centrum i peryferiami (kraje bogate *versus* rozwijające się), ekskluzywnej konsumpcji i nierówności w dostępie do leczenia. Skoro celem podróży turystów medycznych są często kraje postkolonialne, można interpretować to zjawisko jako jeden z wyrazów neokolonializmu (Buzinde, Yarnal 2012: 784). Turystyka medyczna prowadzi do licznych problemów etycznych: pracy lekarzy na rzecz turystów, a nie lokalnych pacjentów, nierówności w dostępie do leczenia oraz uzyskiwania korzyści finansowych przez prywatnych inwestorów. Niektóre prywatne kliniki przeznaczają część dochodów na pomoc medyczną lokalnym pacjentom, nie jest to jednak regułą (Womack 2010: 36). Jednym z popularnych wśród średniozamożnych Amerykanów kierunków podróży medycznych jest Kostaryka, gdzie poddają się oni tanim operacjom plastycznym. Sara Ackerman (2010) traktuje ten fenomen jako formę zmedykalizowanej rozrywki, zlokalizowanej w elitarnych przestrzeniach hoteli i klinik medycznych. Transnarodowe praktyki medyczne pogłębiają nierówności społeczne w wymiarze globalnym, między innymi poprzez wartościowanie produktu pojawiającego się na rynku medycznym. Andrea Whittaker i Amy Speier (2010), na przykładzie materiału etnograficznego z Czech, Indonezji i USA, zwracają uwagę na proce-

sy komodyfikacji ciał i ich części przydatnych do reprodukcji. Na opisywanym przez nich rynku komórek jajowych, embrionów i spermy dochodzi do hierarchizacji materiału biologicznego, który jest oceniany pod względem kraju pochodzenia czy cech charakterystycznych dawców.

Turystyka medyczna dotyczy najczęściej zamożnych mieszkańców Ziemi, dlatego wywołuje dyskusje nad równością i sprawiedliwością w dostępie do zdrowia i leczenia. Zjawisko to ma jednak różną skalę i wymiary. Wielu migrantów korzysta z pomocy medycznej w kraju pochodzenia ze względu na niższą cenę leczenia prywatnego, komfort kontaktu z lekarzem (znajomość języka i norm zachowań) oraz wiedzę o rynku medycznym (Main 2012). Dla pacjentów cierpiących na groźne dla życia choroby turystyka medyczna może być jednak koniecznością. Na przykład w Jemenie, jak pokazuje Beth Kangas (2007), podróże do Indii i Jordanii są podejmowane nawet przez niezamożnych pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe czy choroby serca, zaś przyczyną leczenia się za granicą jest słabość infrastruktury medycznej i brak zaufania do miejscowej służby zdrowia. Autorka postuluje używanie terminu „podróż medyczna” zamiast „turystyka medyczna”, gdyż termin „turystyka” może implikować przyjemność czy zabawę, zaś podróże medyczne Jemeńczyków są konieczne i niejednokrotnie prowadzą do negatywnych konsekwencji zdrowotnych (np. wskutek podróży lotniczych osób ciężko chorych, dodatkowego stresu związanego z leczeniem w innym kraju) i ekonomicznych (kredyty na leczenie, środki wydatkowane za granicą). Chorzy zmuszeni są do leczenia się za granicą między innymi wskutek implementacji programów zdrowia globalnego, w których nacisk położono na leczenie i zapobieganie chorobom zakaźnym, zaś trudniejsze terapie – takie, jak leczenie chorób nowotworowych czy chorób serca – scedowano na prywatną służbę zdrowia, nastawioną jednak bardziej na uzyskiwanie dochodów niż pomoc pacjentom (Kangas 2007: 304).

Ważnymi przyczynami rozwoju turystyki medycznej są niewydolność systemu zdrowia i nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej państwa wysyłającego. Ruch konsumentów medycznych przez granice państw oznacza także zmiany w systemie zdrowia państwa przyjmującego. Prace etnograficzne oparte na badaniach transnarodowych pomagają zrozumieć różne lokalne uwarunkowania zachodzących transformacji (Whittaker, Manderson, Cartwright 2010) i opracować działania zmierzające do rozwiązania pojawiających się problemów (Sobo 2009).

Migracje są powiązane ze zdrowiem w wieloraki sposób: wpływają na stan zdrowia migrujących, prowadzą do zmiany diety, warunków życia i pracy, oznaczają przemieszczenie się do kraju z innym systemem leczenia, a sama podróż może powodować konsekwencje zdrowotne. Migranci, w zależności od swego statusu prawnego i ekonomicznego, mogą mieć gorszy lub znikomy dostęp do opieki medycznej, choć mogą też, dzięki zamieszkaniu w kraju z powszechną opieką medyczną, poprawić swoją sytuację. Jak pokazały Eun-Ok Im i Kyeongray Yang (2006) na przykładzie Kóreanek w USA, wzajemne oddziaływanie czynników

społeczno-kulturowych, ekonomicznych, prawnych i środowiskowych powoduje, że ujęcia makrospołeczne nie oddają sytuacji poszczególnych osób. Istniejące teorie selektywnej migracji (emigrują zdrowsi i młodszy) lub negatywnego wpływu migracji na zdrowie (niekorzystne społeczne, polityczne i ekonomiczne warunki migracji, konflikty kulturowe, słaba integracja, kryzys tożsamości, niski status i dyskryminacja) nie wyjaśniały sytuacji zdrowotnej badanych migrantek. Autorki wskazują na rolę statusu przed migracją, motywów migracji, trudności ekonomicznych i społecznych w nowym kraju, wsparcia grup czy kościołów etnicznych oraz na wpływ norm kulturowych na zdrowie (Im, Yang 2006: 677). Postulują analizę pozytywnych i negatywnych konsekwencji migracji oraz dążenia migrantów do lepszego życia, do psychicznego i fizycznego dobrostanu.

Grupy marginalizowane to tradycyjny obszar zainteresowań antropologów. W antropologii medycznej wiele badań dotyczy grup biednych migrantów, takich jak nielegalni migranci z państw Ameryki Łacińskiej do USA (*Latinos*). W ich przypadku należy mówić o braku dostępu do pomocy społecznej i służb publicznych, braku podstawowych praw oraz systemowej marginalizacji. Antropolodzy stoją na stanowisku, iż latynoscy migranci to przykład społeczności strukturalnie narażonej na problemy zdrowotne. Dzieje się tak ze względu na ich podrzędną pozycję w strukturach ekonomii globalnej oraz na długą historię deprecjacji ich statusu w USA. Sytuację tę określa się terminem „strukturalna słabość” (*structural vulnerability*) (Quesada, Hart, Bourgois 2011: 2).

Na gruncie teoretycznym analiza zjawiska strukturalnej słabości prowadzi do demistyfikacji roli sprawczości jednostek oraz do krytyki moralnych osądów w odniesieniu do osób i grup doświadczających ubóstwa i kulturowej stygmatyzacji. Antropolodzy próbują uwrażliwić administracje państwowe na zdrowotne konsekwencje nierówności społecznych, jednak programy zdrowia publicznego wciąż koncentrują się na zmianie jednostkowych zachowań przez edukację opartą na modelu racjonalnego wyboru. Strukturalna słabość odnosi się do różnych grup w trudnym położeniu: biednych, nieubezpieczonych, seksualnie stygmatyzowanych, niepełnosprawnych, więźniów, odmiennych rasowo czy uzależnionych. Doświadczenia tych ludzi różnią się w zależności od wieku, tożsamości etnicznej, płci, statusu prawnego, warunków życia i pracy oraz indywidualnego losu (Quesada, Hart, Bourgois 2011; Green 2011). Sytuacja zdrowotna migrantów stanowi ważny obszar współczesnych badań antropologicznych ze względu na powszechność migracji oraz ich powiązania z warunkami ekologicznymi, gospodarczymi, politycznymi, prawnymi i społeczno-kulturowymi.

### *Farmaceutyki i badania kliniczne*

Zjawisko społecznego i kulturowego funkcjonowania lekarstw stało się przedmiotem licznych studiów antropologów od lat 80. XX wieku. Wówczas zaczęto

wskazywać na metaforycznie rozumiane „biografie” leków oraz ich powiązania z globalnymi przemianami w obrębie medycyny. Jak piszą Sjaak van der Geest, Susan Reynolds Whyte i Anita Hardon:

antropologia farmaceutyków jest ważna dla antropologii medycznej i polityki zdrowotnej. Dotyka również serca antropologii poprzez swoje odniesienia do koncepcji kultury *versus* natury, symbolizacji i transformacji społecznej, kulturowego konstruowania ciała oraz procesów globalizacji i lokalizacji (van der Geest, Whyte, Hardon 1996: 153).

Główne pola zainteresowań antropologii farmaceutyków to lokalne warunki produkowania i stosowania leków, znaczenia przypisywane zachodnim lekom oraz funkcjonowanie przemysłu farmaceutycznego (van der Geest, Whyte, Hardon 1996: 155).

Badanie biografii farmaceutyków pozwala na poznanie etapów ich „życia”: produkcji, wprowadzenia na rynek (przez firmy i urzędników), dystrybucji, sprzedaży pacjentom (bezpośrednio lub za pośrednictwem recepty) oraz stosowania przez chorego. W ten proces na każdym etapie zaangażowani są ludzie – naukowcy, urzędnicy, producenci, sprzedawcy, pacjenci – odmiennie rozumiejący znaczenie leków (jako towaru o konkurencyjnej wartości rynkowej, środka leczenia, rozwiązania problemów medycznych) (van der Geest, Whyte, Hardon 1996: 156). Leki są traktowane zarówno jako wytwory człowieka i jego kultury, jak i artefakty kształtujące tę kulturę i zmieniające życie codzienne. Badania życia społecznego lekarstw od laboratorium przez gabinet lekarski, aptekę, po dom pacjenta, odsłaniają złożone relacje władzy i różnorodność znaczeń i praktyk, w których farmaceutyki grają wiodącą rolę (Witeska-Młynarczyk 2012: 500).

Antropologia farmaceutyków daje możliwość badania relacji pomiędzy symbolami a ekonomią polityczną. Michael Oldani (2004), na podstawie badań etnograficznych, a zwłaszcza własnych dziewięcioletnich doświadczeń na stanowisku przedstawiciela handlowego firmy farmaceutycznej, opisał „cykl wymiany prezentów” między sprzedawcami, lekarzami i pacjentami w USA. Przedstawiciele firm, po nawiązaniu kontaktu z lekarzami, stosując różnorodne gratyfikacje (kupony na bezpłatną kawę, długopisy, zegarki) dążyli do uzyskania większej sprzedaży danego produktu i wypełnienia własnych zobowiązań wobec pracodawcy, a tym samym uzyskania bonusów w postaci premii, wakacji dla rodziny czy sprzętu elektronicznego. Mimo że pacjenci nie uczestniczą w spotkaniach lekarzy i przedstawicieli firm, są niezbędni w cyklu wymiany jako potencjalni konsumenci leków. Dla przemysłu farmaceutycznego są tym cenniejsi, im więcej leków przyjmują, zwłaszcza długotrwale (Oldani 2004: 333-338). Rozwój przemysłu farmaceutycznego i jego dochody związane są również ze zmianami w opiece medycznej i pojawieniem się nowych jednostek chorobowych w międzynarodowej klasyfikacji chorób (International Statistical Classification of Di-

seases and Related Health Problems). Takie rozwiązania systemowe prowadzić mogą do nadużyć. Przykładem jest postępująca, związana z interesami firm farmaceutycznych, medykalizacja ADHD i depresji dziecięcej<sup>13</sup>.

Przedstawiciele amerykańskich i europejskich firm farmaceutycznych, dążąc do obniżenia kosztów, decydują się na prowadzenie badań klinicznych w krajach o niższych dochodach. Wybór ten motywowany jest także mniejszą liczbą regulacji prawnych (lub ich brakiem) i kryterium biologicznym (dostęp do *naive populations*, to znaczy pacjentów, którzy nie zażywali dotąd żadnych leków z grupy testowanych). Oznacza to, że wytwarzanie nowych leków oparte jest na testach przeprowadzanych na ludziach żyjących w innych warunkach niż potencjalni konsumenci. Farmaceutyki najczęściej nie są dostępne pacjentom w krajach, w których były testowane (Lock, Nguyen 2010: 189-190). Nierówności stają się wyraźnie widoczne w sytuacji, w której udział w testach klinicznych jest jedynym sposobem uzyskania dostępu do leków. Pojawia się też problem świadomej zgody na udział w prowadzonych testach i świadomości konsekwencji zażywania nowych leków.

Adriana Petryna (2005) używa pojęcia „etyczna zmienność” (*ethical variability*), aby pokazać wymiar etyczny procesu badań klinicznych. Antropolożka porusza takie kwestie, jak: sposoby zachęcania pacjentów do udziału w próbach; podawanie placebo, mimo że choroba jest zdiagnozowana; zaprzestanie leczenia po zakończeniu prób; brak możliwości działań prawnych ze strony pacjentów (często skrajnie biednych) w przypadku negatywnych konsekwencji testów. Istotny przełom w debatach nad etycznymi aspektami badań klinicznych nastąpił po kontrowersjach związanych z testowaniem w 1994 roku azydotymidyny (AZT) jako leku zapobiegającego transmisji HIV z matki na dziecko w okresie okołoporodowym, gdy kontrolnie stosowano placebo w sytuacji realnego zagrożenia (Farmer 2003: 199). W rezultacie, w 2000 roku w poprawce do Deklaracji Helsińskiej wprowadzono zakaz stosowania kuracji placebo, jeśli określone są standardy leczenia<sup>14</sup>. Jednakże amerykańska Federalna Administracja Leków (Federal Drug Administration, FDA) uznała, iż inne dokumenty międzynarodowe zezwalające na używanie placebo pozostają w mocy. Testowanie leków na nieświadomych pacjentach miało czasem tragiczny skutek – na przykład użycie leku Trovan w Nigerii w 1996 roku przez Pfizer Inc. spowodowało śmierć 11 dzieci (Petryna 2005: 188-190). Interesy firm farmaceutycznych i nadzorujących agencji dążących do uzyskania bezpiecznych leków jak najniższym kosztem powodują, że takie sytuacje mają miejsce.

---

<sup>13</sup> Zob. *Medicating Kids, The Medicated Child*, <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/health-science-technology/> (25.01.2013).

<sup>14</sup> Deklaracja Helsińska to dokument stworzony przez World Medical Association (Światowe Stowarzyszenie Medyczne), określający zasady przeprowadzania badań medycznych z udziałem ludzi, podpisany w 1964 r. Najnowszą wersję przyjęto w 2008 r. w Seulu.

Liczby dotyczące badań klinicznych prowadzonych na świecie są bardzo rozbieżne, podobnie jak dane o krajach, w których takie badania się odbywają (Petryna 2009: 3). Wiadomo, że ze względu na niskie koszty, liczebność populacji<sup>15</sup> i brak wcześniejszej ekspozycji na testowane substancje, badania najczęściej przeprowadzono w krajach afrykańskich i południowoazjatyckich. W ostatnich dekadach rozwinął się rynek badań w Ameryce Południowej (zwłaszcza w Brazylii) i Europie Wschodniej (Rosja, Polska). Pomiędzy 1995 a 2006 rokiem najbardziej wzrosła liczba testów w Rosji, Argentynie, Indiach, Polsce, Brazylii i Chinach (Petryna 2009: 13). Jest to zjawisko o dużej skali, lecz nadal słabo zbadane.

### *Nowe technologie biomedyczne*

Tworzenie i przemiana ciała ludzkiego lub jego części za pomocą nowych technologii to jeden z ciekawszych wątków współczesnych studiów antropologicznych. Antropologiczne interpretacje nowych technologii nawiązują najczęściej do pojęcia biowładzy (*biopower*). W Foucaultowskim podejściu do technologii biomedycznych przedmiotem badania jest proces ich wytwarzania, dystrybucji i stosowania, rozpatrywany w kontekście interesów globalnych i narodowych (biznes, przemysł, środowiska medyczne, rządy i organizacje pozarządowe), z czasem rozszerzony o doświadczenia osób, które korzystały z tych technologii. W ostatnich latach w badaniach antropologicznych uwzględniono element podmiotowości i sprawczości pacjentów korzystających z technologii – skala postaw rozciąga się od pełnego wiary korzystania, pragmatycznej akceptacji lub odrzucenia, do ironicznego zdystansowania (Lock, Young, Cambrosio, eds., 2000).

Wprowadzanie nowych rozwiązań technologicznych w biomedycynie w postaci różnego rodzaju testów oznacza uznanie konieczności stałego i regularnego badania, a przez to nadzorowania ciała. Jak pokazuje Patricia Kaufert, debaty wokół badań cytologicznych i mammografii – metod diagnostycznych służących wykryciu raka szyjki macicy i raka piersi, dotyczą, z jednej strony, kwestii okresu przeżycia, kalkulacji ryzyka, kosztów i efektywności, z drugiej zaś – emocji, strachu, winy i śmierci. Radiolodzy, onkolodzy, producenci aparatury i urzędnicy, polegając na statystykach, przekonują kobiety do badań, które mogą ujawnić potencjalne zagrożenie (Kaufert 2000: 166). Umożliwiają one jednak wykrycie nielicznych przypadków zagrożenia chorobą, tymczasem poddające się testom kobiety doświadczają przemiany podejścia do własnego ciała i osoby oraz strachu przed chorobą. Podobnie pytania o zasadność i wymiar etyczny badań genetycznych przeprowadzanych w USA na noworodkach (testy przesiewowe), postawili Stefan Timmermans i Mara Buchbinder, autorzy książki *Saving Babies?* (2013).

---

<sup>15</sup> Badania kliniczne obejmują 4 etapy, etap 3 wymaga testów na 1-3 tys. osób (Petryna 2009: 12).

Ten promowany przez administrację państwową program ma na celu wczesne wykrywanie poważnych schorzeń (test obejmuje ponad 50 chorób genetycznych) i umożliwienie jak najwcześniejszego rozpoczęcia leczenia. Jednak częste błędy diagnostyczne powodują, że rodzice muszą nieraz niepotrzebnie zmierzyć się z informacją o chorobie dziecka, która okazuje się mylna. Na podstawie badań etnograficznych przeprowadzonych w jednej z kalifornijskich klinik, autorzy opisują zmiany, jakie dokonują się w sposobie przeżywania wczesnego dzieciństwa i rozumienia procesów rozwojowych własnego potomstwa pod wpływem nowych technologii (Timmermans, Buchbinder 2013).

Zmiany zachodzące w relacji między matką i dzieckiem opisuje Janelle Taylor (2008), analizując proces włączania technologii ultrasonograficznej w amerykańską kulturę konsumpcyjną. Interesujące jest wykorzystanie ultrasonografu – nazywanego przez Taylor „maszyną miłości” (*love machine*) – do stworzenia więzi między matkami i ich nienarodzonymi dziećmi, między innymi w klinikach antyaborcyjnych, których pracownicy z użyciem nowych technologii zaszczepiają ideologię *pro-life*. Technologia USG nie pełni jedynie funkcji diagnostycznych; zdjęcia stały się dobrem konsumpcyjnym – „pamiątką”. Inny przykład ingerencji technologii medycznych w życie rodzin przedstawia Elisabeth Smith (2012), badająca praktyki sztucznej laktacji w rodzinach adopcyjnych w Egipcie. Ukazuje ona, jak stymulowanie laktacji w przychodniach laktacyjnych (poprzez użycie leków, laktatorów, przystawianie do piersi noworodka) cementuje i legitymizuje relację pomiędzy matką adopcyjną i dzieckiem. Źródłem tej praktyki jest charakterystyczne dla kręgu kultur islamu przekonanie o tym, że karmienie piersią niespokrewnionego dziecka prowadzi do powstania specjalnej relacji pokrewieństwa (tzw. mleczne pokrewieństwo, ang. *milk kinship*), która w oczach bezdzietnych rodzin i szerszej społeczności jest traktowana jako „naturalna”.

Margaret Lock z kolei, w pracach opartych na badaniach etnograficznych prowadzonych w Japonii i Ameryce Północnej, analizuje sposób, w jaki technologie biomedyczne i intensywne terapie rozwinięte w ostatnich kilkudziesięciu latach wpłynęły na rozumienie granic między życiem a śmiercią, naturą i kulturą. Badaczka przedstawia transplantacje organów jako powiązanie możliwości medycyny (np. do utrzymania funkcji ciała mimo zniszczenia mózgu), rozwiązań prawnych stosowanych w danym kraju, systemów wartości przyjmowanych w społeczeństwie i procesu utowarowienia ciała. Lock (2002: 2-3) wskazuje, między innymi, że kwestia rozumienia śmierci mózgu wywołuje odmienne debaty w różnych krajach i kulturach.

Obszar badań antropologicznych dotyczących nowych technologii prowokuje wiele istotnych pytań, między innymi o definicje życia i śmierci. Stosowanie współczesnych osiągnięć technologicznych w transplantacji organów, badaniach genetycznych, leczeniu niepłodności (*in vitro* i in.) i wielu innych terapiach prowadzi do rozważań dotyczących prawnych, społecznych, etycznych, religijnych, ekonomicznych i politycznych aspektów leczenia. Przedstawione przykłady

badań etnograficznych ukazują szeroki zakres ciekawego i złożonego pola badawczego. Z pewnością będzie to jeden z najszybciej rozwijających się wątków tematycznych antropologii medycznej.

## Podsumowanie

Praktyki dotyczące zdrowia, choroby i leczenia badane przez etnologów ewoluują w czasie, wraz ze zmieniającą się rzeczywistością polityczno-społeczną. Celem antropologii medycznej było i jest ich zrozumienie, interpretacja i etnograficzna reprezentacja. Ze względu na wymiar praktyczny i wpływ nurtu krytycznego na kształt subdyscypliny, antropologia medyczna stała się jednak czymś więcej niż tylko obszarem naukowej eksploracji pewnego fenomenu. Antropolodzy medyczni stoją szczególnie blisko współczesnego człowieka, jego cierpienia, lęków i pragnień. Często pośredniczą pomiędzy obszarem lokalnym (pacjenci i narodowe systemy opieki zdrowotnej) i globalnym (programy i działania organizacji międzynarodowych) czy też indywidualnym i instytucjonalnym. Bardzo często są zaangażowani w demaskowanie złych praktyk i planowanie nowych, bardziej humanitarnych rozwiązań.

Współczesne wyzwania, przed którymi stoi biomedyczny model opieki zdrowotnej wydają się bardzo poważne. Ludzie poszukują spersonalizowanej terapii i służby zdrowia, która nie jest zdominowana przez bezosobową technologię i podejście ignorujące podmiotowość pacjenta. Postępująca dominacja kapitalizmu w sferze ochrony zdrowia i lecznictwa powoduje, że lekarze coraz częściej konkurują o pacjentów, a pacjenci działają jak konsumenci praktyk zdrowotnych i medykamentów. Nowe role społeczne, zmiany w strukturze rodziny, współczesne epidemie czy nowe technologie – to zaledwie kilka aspektów dynamicznie zmieniającego się świata, które mają wpływ na kształt ludzkich potrzeb związanych ze zdrowiem. Antropolodzy medyczni śledzą lokalną specyfikę tych globalnych procesów. Głównym wyzwaniem globalnym jest redukcja biedy i nierówności w zakresie zdrowia i leczenia (Lock, Nguyen 2010: 2). W wymiarze stosowanym, przedstawiciele subdyscypliny skupiają się na stworzeniu bardziej efektywnej i powszechnie dostępnej opieki medycznej. Pragną też przyczynić się do lepszego zrozumienia świata pacjenta oraz pomóc leczącym krytycznie spojrzeć na model opieki, który reprezentują.

Antropologia medyczna przeciera swój szlak od blisko pół wieku. Jeśli przyjrzymy się współczesnym społeczeństwom, dla których ciało, zdrowie i choroba stały się istotnym aspektem procesów kulturowych, nieprzesadzone wydaje się stwierdzenie, że weszła ona w fazę bardzo dynamicznego rozwoju.

**Słowa kluczowe:** antropologia medyczna, medykalizacja, pluralizm medyczny, farmaceutyki, technologie biomedyczne, turystyka medyczna, zdrowie globalne

## LITERATURA

- Ackerman S.  
2010 *Plastic Paradise: Transforming Bodies and Selves in Costa Rica's Cosmetic Surgery Tourism Industry*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 29: 4, s. 403-423.
- Adams V., Novotny T., Leslie H.  
2008 *Global Health Diplomacy*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 27: 4, s. 315-323.
- Balen van F., Inhorn M.C.  
2002 *Introduction. Interpreting Infertility: A View from the Social Sciences*, w: M.C. Inhorn, F. van Balen (eds.), *Infertility around the Globe. New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*, Berkeley, Los Angeles: University of California Press, s. 3-32.
- Baer H.  
1982 *On the Political Economy of Health*, „Medical Anthropology Newsletter” 14: 1, s. 1-2, 13-17.
- Baer H., Singer M., Susser I.  
2003 *Medical Anthropology and the World System*, Westport: Praeger.
- Beck U.  
1992 *Risk Society, Towards a New Modernity*, London: Sage Publications.
- Becker G.  
2004 *Phenomenology of Health and Illness*, w: C. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, New York, Boston, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publisher, s. 125-136.
- Biehl J.  
2005 *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley: University of California Press.
- Biehl J., Locke P.  
2010 *Deleuze and the Anthropology of Becoming*, „Current Anthropology” 51: 3, s. 317-351.
- Briggs Ch., Nichter M.  
2009 *Biocommunicability and the Biopolitics of Pandemic Threats*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 28: 3, s. 189-198.
- Browner C.H., Sargent S. (eds.)  
2011 *Reproduction, Globalization and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*, Durham: Duke University Press.
- Buzinde Ch.N., Yarnal C.  
2012 *Therapeutic Landscapes and Postcolonial Theory: A Theoretical Approach to Medical Tourism*, „Social Science and Medicine” 74: 5, s. 783-787.
- Csordas T.J.  
1994 *Introduction: The Body as Representation and Being-in-the-World*, w: T.J. Csordas (ed.), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, New York: Cambridge University Press, s. 1-26.

- 2011 *Cultural Phenomenology. Embodiment: Agency, Sexual Difference, and Illness*, w: F.E. Mascia-Lees (ed.), *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*, Oxford: Wiley-Blackwell, s. 137-156.
- Farmer P.  
2003 *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley: University of California Press.
- 2012 *Kobiety, bieda i AIDS*, w: A. Kościańska (red.), *Antropologia seksualności. Teoria, etnografia, zastosowanie*, przeł. M. Petryk, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 243-277.
- Fassin D.  
2007 *When Bodies Remember. Experiences and Politics of AIDS in South Africa*, Berkeley: University of California Press.
- Frank A.  
1995 *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*, Chicago: Chicago University Press.
- Geest van der S., Whyte S.R., Hardon A.  
1996 *The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach*, „Annual Review of Anthropology” 25, s. 153-178.
- Giddens A.  
2001 *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Good B.J.  
1994 *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good B.J., Fischer M.J., Willen S.S., DelVecchio Good M.-J.  
2010 *Introduction*, w: B.J. Good, M.J. Fischer, S.S. Willen, M.-J. DelVecchio Good (eds.), *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, Malden, Oxford, Chichester: Wiley-Blackwell, s. 1-6.
- Green L.  
2011 *The Nobodies: Neoliberalism, Violence, and Migration*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness”, Special Issue: *Structural Vulnerability: Latino Migrants in the United States*, 30: 4, s. 366-385.
- Greenhalgh S.  
2008 *Just One Child: Science and Policy in Deng's China*, Berkeley: University of California Press.
- Greenhalgh T., Hurwitz B. (eds.)  
1998 *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, London: BMJ Books.
- Hahn R.  
1995 *Sickness and Healing: An Anthropological Perspective*, New Heaven, CT: Yale University Press.
- Han C.  
2012 *Life in Debt: Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*, Berkeley: University of California Press.

- Helman C.  
2001 *Culture, Health, and Illness: An Introduction for Health Professionals*, 4<sup>th</sup> ed., London: Arnold.
- Hurwitz B., Greenhalgh T., Skultans V.  
2004 *Introduction*, w: B. Hurwitz, T. Greenhalgh, V. Skultans (eds.), *Narrative Research in Health and Illness*, Oxford: Blackwell Publishing, s. 1-20.
- Im E.-O., Yang K.  
2006 *Theories on Immigrant Women's Health*, „Health Care for Women International” 27: 8, s. 666-681.
- Johannessen H.  
2006 *Introduction: Body and Self in Medical Pluralism*, w: H. Johannessen, I. Lázár (eds.), *Multiple Medical Realities: Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, New York, Oxford: Berghahn Books, s. 1-21.
- Kangas B.  
2007 *Hope from Abroad in the International Medical Travel of Yemeni Patients*, „Anthropology and Medicine” 14: 3, s. 293-305.
- Kaufert P.  
2000 *Screening the Body: The Pap Smear and the Mammogram*, w: M. Lock, A. Young, A. Cambrosio (eds.), *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 165-183.
- Kirmayer L.  
2012 *Revisioning Psychiatry: Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*, wykład wygłoszony w University of Chicago, <http://somatosphere.net/2012/11/laurence-kirmayer-revisioning-psychiatry-cultural-phenomenology-critical-neuroscience-and-global-mental-health.html> (07.01.2013).
- Kleinman A.  
1988 *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*, New York: Basic Books.
- Kleinman A., Seeman D.  
2000 *Personal Experience of Illness*, w: G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick, S.C. Scrimshaw (eds.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London: Sage Publications, s. 230-242.
- Kościańska A. (red.)  
2012 *Antropologia seksualności. Teoria, etnografia, zastosowanie*, przeł. M. Petryk, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Launer J.  
2002 *Narrative Based Primary Care: A Practical Guide*, Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Lock M.  
2002 *Twice Dead. Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Lock M., Nguyen V.-K.  
2010 *An Anthropology of Biomedicine*, Chichester: Wiley-Blackwell.

- Lock M., Nichter M.  
2002 *Introduction. From Documenting Medical Pluralism to Critical Interpretations of Globalized Health Knowledge, Policies, and Practices*, w: M. Nichter, M. Lock (eds.) *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*, New York: Routledge, s. 1-34.
- Lock M., Young A., Cambrosio A. (eds.)  
2000 *Living and Working with the New Medical Technologies. Intersections of Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Main I.  
2012 *Sieci migracyjne a strategie korzystania z opieki medycznej polskich migrantek w Barcelonie i Londynie*, referat wygłoszony na konferencji: „Współczesne migracje i ich konsekwencje w perspektywie interdyscyplinarnej: między izolacją a integracją”, Będlewo k. Poznania, 25 maja.
- Martin E.  
1994 *Flexible Bodies: Tracking Immunity in America from the Days of Polio to the Age of AIDS*, Boston, MA: Beacon Press.
- Mattingly Ch.  
2004 *Performance Narratives in the Clinical World*, w: B. Hurwitz, T. Greenhalgh, V. Skultans (eds.), *Narrative Research in Health and Illness*, Oxford: Blackwell Publishing, s. 73-94.
- McElroy A., Townsend P.  
1996 *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, Boulder, CO: Westview Press.
- Oldani M.  
2004 *Thick Prescriptions: Toward an Interpretation of Pharmaceutical Sales Practices*, „Medical Anthropology Quarterly” 18: 3, s. 325-356.
- Penkala-Gawęcka D.  
2007 *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze*, w: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, s. 219-241.
- Petryna A.  
2005 *Ethical Variability: Drug Development and Globalizing Clinical Trials*, „American Ethnologist” 32: 2, s. 183-197.  
2009 *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*, Princeton: Princeton University Press.
- Quesada J., Hart K.L., Bourgois P.  
2011 *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 30: 4, s. 339-362.
- Radkowska-Walkowicz M.  
2011 *Blastusie i syndrom. Rola języka naukowego w polskiej debacie o in vitro*, w: T. Rakowski, A. Malewska-Szałygin (red.), *Humanistyka i dominacja. Oddolne doświadczenia społeczne w perspektywie zewnętrznych rozpoznaw*, Warszawa: Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Warszawskiego, s. 294-317.

Rakowski T.

- 2010 *Antropologia w klinice. Historie choroby – historie życia – próby interpretacji*, w: D. Penkala-Gawęcka (red.), *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, Poznań: Biblioteka Telgte Wydawnictwo, s. 143-158.

Scheper-Hughes N.

- 1990 *Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology*, „Social Science and Medicine” 30: 2, s. 189-97.
- 1992 *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brasil*, Berkeley: California University Press.

Singer M.

- 1995 *Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology*, „Medical Anthropology Quarterly” 9: 1, s. 80-106.

Slaby J.

- 2012 *Critical Neuroscience: A Handbook of the Social and Cultural Context of Neuroscience*, Chichester: Blackwell Publishing.

Smith E.A.

- 2012 *Creating Milk Kin via Induced Lactation: New Kinship Ties to Reduce Social Risks of Adoption in Egypt*, referat wygłoszony na konferencji American Anthropological Association, San Francisco, 16 listopada.

Sobo E.

- 2004 *Theoretical and Applied Issues in Cross-Cultural Health Research: Key Concepts and Controversies*, w: C. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, New York, Boston, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers, s. 3-10.
- 2009 *Medical Travel: What It Means, Why It Matters*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 28: 4, s. 326-335.

Taylor J.S.

- 2008 *The Public Life of the Fetal Sonogram: Technology, Consumption and the Politics of Reproduction*, New Brunswick: Rutgers University Press.

Ticktin M.

- 2011 *Causalities of Care. Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*, Berkeley: University of California Press.

Timmermans S., Buchbinder M.

- 2013 *Saving Babies? The Consequences of Newborn Genetic Screening*, Chicago: University of Chicago Press.

Wądołowska A.

- 2012 *Perspektywa antropologii kulturowej w badaniach nad zdrowiem reprodukcyjnym*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.), *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań: Biblioteka Telgte Wydawnictwo, s. 175-88.

Whittaker A., Manderson L., Cartwright L.

- 2010 *Patients without Borders: Understanding Medical Travel*, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 29: 4, s. 336-343.

- Whittaker A., Speier A.  
2010 „Cycling Overseas”: Care, Commodification, and Stratification in Cross-Border Reproductive Travel, „Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness” 29: 4, s. 363-383.
- Wierciński H.  
2012 *Amazonki na wojennej ścieżce – w jaki sposób narracją o działaniu i działaniem o charakterze narracji można pokonać raka?*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.), *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań: Biblioteka Telgte Wydawnictwo, s. 77-90.
- Witeska-Młynarczyk A.  
2012 *Why and How to Include Anthropological Perspective into Multidisciplinary Research in the Polish Health System*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” 19: 3, s. 497-501.
- Womack M.  
2010 *The Anthropology of Health and Healing*, Plymouth: AltaMira Press.
- Zigon J.  
2010 „HIV is God's Blessing”: *Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, Berkeley: University of California Press.

Źródła internetowe:

- Medicating Kids, The Medicated Child*, <http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/health-science-technology/> (25.01.2013).
- [http://www.gp-training.net/training/communication\\_skills/consultation/narrative\\_launer.htm](http://www.gp-training.net/training/communication_skills/consultation/narrative_launer.htm) (20.01.2013).
- <http://anthropology.berkeley.edu/users/nancy-scheper-hughes> (15.01.2013).
- <https://partnersinhealth.zendesk.com/home> (15.01.2013).

Izabella Main, Anna Witeska-Młynarczyk

MEDICAL ANTHROPOLOGY TODAY. AN OUTLINE OF THE FIELD  
AND RESEARCH PERSPECTIVES

(Summary)

The article introduces contemporary medical anthropology. It describes the key concepts used by anthropologists to analyse practices related to health, sickness and healing. It examines the main approaches (interpretative approach, critical approach and cultural phenomenology) and follows the methodological trend of combining micro and macro levels in one analysis. The authors show both academic and applied aspects of the young subdiscipline. They examine contemporarily researched topics like: global health, medical tourism, medical trials or new medical technologies. They sketch a picture of an important and dynamically evolving area of anthropological research.

**Key words:** medical anthropology, medicalisation, medical pluralism, pharmaceuticals, biomedical technologies, medical tourism, global health