

WIEDZA MEDYCZNA JAKO PRZEDMIOT BADAŃ W RAMACH SOCJOLOGII MEDYCZYNY I SOCJOLOGII WIEDZY

Michał Nowakowski

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

Wiedza medyczna przez długi czas nie stanowiła przedmiotu badań socjologów medycyny. Wynikało to z ich przekonania, że medycyna jako nauka przyrodnicza zajmuje się faktami natury, które nie podlegają tezie o społecznej determinacji wiedzy. Celem artykułu jest pokazanie, w jaki sposób przemiany w obrębie socjologii wiedzy, mianowicie powstanie tzw. mocnego programu socjologii wiedzy i społecznego konstrukcjonizmu, umożliwiły powstanie krytycznej socjologii medycyny, która uznała za uprawnione badanie instytucji medycyny i wiedzy medycznej opartej głównie na tzw. modelu biomedycznym.

Słowa kluczowe: *socjologia wiedzy, socjologia medycyny, wiedza medyczna, medykalizacja.*

MEDYCZYNA POZA KONTROLĄ

Socjologia wiedzy to pewna tradycja intelektualna, subdyscyplina socjologii¹, której przedmiotem zainteresowania jest różnego rodzaju wiedza (nie tylko naukowa). Józef Niżnik rozumie ją jako „zawartość naszych umysłów, która zapewnia nam orientację w rzeczywistości oraz stanowi podstawę naszych działań” (Niżnik 1989: 9). To, „co wiemy”, „jak poznajemy”, zależy od okoliczności najróżniejszego typu, a socjologia wiedzy stara się owe okoliczności zidentyfikować i zrozumieć to, w jaki sposób przesądzają one o charakterze naszego poznania. Niżnik dodaje, że socjologia wiedzy zajmuje się wzajemnymi związkami między myślą a społeczeństwem (1989: 10). Twórca socjologii wiedzy, Max Scheler, łączył ją z socjologią kultury, której miała być częścią (Scheler 1990 [1924]: 3). Jednak na kształt tej subdyscypliny znaczący wpływ wywarła przede wszystkim publikacja pracy *Ideologia i utopia* Karla Mannheim (2008 [1929]), który wiedzę potraktował jako pochodną ideologii. Stało się tak ponieważ prace

¹ Józef Niżnik zastrzega jednak, że status subdyscypliny wcale nie jest jednoznaczny (1989: 9).

Schelera w krajach anglosaskich nie były po prostu znane aż do lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku (Machnikowski 1996: 8). Niżnik jednakże zauważa, że te dwa punkty wyjścia, wyznaczając główne nurty we współczesnej socjologii wiedzy, które oczywiście nie wykluczają się wzajemnie, różni odmienne rozłożenie akcentów, przy czym „...pierwszy nurt skłania raczej do rozwijania problematyki związanej ze społeczną różnorodnością systemów myśli, ten drugi zwraca uwagę swą ideą deformacji wiedzy, zainteresowaniem zafałszowaniami myśli itd.” (Ibid: 10).

Edmund Mokrzycki zauważa, że w początkach socjologii wiedzy, w jej klasycznym ujęciu tkwi pewna niejasność. Analizując dorobek prekursorów socjologii wiedzy (Marks, Durkheim, Scheler), wydaje się, że wypowiadali oni swoje tezy w odniesieniu do wszelkiej wiedzy, w tym nauki typu *science*. Jednak w pracy Mannheima *Ideologia i utopia* nauki przyrodnicze, oparte na neokantowskiej dychotomii (świat natury *versus* świat kultury) są przypadkiem szczególnym i nie podlegają tezie o społecznej determinacji wiedzy. Z drugiej strony, pisze Mokrzycki: „...przesłanki merytoryczne ugruntowane w najbardziej fundamentalnych założeniach socjologicznego ujęcia wiedzy nie dawały podstaw do szczególnego traktowania nauki w wąskim sensie, przesłanki pozamerytoryczne (obiegowe oceny zbieżne z epistemologicznymi konsekwencjami pozytywizmu) kazały w tak pojętej nauce (i bezstronnej inteligencji) szukać gwaranta wartości, które socjologia wiedzy – jak się wówczas wydawało – podważała”. Innymi słowy, „...specjalny status nauki w wąskim sensie ma u Mannheima sankcję społeczną raczej niż merytoryczną, jest bardziej ustępstwem na rzecz obiegowej opinii, niż integralną częścią głoszonych poglądów” (za: Mokrzycki 1993: X-XI). Następcy Mannheima (m.in. Werner Stark i Robert Merton), czyniąc z socjologii wiedzy dyscyplinę akademicką, utrzymali ten podział. Stark, autor książki *Sociology of Knowledge*, stwierdził że „fakty natury” są czymś zasadniczo odmiennym od „faktów społecznych”, gdyż mimo ewolucji natura jest względnie niezmienna, a badacz ma do czynienia praktycznie z tą samą rzeczywistością. W przeciwieństwie do niej, rzeczywistość społeczna podlega ciągłym zmianom, bowiem „fakty społeczne” są stale na nowo przez członków społeczeństwa tworzone. Rozwój wiedzy społecznej, dokonujący się pod wpływem zmiennych historycznie wartości, nie może mieć zatem charakteru kumulatywnego (w odróżnieniu od przyrodoznawstwa). Nauka w rozumieniu *science* jest przez Starka wyłączana ze sfery możliwej relatywizacji. Socjologia wiedzy może, według niego, zajmować się przyrodoznawstwem, genezą wiedzy naukowej, wpływem czynników społecznych na historię odkryć naukowych, ale nie może badać społecznych uwarunkowań samej treści wiedzy naukowej, gdyż nad „faktami natury” człowiek nie ma kontroli (Stark 1958 za: Mokrzycki 1993: XIII-XIV). Mokrzycki określa Starka jako wyznawcę „popularnego do dziś wśród socjologów »podręcznikowego indukcyjizmu« z jego naiwnym realizmem, wiarą w istnienie teoretycznie neutralnych faktów, aksjologicznie nieskażonej obserwacji, korespondencyjną teorią prawdy, kumulatywną koncepcją teorii itd.”. Postmannheimowska socjologia wiedzy, według niego, adaptując się do akademickich standardów socjologii anglosaskiej, prowadzić miała do zaprzepaszczenia teoretycznego przesłania *Wissenssociologie*, wskutek czego „...z socjologii wiedzy pozostała empiryczna – w obiegowym, pozytywistycznym sensie – socjologia nauki i dziedzin pokrewnych (Mokrzycki 1993: XIII-XIV).

Powyżej zarysowane samoograniczenie się socjologii wiedzy w dużym stopniu tłumaczy, dlaczego medycyna rozumiana jako instytucja społeczna stała się przedmiotem zainteresowania socjologów stosunkowo późno. Jeszcze później przedmiotem analizy socjologicznej stała się

wiedza medyczna. Jeśli biomedycynę potraktujemy jako naukę typu *science*, to tak rozumiana socjologia wiedzy w zasadzie nie ma „uprawnień” do badań społecznych uwarunkowań wiedzy medycznej. Socjologowie medycyny mogą z tej perspektywy zajmować się jedynie wyszukiwaniem jej „nienaukowych” elementów. Początkowo traktowano medycynę na gruncie socjologii głównie jako przedmiot badań, na podstawie którego można było weryfikować „ogólnosocjologiczne” hipotezy. Najbardziej znanymi autorami, którzy reprezentują to podejście, są Talcott Parsons oraz Robert Merton. Pierwszy z nich zilustrował swoją kompleksową teorię społeczną, korzystając z przykładu medycyny traktowanej jako jednej z instytucji społecznych pełniącej funkcję kontrolną oraz koncepcji choroby jako nadzorowanej dewiacji społecznej (1951). Robert Merton z kolei, badając system kształcenia studentów medycyny, stworzył model socjalizacji do roli profesjonalnej (1957 za: Sokołowska 1976: 313-314). Jak zauważa Sokołowska (Ibid: 314), dopiero Eliot Freidson, socjolog kolejnej generacji, odszedł od analizowania medycyny jako przykładu służącego opisowi instytucji społecznych, ale zainteresował się nią „jako taką”. W tomie *Profession of Medicine* (1970) rozwija on koncepcję pozostającą poza kontrolą społeczną „profesji medycznej” oraz konfliktowej relacji lekarz-pacjent, w której spotykają się dwa oddzielne systemy społeczne. Podejście to różni się od koncepcji Parsonsa, według którego relacje lekarza i pacjenta są elementem integralnego i funkcjonalnego systemu homeostatycznego (za: Sokołowska 2009: 26). Freidson chorobę ukazał ponadto jako formę społecznie konstruowanej dewiacji, co umożliwiło ekspansję medycyny na niezmedykalizowane do tej pory sfery życia (za: Davis 2010: 52). Poruszone przez tego autora wątki stały się klasycznym obszarem badań dla dziś już mocno ustabilizowanej subdyscypliny, jaką jest socjologia medycyny.

Barbara Uramowska-Żyto stwierdza, że brak krytycznych analiz samej wiedzy medycznej może być rezultatem utrzymywania się wśród nich (i reszty społeczeństwa) wiary w szczególną efektywność medycyny oraz jej swoistość, „hermetyczność” i „świętość”. Ponadto takie badania utrudniał fakt, iż socjologowie wychowywani w duchu pozytywistycznym i racjonalistycznym musieli dostrzegać w medycynie te same, podzielane przez nich wartości (Uramowska-Żyto 1992: 22). Pierwszym wyłomem miała być klasyczna praca *The Social System* Parsonsa, w której choroba została zdefiniowana nie tylko jako patologiczny stan organizmu, ale również jako dewiacyjna rola społeczna. Takie podejście otworzyło przed socjologami możliwości opisu zdrowia i choroby jako określonego stopnia funkcjonowania społecznego (Ibid: 22-23). Innymi słowy, Parsons, a później również Freidson, skonstruowali odrębne od medycznego spojrzenie na chorobę oraz funkcjonowanie medycyny. Jednak funkcjonalna teoria Parsonsa ma pewne ograniczenie: analizując społeczną rolę chorego, automatycznie i bezkrytycznie przyjmowana jest perspektywa medyczna. W takim ujęciu zarówno wiedza medyczna, jak i wiedza laików nie jest przedmiotem badań socjologów medycyny. Wynika z tego, że Parsons całkowicie „polega” na lekarzach i przyjmuje ich biologiczną, naturalistyczną definicję choroby (Bury 1986: 139; Uramowska-Żyto 1992: 24-25, 30). W ten sposób uznaje on, że w medycynie istnieją odrębne obszary: biologiczny (obiektywny) i społeczny (odpowiedni przedmiot socjologicznych analiz).

Z kolei Eliot Freidson, który jako pierwszy zastosował socjologię wiedzy do analizy profesji medycznej, rozróżnił cztery rodzaje wiedzy medycznej (Freidson 1970 za: Uramowska-Żyto 1992: 28-29):

1. Podstawowe koncepcje i twierdzenia teoretyczne, wywodzące się z wiedzy empirycznej, które za Thomasem Kuhnem można nazwać paradygmatami;
2. Wiedzę o organizmie, cechach charakterystycznych dla stanów patolo-

- gicznych oraz metodach ich leczenia;
3. Określone twierdzenia oparte na profesjonalnych koncepcjach patologii, nazywających pewne stany fizyczne bądź psychiczne chorobą (wiedza jest tutaj swego rodzaju oceną tego, co jest normalnym lub optymalnym funkcjonowaniem jednostki);
 4. Nieskodyfikowane, empirycznie trudno weryfikowalne zawodowe obyczaje, sztuka lekarska, wynikająca z praktycznych, klinicznych doświadczeń.

Jedynie dwa pierwsze rodzaje medycznej wiedzy są dla Freidsona *stricte* wiedzą naukową. Z tego względu, początkowa refleksja socjologiczna dotyczyła jedynie wiedzy medycznej opisanej w punkcie trzecim i czwartym. Współcześnie socjologowie medycyny uprawiają socjologię, którą Michael Bury nazywał „post-freidsonowską” (Bury 1986: 140), wyzbywszy się oporów przed poddawaniem analizie całości wiedzy medycznej. Próby tego typu umożliwiło pojawienie się tzw. „mocnego programu” socjologii wiedzy oraz nurtu społeczno-konstrukcjonistycznego.

KRYTYKA MODELU BIOMEDYCZNEGO. WIEDZA MEDYCZNA STAJE SIĘ PRZEDMIOTEM OCENY SOCJOLOGII

Stworzenie „mocnego programu” socjologii wiedzy, zdaniem Mokrzyckiego, jest w istocie powrotem do pierwotnych tez wysuwanych przez prekursorów tej subdyscypliny. Jej radykalizm ujawnia się wówczas, gdy punktem odniesienia stają się prace bezpośrednich poprzedników, a zanika, gdy umiejscowimy je w kontekście całej historii socjologii wiedzy. Twórcy „mocnego programu” z tzw. szkoły edynburskiej, Barry Barnes i David Bloor, porzucają odmienne traktowanie obiektywnych „faktów natury” zarezerwowanych dla filozofii nauki z jej logicznym modelem wyjaśniania względnych „faktów społecznych”, w stosunku do których można zastosować modele historyczne z arsenału socjologii wiedzy. Autorzy ci określają się mianem relatywistów i tłumaczą, w jaki sposób należy ów relatywizm rozumieć: „Najprostszym punktem wyjścia relatywistycznych doktryn są dwa spostrzeżenia: po pierwsze, że przekonania w tej samej sprawie mogą być różne, i po drugie, to, które z tych przekonań występuje w danym przypadku, zależy od okoliczności, w jakich znajdują się jego rzecznicy”. Jednakże zawsze mamy do czynienia z trzecią jeszcze cechą relatywizmu. Wymaga on czegoś, co można nazwać „postulatem symetrii” albo „postulatem równoważności”. Owe dwa spostrzeżenia nie są jeszcze jednak oznaką, czy też dowodem, na relatywizm. Z takimi tezami zgodzą się bowiem nawet neopozytywiści. Bardziej problematyczny i często krytykowany jest natomiast „postulat symetrii”. Nie oznacza on, że „...ogólne koncepcje świata, czy to będzie światopogląd arystotelesowski, kosmologia ludów prymitywnych, czy też kosmologia Einsteina, wszystkie są w równym stopniu fałszywe albo wszystkie w równym stopniu prawdziwe”, ale że wszystkie te systemy wiedzy są równoważne ze względu na przyczyny swojej wiarygodności: „fakt ich wiarygodności traktuje się jako równie problematyczny”. Oznacza to, że socjologia wiedzy nie dokonuje ocen i nie kieruje się obiektywnymi kryteriami kwalifikującymi określone poglądy jako bardziej zasadne czy bliższe prawdzie (Barnes, Bloor 1993: 2).

Barnesa i Bloora określa się także jako konstrukcjonistów. Jednak pojęcie to jest na tyle szerokie, że należałoby dokonać bliższej jego charakterystyki. Konstrukcjonizm społeczny można potraktować jako ogólną orientację filozoficzną, którą podziela duża część socjologów wiedzy. Jak ją rozumieć? Michał Wendland określa tym mianem stanowiska filozoficzne „zgodnie z którymi, mówiąc najogólniej, człowiek nie bytuje w świecie jako danym, zastanym, gotowym, ale

raczej tworzy, buduje i konstruuje (swoj, ludzki) świat” (Wendland 2011: 21). Wspomniany autor pojęcie świata rozumie jako rzeczywistość społeczno-kulturową, nie jest to więc metafizyczny „świat w sobie”, świat jako samoistny, ontologicznie obiektywny byt wypełniony przez „nagie fakty”. Stąd też niekoniecznie konstrukcjonista jest jednocześnie zwolennikiem subiektywizmu, gdyż fakt, iż żyjemy w konstruowanych przez siebie światach, nie oznacza, że nie istnieje poza nimi rzeczywistość, której można by nadać walor obiektywności. Niemniej jednak wyjście poza skonstruowane światy jest trudne. Jak pisze przedstawiciel tego nurtu w Polsce, Andrzej Zybertowicz, wszelkie dociekania humanistyczne, ale też przyrodoznawcze, mają charakter wewnątrz-kulturowy. Zarówno hipotezy, jak i „dane” nie istnieją w ramach dwóch odrębnych porządków: „Gdy jakiś badacz sprawdza, czy hipotezy innego badacza pasują do »danych« (do »rzeczywistości«), nie konfrontuje twórców językowych z jakimiś bytami poza-językowymi (ew. nawet poza-kulturowymi); sprawdza, czy jedne grupy wypowiedzi (hipotezy) są zgodne z innymi grupami wypowiedzi (uznanymi za dane lub reprezentującymi dane). Obie grupy wypowiedzi (twierdzeń, wyobrażeń) są wytworami społecznymi, kulturowymi. Tak samo jak wytworami kulturowymi są narzędzia, za pomocą których dane są gromadzone i obrabiane. To hipotezy współwocują narzędziami, w które, jak w sieci, pewne rodzaje informacji wpadają, a inne nie; narzędzia przykrawają dane, dane produkowane wedle kulturowo kalibrowanych narzędzi. Do narzędzi takich należy na przykład statystyka – wytwór jak najbardziej kulturowy” (Zybertowicz 2001).

Na gruncie socjologii medycyny opisany powyżej powrót do tradycji *Wissenssociologie* poskutkowało poszerzeniem zakresu badań tej subdyscypliny o medyczną wiedzę naukową. Według socjologów, medycyna straciła specjalny naukowy status, który „chronił” jej dorobek przed kontrolą społeczną. Przełamali oni swoistą mentalną barierę, dzięki czemu dostrzegli nowy, obiecujący obszar badań socjologicznych, dotychczas traktowany jako obiektywna, ahistoryczna, profesjonalna i zamknięta wiedza medyczna. Co więcej, nawet sama diagnoza medyczna stała się przedmiotem krytycznego osądu. Tym samym naukowy pozytywizm ustąpił tutaj miejsca podejściom bliższym „mocnemu programowi” socjologii wiedzy i społecznemu konstrukcjonizmowi. Ewolucja ta polegała również na zmianie akcentów dotyczących celów naukowych interesujących socjologów medycyny. Najogólniej rzecz biorąc, mają oni do wyboru prowadzenie badania na użytek socjologii lub użytek medycyny. Odwołać się tu można do podziału zaproponowanego przez Roberta Strausa. Według niego, istnieją dwa podstawowe nurty socjologii medycyny: *sociology of medicine* oraz *sociology in medicine*, którym Antonina Ostrowska przypisuje odpowiednio funkcję poznawczą i aplikacyjną (Ostrowska 2004: 34). „Socjologia w medycynie” to „...zastosowanie socjologicznych pojęć, wiedzy i technik w dążeniu do wyjaśnienia problemów medycznych i społeczno-psychologicznych, w jakich są zainteresowani lekarze i inni pracownicy służby zdrowia. W tym wypadku wiedza socjologiczna uzupełnia wiedzę medyczną, w celu znalezienia rozwiązań problemów, będących w swej istocie problemami medycznymi”. Natomiast socjologia medycyny „typu *of*” prowadzi badania nad pracownikami służby zdrowia, ich instytucjami i organizacjami oraz ich stosunkami z innymi, w orbicie ich działalności, w dążeniu do wyjaśnienia, jakie są problemy w swej istocie socjologiczne” (Straus 1957 za: Sokołowska 1976: 311).

Korzystając z typologii Strausa, można powiedzieć, że socjologia w medycynie, święcąca tryumfy w latach pięćdziesiątych, w następnej dekadzie zaczęła ustępować pola socjologii medycyny „typu *of*” (zob. Uramowska-Żyto 1992: 9). Jej rozwój był efektem zmieniającego się

społecznego kontekstu, w jakim funkcjonuje medycyna² oraz rosnącej popularności krytycznych wobec starego porządku i reprezentujących go autorytetów nurtów w naukach społecznych.

Przede wszystkim, w drugiej połowie XX wieku okazało się, że medycyna naukowa (zachodnia) w krajach wysokorozwiniętych staje się coraz bardziej dysfunkcjonalna. Najczęściej pojawiające się zarzuty dotyczyły:

- nastawienia systemu medycznego na leczenie chorób, a nie ich zapobieganie (medycyna interweniuje zbyt późno, kiedy podjęcie działań prewencyjnych jest już niemożliwe);
- zainteresowania medycyny niemal wyłącznie objawami organicznymi chorób (lekarz najczęściej nie interesuje się samopoczuciem pacjenta oraz jego „tożsamością społeczną”);
- wyizolowania i anonimowości pacjenta leczonego w szpitalu lub gabinecie lekarskim z pominięciem naturalnego środowiska jego codziennego funkcjonowania (Sokołowska 2009: 27-28).

Powyższe „historyczne” dysfunkcje medycyny przez niektórych jej krytyków zostały potraktowane jako charakterystyczne cechy tak zwanego „modelu biomedycznego”, który niekiedy utożsamia się z całą medycyną zachodnią. Czym zatem jest ten wpływowy „model biomedyczny”? W wieku XX, aż do niemal lat siedemdziesiątych, za sprawą odkryć Ludwika Pasteura etiologia chorób była zdominowana właśnie przez model biomedyczny. Równocześnie zmniejszyło się zainteresowanie przyczynami o charakterze społecznym, ekonomicznymi i kulturowymi. Nowoczesna medycyna naukowa, opierająca się na tym modelu, podkreśla istnienie wyraźnie identyfikowalnych symptomów klinicznych, co jest wyrazem przekonania, że choroba to skutek obecności patologii o charakterze biologicznym. Choroby fizyczne są wedle tego założenia umiejscowione jedynie w ciele, skutkiem czego biomedycyna stara się je zrozumieć i leczyć w izolacji od innych aspektów osoby ludzkiej. Podstaw tej dychotomii można poszukiwać w Kartezjańskiej filozofii dualizmu ciała i ducha oraz zwrocie medycyny w końcu XVIII wieku w kierunku obserwacji klinicznej i odkryć patologii anatomicznych, począwszy od początku wieku XIX (Thomas 2003: 17). Elementem takiego podejścia do problemów zdrowotnych jest ponadto koncepcja ciała człowieka traktowanego jako maszyna, gdzie choroba jest rezultatem mechanicznego defektu danego organu. Nowoczesna medycyna stara się leczyć poszczególne części ciała czy układy, traktując je jako autonomiczne względem reszty ciała (instytucjonalnie podejście to wyrażają coraz bardziej szczegółowe specjalizacje lekarskie). Model biomedyczny związany jest z założeniem, że każda choroba jest powodowana przez jedną konkretną, potencjalnie dającą się zidentyfikować przyczynę. Idea ta pojawiła się w wyniku odkryć Pasteura i Kocha, którzy wykazali, że stan chorobowy wywołują konkretne mikroorganizmy. Nieco później koncepcja ta została rozszerzona na choroby, których etiologia jest dużo bardziej złożona (choroby serca, nowotwory). W takim ujęciu zdrowie jest zwykłym brakiem choroby. Model biomedyczny definiuje więc zdrowie i chorobę w kategoriach biologicznie rozumianej „normy” i „patologii”. Charakterystyczny dla tego podejścia jest redukcjonizm biologiczny, który nie bierze pod uwagę społecznych, psychologicznych czy behawioralnych wymiarów choroby, a ona sama lokalizowana jest w ciele jednostki, co utrudnia

² Ważnym elementem owego kontekstu było sformułowanie przez WHO w 1946 roku nowej definicji zdrowia, która umożliwiła między innymi socjologom wejście w obszar badań nad zdrowiem i chorobą.

medycynie dostrzeżenie, w jaki sposób społeczne bądź emocjonalne życie człowieka wpływa na poziom jego zdrowia (Freund, McGuire, Podhurst 2003: 6). Z tych cech modelu biomedycznego wynika również metodologiczny indywidualizm, według którego zjawiska społeczne są wypadkową jednostkowych działań, co przekłada się z kolei na zainteresowanie konkretną jednostką – diagnozą jej stanu, historią choroby, odpornością czy reakcją na leczenie.

Biomedycyna odniosła globalny sukces przede wszystkim ze względu na mocne podstawy naukowe oraz użyteczność w identyfikowaniu i zwalczaniu chorób zakaźnych, a także poprzez jej wspieranie i utrwalanie przez systemy edukacji medycznej oraz opieki zdrowotnej (Thomas 2003: 16). W zmaganiach medycyny z chorobami zakaźnymi postrzeganie chorób w taki sposób okazało się skuteczne. Jednakże w praktyce opieki zdrowotnej nad osobami starszymi czy cierpiącymi na choroby chroniczne ogranicza ono rozwój szerszej perspektywy uwzględniającej procesy i interakcje społeczne, ale także obarcza odpowiedzialnością jednostkę i zajmuje się człowiekiem chorym w sposób fragmentaryczny. Rezultatem tego podejścia jest rozwój „antyholizmu”, który sprowadza osobę do jednostki chorobowej (Estes, Binney 1989: 588), czego przykładem może być „zawłaszczenie” przez biomedycynę zaburzenia określanego „chorobą Alzheimera”, które z tej perspektywy traktowane jest jako degeneracyjna choroba układu nerwowego (Lyman 1989).

Paradygmat biomedyczny stał się ważnym obiektem krytyki ze strony socjologów medycyny. Zarzucają mu to, że sprowadza chorobę do wymiaru organicznego, a ciało człowieka traktuje jako „maszynę do naprawienia”. Lekarz jako „mechanik ciała” przejawia brak wrażliwości na dobrostan psychiczny jednostki oraz bagatelizuje możliwe uboczne skutki leczenia, a także pomija społeczne uwarunkowania etiologii chorób (Sokołowska 2009: 27-28). Sokołowska przytacza w tym kontekście opinię znanego i często cytowanego przez socjologów medycyny Thomasa McKeowna, który współczesny kierunek w medycynie ocenia jako nieefektywny i marnotrawny. Konsekwencją skupiania się wyłącznie na interwencji „wewnętrznej” (w ciele człowieka) jest, według niego, ignorowanie ważnych determinantów zdrowia – zachowań indywidualnych i grupowych, a także skierowanie niemal całej uwagi i środków na leczenie objawów, a nie przyczyn chorób (McKeown 1979 za: Sokołowska 2009: 28-29). Za wadę uznano skupianie się na stanach ostrych i pomijanie chorób chronicznych, niezdolność do brania pod uwagę stanów niefizycznych czy bezobjawowych oraz poleganie na zawodowym „konsensusie”, decydującym o tym, co jest normą, a co patologią. Zwrócono także uwagę na to, że medycyna oparta na modelu biomedycznym w obliczu zmieniających się wyzwań zdrowotnych w starzejących się społeczeństwach państw rozwiniętych staje się coraz droższa i coraz mniej efektywna (Thomas 2003: 18).

Zmiany zachorowalności, przejście epidemiologiczne, uaktywniło zapomnianą nieco medycynę społeczną, spowodowało powstanie takich dyscyplin naukowych i praktycznej działalności, jak zdrowie publiczne i promocja zdrowia, a także w zasadniczym stopniu wyznaczyło ramy działania dla socjologii medycyny. Nauki społeczne wykazały, że to, co składa się na stan zdrowia, jest swoistym „produktem społeczeństwa” – złożonym rezultatem procesu industrializacji, urbanizacji, odżywiania, poziomu aktywności fizycznej czy polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego. René Dubos, francuski mikrobiolog, zauważył, że rzadko można całkowicie wyjaśnić etiologię danej choroby za pomocą jednej przyczyny oraz jednoznacznie odpowiedzieć, dlaczego tylko niektórzy ludzie ulegają określonym chorobom. Zachorowanie nie zależy bowiem tylko od obecności określonego mikroorganizmu, ale także od sposobu żywienia, stresu, metabolizmu i innych zmiennych wpływających na jego odporność. Poszukiwanie

pojedynczych czynników chorobotwórczych jest zatem jedynie relatywnie skuteczne w odniesieniu do chorób zakaźnych, a już zdecydowanie nie wystarcza w objaśnianiu zachorowalności na złożone choroby chroniczne (Dubos 1959 za: Thomas 2003: 17).

Na podstawie takich przesłanek powstał tzw. „społeczny model choroby”, w którym badanie procesu choroby odbywa się poprzez zastosowanie socjologicznej perspektywy: zwrócenie uwagi na osobowość chorego, jego zachowanie, zdarzenia życiowe, pozycje w strukturze społecznej, warunki rodzinne i środowiskowe itp. Sokołowska zwraca ponadto uwagę, że wprawdzie wymiar społeczny to tylko część choroby (obok wymiaru somatycznego), ale w praktyce ludzie są informowani tylko o wymiarze organicznym. Według autorki, tego rodzaju wiedza nie jest poprawna naukowo, a właściwie jest „ideologią, która określa dla społeczeństwa rozumienie idei społecznych (co to jest choroba i zdrowie) i jest potężną instytucją kontroli społecznej” (Sokołowska 2009: 30).

Phil Strong zwraca jednak uwagę, że duża część krytyki „modelu biomedycznego” wynika z przesadnie negatywnego, a nawet karykaturalnego obrazu biomedycyny nakreślanego w wielu socjologicznych pracach. Kiedy socjologowie opisują praktykę medycyny, powszechnie odnoszą się do „modelu medycznego” czy „ideologii choroby”, które lokują etiologię i rozwiązanie problemów na biologicznym poziomie indywidualnym. Jednakże rozważany model biomedyczny w swojej prostej i czystej formie istniał jedynie pewien czas w XIX wieku (1979: 211 za: Williams 2001: 140) i charakteryzował się kilkoma kluczowymi cechami. Są to: rozumienie choroby jako odchylenia od normalnego funkcjonowania biologicznego, doktryna specyficznej etiologii, ogólna natura chorób oraz moralnie neutralna, wolna od wartościowania medycyna. Kelly i Field stwierdzają, że tak naprawdę trudno znaleźć taki model medyczny w praktyce. Taksonomie chorób, etiologie i terapie są używane jako typy idealne i stale podlegają rewizji. Osoby z zewnątrz mogą wierzyć w proste fizyczne przyczyny i tak samo proste leczenie, ale medycyna wydaje się bardziej holistyczna niż skłonni są przyznać socjologowie medycyny (1994: 35 za: Williams 2001: 141).

Dominującą motywacją do podejmowania socjologicznych analiz z tego zakresu jest obawa, że paradygmat biomedyczny, redukując człowieka do jego „biologicznego wyposażenia”, stanowi poważne zagrożenie dla rozwoju wiedzy o zdrowiu i chorobie, będącymi pochodną nie tylko procesów biochemicznych, ale i psychicznych oraz środowiskowych. Poprzez badania socjologiczne czy socjomedyczne zwraca się uwagę na fakt, że zajmowanie się jedynie wymiarem organicznym choroby jest istotnym metodologicznym błędem polegającym na ignorowaniu innych ważnych jej wymiarów. W praktyce oznacza to, że medycyna potęguje kładzenie nacisku przede wszystkim na leczenie objawowe. Procesy nieuzasadnionej medykalizacji, polegające na rozszerzaniu obszaru choroby, powodują, że zagrożenia te stają się coraz bardziej powszechne, co skutkuje niepotrzebnymi wydatkami i szkodami o charakterze jatrogennym. Magdalena Sokołowska napisała, że socjologia medycyny nie jest subdyscypliną o ściśle wypracowanych założeniach teoretycznych, a raczej „...terenem, na którym ogólne pojęcia socjologiczne mogą być badane, sprawdzane, ale w zasadzie nie on je tworzy” (Sokołowska 1976: 310). Dzisiaj wydaje się, że można dokonać pewnego uogólnienia i stwierdzić, że socjologiczne podejście do wiedzy na temat choroby różni się wyraźnie od podejścia biomedycznego, gdyż nie zakłada obiektywnego istnienia chorób, które ulokowane są w ciele człowieka, jako fizyczny obiekt lub stan. Pogląd, że jednostki chorobowe „egzystują” w naturze, a naukowa medycyna je odkrywa, jest socjologom medycyny obcy. Według nich, wiedza dotycząca zdrowia, choroby i opieki

medycznej opiera się na przekonaniach, które są wytwarzane w toku międzyludzkich interakcji oraz ustalania społecznych „znaczeń”. Konsekwencją przyjęcia społecznego wymiaru choroby jest nie tylko zainicjowanie badań na temat społecznej etiologii chorób, ale także podjęcie analiz dotyczących społecznej konstrukcji choroby. Oczywiście nie oznacza to absolutnej negacji obiektywnego wymiaru choroby – ludzie odczuwają prawdziwy ból, naprawdę chorują i umierają. Socjologowie uważają jednak, że uznanie zarówno laickiej, jak i profesjonalnej perspektywy zdrowia i choroby jako swego rodzaju konstrukcji społecznej, sprawia, że nawet najbardziej szczegółowe badania empiryczne nie uchronią przed wpływem czynników społecznych tego, w jaki sposób wytwarzana jest wiedza medyczna (Freund, McGuire, Podhurst 2003: 196; Lupton 2003: 50). Tego typu podejście, charakterystyczne dla socjologów medycyny, oznacza bliskość z socjologią wiedzy oraz społecznym konstrukcjonizmem. Phil Brown pisze, że społeczna konstrukcja diagnozy i choroby jest centralnym punktem odniesienia socjologii medycyny (Brown 1995: 34). Oczywiście w ramach konstrukcjonizmu w socjologii medycyny można wyróżnić „mocniejsze” i „słabsze” podejścia. W pierwszym przypadku zakłada się, że nie jest możliwe wyizolowanie całkowicie fizycznych doświadczeń z ich socjokulturowych kontekstów, przez co zawsze to, co myślimy, jak leczymy i jak odczuwamy nasze ciała jest kształtowane społecznie. Nie ma więc czegoś takiego jak „czyste” ciało odseparowane od społeczeństwa i kultury. „Słabsza” wersja konstrukcjonizmu oznacza z kolei, że owo uwarunkowanie społeczne i kulturowe doświadczeń cielesnych człowieka wprawdzie istnieje, ale nie jest całkowite oraz zależy od kontekstu (Lupton 2003: 50).

Jak już wspomniano, socjologowie medycyny argumentują, że sposób definiowania i doświadczania zdrowia i choroby, a także sama medycyna zachodnia (naukowa, „oparta na faktach”) zależą w pewnej mierze od kontekstu społeczno-kulturowego. Z tego względu najczęściej sięgają do dorobku socjologii wiedzy oraz perspektywy społecznego konstrukcjonizmu jako użytecznych narzędzi odkrywania społecznych uwarunkowań wiedzy naukowej i potocznej.

Zgodnie z główną tezą konstrukcjonizmu, wiedza medyczna, nawet ta oparta na podstawach naukowych, jak każda wiedza jest społeczno-kulturowym produktem historii. Mimo wysokiego wyspecjalizowania, bazowania na teoriach biomedycznych, standaryzowanych metodach badawczych jak każda inna nauka opiera się ona na historycznie wytworzonych paradygmatach, które narzucają określony sposób opisu rzeczywistości, poprzez określenie „co należy badać, jakie pytania należy stawiać, w jaki sposób należy to robić oraz jakie należy stosować reguły interpretacji uzyskanych odpowiedzi” (Ritzer 1975 za: Szacki 2004: 866).

Krytycy konstrukcjonizmu (relatywizmu) za nieuprawnione uznają podważanie podstaw działalności naukowej i zarzucają wręcz jego przedstawicielom propagowanie irracjonalnych antynaukowych postaw (zob. Strong 1979; Williams 2001). Niewątpliwie każdy krytyczny tekst dotyczący społecznego konstruowania wiedzy medycznej może być przeczytany przez kogokolwiek i wykorzystany w najróżniejszy sposób, przez co rzeczywiście może wzmacniać rozmaite ruchy antymedyczne, opierające się w dużym stopniu na teoriach spiskowych, ideologiach bliskich ruchowi New Age oraz adaptowanych filozofiach Wschodu (ruch antyszczepionkowy, zyskująca popularność medycyna alternatywna i komplementarna). Nie oznacza to jednak, że owe zjawiska, sytuujące się zasadniczo poza obszarem nauki, są dowodem na irracjonalizm i totalną negację prawomocności medycyny „naukowej” przez socjologów medycyny – konstrukcjonistów.

Pomimo tych wątpliwości, wysuwanych przez zwolenników naukowego pozytywizmu, społeczny konstrukcjonizm oraz założenia przyjmowane przez socjologów wiedzy mogą być

szczególnie użyteczne w krytycznej socjologii medycyny. Dotyczy to zwłaszcza badań nad procesami medykalizacji, które w zasadzie koncentrują się na przypadkach „przemedykalizowania”, czyli medykalizacji kontestowanej, nieuzasadnionej. Wątpliwości nie muszą oznaczać jednak negacji prawomocności biomedycyny jako takiej. Socjologia wiedzy stanowi dość szeroki nurt teoretyczny, w ramach którego odnajdują się także mniej radykalne zespoły poglądów, niekoniecznie rozumiane jako przejaw relatywizmu, subiektywizmu i determinizmu socjologicznego (Hanuszewicz 2007). Jeśli więc zignorujemy epistemologiczne aspiracje „mocnego programu” socjologii wiedzy i społecznego konstrukcjonizmu, a zarazem potraktujemy je jako orientację metodologiczną (unikając w ten sposób radykalizmu socjologicznego determinizmu), może się okazać, że poprzez wyizolowanie społecznych, nienaukowych składników zyskujemy narzędzie mogące udoskonalić i uzupełnić wiedzę o medycynie, zdrowiu i chorobach. W celu uniknięcia radykalnego relatywizmu w krytyce wiedzy wytwarzanej przez medycynę można odwołać się do użytecznej perspektywy określanej jako „sceptyczny” bądź „krytyczny realizm”. Jak piszą Pilgrim i Bentall, przyjęcie takiego podejścia, sytuuje badacza pomiędzy „społecznym konstrukcjonizmem” a „medycznym naturalizmem” (zakładającym istnienie realnego, obiektywnego i niezmiennego świata „naturalnych” jednostek chorobowych; postęp polega w tym ujęciu na coraz bardziej zaawansowanych i adekwatnie oddających rzeczywistość kategorii diagnostycznych). „Sceptyczny realizm” łączy ze „społecznym konstrukcjonizmem” konieczność oceny społecznego i historycznego kontekstu, w którym „wytwarzane” są warunki powstania naukowych pojęć i technicznych wynalazków. Pogląd ten nie jest na tyle radykalny, by zakładać, że badania naukowe można sprowadzić jedynie do analiz praktyk dyskursywnych. Badania społecznych i historycznych uwarunkowań powstawania wiedzy naukowej są raczej rozumiane jako metoda zastępowania stronniczych lub błędnych pojęć takimi, o których można powiedzieć, że są bardziej użyteczne w sensie naukowym i klinicznym. A zatem to nie rzeczywistość jest społecznie konstruowana, a jedynie teoretyczne o niej założenia, a także metodologiczne priorytety, które wdramy w celu jej zbadania. „Sceptyczny realizm” uznaje fakt, iż teorie naukowe i metody badawcze są kształtowane przez siły społeczne i interesy grupowe (rasowe, klasowe, płciowe, ekonomiczne) oraz dotyczą językowych, kulturowych i profesjonalnych ograniczeń w czasie i przestrzeni. Zgodnie z tym podejściem teoretycznym jesteśmy w stanie i powinniśmy prowadzić badania nad rzeczywistością jako taką, pamiętając o problemie „kontekstowości” (Pilgrim, Bentall 1999: 262).

Wobec powyższych rozważań można postawić pytanie, czy socjolog medycyny ma prawo i kompetencje, by oceniać, na przykład, jak „prawdziwa” jest koncepcja depresji, która według badań epidemiologicznych osiągnęła rozmiary epidemii. Czy ma on prawo oceniać proponowaną etiologię lub kryteria występowania i skali zachorowalności tego zaburzenia? Czy socjolog ma prawo powątpiewać w sensowność definiowania za pomocą kategorii medycznych problemów uzależnień? Czy może kwestionować tendencję do ujmowania problemu otyłości jako choroby? W większości tego typu przypadków powinien się on powstrzymać od jednoznacznej oceny wiedzy medycznej. Wspomniani wcześniej Barnes i Bloor nie stawiają przecież jako celu badań socjologii wiedzy odkrycia, jaka wiedza jest prawdziwa, a jaka nie, ale proponują, by zamiast tego zastanowić się nad przyczynami sukcesu pewnej wiedzy w danym kontekście społecznym. A zatem nie są istotne osobiste przekonania socjologa dotyczące konkretnego elementu wiedzy medycznej, ale to, jakie czynniki wpływają na jej powstanie i tempo rozwoju; czy jej sukces wiąże się z czyimiś żywotnymi interesami? Czy wspomagana jest przez uznawane instytucje kontroli

społecznej? Czy pełni jakąś rolę w osiąganiu celów (politycznych lub technicznych)? Jakie są praktyczne skutki implementacji określonych sądów (Barnes, Bloor 1993: 3)? W praktyce jednak analizy tego typu, podejmowane są po to, by wykazać problematyczność danej wiedzy. Jej uwikłanie społeczne jest formą oceny jej prawomocności. Peter Conrad uważa, że tego typu oceny wiążą się z pewnym ryzykiem. Píše wręcz, że jako socjolog nie jest uprawniony do formułowania ocen zasadności stosowania konkretnych procedur medycznych czy, tym bardziej, definiowania choroby lub zaburzenia w taki, a nie inny sposób. Warto jednak zauważyć, że równocześnie zostawia sobie pewną furtkę, stwierdzając, że problem pojawia się wtedy, kiedy skomplikowane społeczno-psychologiczne zjawiska sprowadzone zostają do problemu biologicznego, który w dalszej kolejności podlega kontroli establishmentu medycznego, przez co jego pozostałe wymiary nie są badane (Conrad, 2007: 146-147). Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że krytyka medycyny i medykalizacji podejmowana przez socjologów polega głównie właśnie na zwracaniu uwagi na ów nieuprawniony redukcjonizm biologiczny i zaniedbywanie pozabiologicznych (ekologicznych, społecznych, psychologicznych) determinant określonych stanów, zachowań czy nawet chorób. Jeśli się zastanowić nad tym, w jaki sposób podważa się zasadność procesów medykalizacji, to okaże się, że chodzi właśnie przede wszystkim o biologizację zjawisk o złożonej wielowymiarowej etiologii. Wydaje się więc, że w wielu przypadkach możliwa jest próba dokonania oceny procesów medycyny i medykalizacji (jego celowości, rachunku kosztów i zysków) z zewnątrz dyscypliny.

BIBLIOGRAFIA

- Barnes, Barry i David Bloor. 1993. *Relatywizm, racjonalizm a socjologia wiedzy*. W: B. Barnes, David Bloor (red.), *Mocny program socjologii wiedzy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 1-37.
- Brown, Phil. 1995. *Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness*. „Journal of Health and Social Behavior”, (Extra Issue), s. 34-52.
- Bury, Michael R. 1986. *Social constructionism and the development of medical sociology*. „Sociology Of Health & Illness”, Vol. 8, nr 2, s. 137-169.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press.
- Davis, Joseph E. 2010. *Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*. W: W. C. Cockerham (red.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chichester: Blackwell Publishing, s. 211-241.
- Estes, Carroll L. i Elizabeth A. Binney 1989. *The Biomedicalization of Aging—Dangers and Dilemmas*, „The Gerontologist”, Vol. 29, nr 5, s. 587–596.
- Freund Peter E.S., Meredith B. McGuire i Linda S. Podhurst. 2003. *Health, Illness, and the Social Body. A Critical Sociology*. Fourth Edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hanuszewicz, Stanisław. 2007. *Popper a socjologia wiedzy*. W: P. Bytniewski, M. Chałubiński (red.), *Teoretyczne podstawy socjologii wiedzy*. T. I. Seria „Studia z podstaw socjologii wiedzy”, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 198–210.
- Lupton, Deborah. 2003. *The Social Construction of Medicine and the Body*. W: G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick i S.C. Scrimshaw (red.), *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*.

- London: SAGE Publications, s. 50-63.
- Lyman, Karen A. 1989. *Bringing the Social Back in: A critique of the Biomedicalization of Dementia*. „The Gerontologist”, Vol. 29, nr 5, s. 597-605.
- Machnikowski, Ryszard M. 1996. *Koncepcja socjologii wiedzy Karla Mannheim'a we współczesnej socjologii anglo-amerykańskiej*. Łódź: Omega-Praxis.
- Mannheim, Karl. 2008 [1929]. *Ideologia i utopia*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Mokrzycki, Edmund. 1993. *Wstęp do wydania polskiego*. W: B. Barnes, D. Bloor (red.), *Mocny program socjologii wiedzy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Niżnik, Józef. 1989. *Socjologia wiedzy*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Ostrowska, Antonina. 2004. *Polska socjologia medycyny na tle zachodniej*. W: W. Piątkowski (red.) *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 31-42.
- Parsons, Talcott. 2009 [1951]. *System społeczny*. Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- Pilgrim, David, Richard Bentall. 1999. *The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression*. „Journal of Mental Health”, Vol. 8, nr 3, s. 261-274.
- Press, Nancy. 2008. *Social Construction and Medicalization. Behavioral Genetics in Context*. W: E. Parens, A. R. Chapman, N. Press (red.), *Wrestling with behavioral genetics: science, ethics, and public conversation*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, s. 131-149.
- Scheler, Max. 1990. *Problemy socjologii wiedzy*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sokołowska, Magdalena. 1976. *Powstanie i rozwój socjologii medycyny w Polsce*. W: M. Sokołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 309-338.
- Sokołowska, Magdalena. 2009. *Socjologia medycyny*. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 21-39.
- Strong, Phil. 1979. *Sociological imperialism and the profession of medicine: a critical examination of the thesis of medical imperialism*. „Social Science and Medicine”, 13A, s. 199-215.
- Szacki, Jerzy. 2004. *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Thomas Richard K. 2003. *Society and Health. Sociology for Health Professionals*. New York: Kluwer Academics/Plenum Publishers.
- Uramowska-Żyto, Barbara. 1992. *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Wendland, Michał. 2011. *Konstruktywizm komunikacyjny*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii UAM.
- Williams, Simon J. 2001. *Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: where are we now?* „Sociology of Health & Illness”, Vol. 23, nr 2, s. 135-158.
- Zybertowicz, Andrzej. 2001. *Konstruktywizm jako orientacja metodologiczna w badaniach społecznych*. „Kultura i Historia”, nr 1, <<http://www.kulturaihistoria.umcs.lublin.pl/archives/48#1>>, dostęp 5 kwietnia 2012.

MEDICAL KNOWLEDGE AS A SUBJECT OF RESEARCH IN MEDICAL SOCIOLOGY AND SOCIOLOGY OF KNOWLEDGE

For a long time medical knowledge had not been a research subject for the sociologists of medicine. This fact stemmed from their belief that medicine as a natural science deals with facts of nature, which are not subject to the thesis of the social determination of knowledge. The article aims to demonstrate how changes within the sociology of knowledge, namely the creation of the “strong program of sociology of knowledge,” and social constructionism, enabled the formation of a critical sociology of medicine. The new discipline acknowledged the institution of medicine and medical knowledge, based mainly on the so called biomedical model, as a legitimate area of sociological studies.

Keywords: *sociology of knowledge, sociology of medicine, medical knowledge, medicalization.*