

ZDROWIE, CHOROBA i LECZENIE

W PERSPEKTYWIE INTERDYSCYPLINARNEJ

BĘDLEWO

9-10
czerwca 2011

Organizatorzy:

Komitet Nauk Etnologicznych PAN
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

Komitet Organizacyjny:

dr hab. Danuta Penkala-Gawęcka, prof. UAM

mgr Irena Kabat

mgr Grzegorz Skalski

Współpraca:

mgr Małgorzata Anna Charyton

dr Izabella Main

mgr Anna Helena Wądołowska

dr Anna Witeska-Młynarczyk

Miejsce obrad:

Ośrodek Konferencyjny Instytutu Matematycznego PAN

Będlewo, ul. Parkowa 1, 62-060 Stęszew

tel. 61 8135187; tel/faks 61 8135393;

e-mail: bedlewo@impan.gov.pl

Przygotowanie, projekt, skład i druk informatora
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

Projekt okładki: Anna Witeska-Młynarczyk

Poznań 2011

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie

Dr hab. Danuta Penkala-Gawęcka, prof. UAM 7

Lista referentów w porządku alfabetycznym

- Iwona ARABAS, dr hab., prof. PAN [panel 3BB, godz. 9:10]
Rola tradycji w japońskim współczesnym leczeniu 10
[panel 3BB, godz. 9:50]
- Veronika BELYAEVA-SACZUK, dr
Apteka przydomowa. Zwierzęta wykorzystywane we współczesnej buriackiej medycynie ludowej 12
[panel 2C, godz. 17:20]
- Mariola M. BIENKO, dr
Intymne oraz publiczne doświadczanie ciała w zdrowiu i chorobie 14
[panel 4B, godz. 11:30]
- Halina M. BOGUSZ, lek. med.
Czy opieka paliatywna była antidotum na medykalizację śmierci w II połowie XX wieku 16
[panel 4BB, godz. 11:50]
- Tarzcjusz BULIŃSKI, dr
Indianie Amazońscy wobec medycyny typu zachodniego (na przykładzie Yanomami i E'ñepá) 18
[panel 3B, godz. 9:10]
- Małgorzata Anna CHARYTON, mgr
Stres w perspektywie antropologii medycznej 20
[panel 2BB, godz. 17:45]
- Katarzyna CHLEWIŃSKA, mgr
„Przyszłam, bo nie mam z kim porozmawiać” - kryzys, zdrowie i wsparcie społeczne z perspektywy antropologa 22

	[panel 2C, godz. 18:00]	
Antonina DOROSZEWSKA, mgr <i>Medykalizacja macierzyństwa i jej wpływ na wykonywanie zawodów lekarza i położnej</i>		24
	[panel 4BB, godz. 11:10]	
Małgorzata GDOK-KLAFKOWSKA, mgr <i>"Higiena ducha wymaga higieny ciała", czyli Agni Joga o zdrowiu i chorobach</i>		26
	[sesja plenarna, s. C., 09.06.2011, godz. 13:05]	
Sjak van der GEEST, prof. <i>Social and cultural efficacies of medicines</i>		28
	[panel 2BB, godz. 17:00]	
Mateusz GLINOWIECKI, mgr <i>Od socjologii choroby w kierunku socjologii zdrowia. Historia i rola socjologii medycyny w Polsce i na świecie</i>		30
	[panel 1C, godz. 15:20]	
Jaromir JESZKE, dr hab., prof.. UAM <i>Homeopatia - symbol kryzysów europejskiej kultury medycznej</i>		32
	[panel 1BB, godz. 15:20]	
Maria KACZMAREK, prof. dr hab. - <i>Menopauza w ujęciu biokulturowym</i> - współautorka referatu <i>Stan zdrowia mężczyzn w okresie tzw. andropauzy</i>		34
	patrz: Magdalena SKRZYPCZAK	
	[panel 3BB, godz. 10:10]	
Mariusz KAIRSKI, dr <i>Osoba i anty-osoba, zdrowie i choroba w społeczeństwie E'ñepá (Amazonia wenezuelska)</i>		36
	[panel 3BB, godz. 9:30]	
Piotr KLAFKOWSKI, dr <i>Idąc Drogą Zwycięzców, myśl o zdrowiu w filozofii dżajinizmu</i>		38
	[panel 1C, godz. 16:00]	
Michał J. KOCIKOWSKI, mgr <i>Modlitwa charyzmatyczna o uzdrowienie jako praktyka lecnicstwa komplementarnego</i>		40

	[panel 3C, godz. 10:10]	
Iwona KOŁODZIEJSKA-DEGÓRSKA, mgr		
<i>Ekлекtyzm wiedzy o roślinach leczniczych i jego konsekwencje dla metod badawczych na przykładach z południowej Bukowiny (Rumunia) i Podola wschodniego (Ukraina)</i>		42
	[panel 1B, godz. 15:00]	
Elżbieta KORZENIOWSKA, dr		
<i>Specyfika postaw wobec zdrowia Polaków o różnym poziomie wykształcenia</i>		44
	[panel 2B, godz. 17:00]	
Ewelina M. KOSTRZEWSKA, dr		
<i>Być kobietą zadbaną. Kosmetologia w dobie fin de siecle'u</i>		46
	[panel 4C, godz. 11:50]	
Katarzyna KUBAT, mgr		
<i>Problem jadłowstrętu psychicznego w polskich podręcznikach do psychiatrii</i>		48
	[panel 3C, godz. 9:10]	
Justyna LASKOWSKA-OTWINOWSKA, dr		
<i>Kulturowo - historyczne uwarunkowania oraz społeczna samoregulacja problemu zdrowego odżywiania się</i>		50
	[panel 2B, godz. 17:40]	
Izabella MAIN, dr		
<i>Strategie zdrowotne polskich emigrantek w Barcelonie i Londynie</i>		52
	[panel 1B, godz. 15:20]	
Marcin MOSKALEWICZ, dr		
<i>Czy istnieje choroba jako taka? Perspektywa fenomenologii hermeneutycznej</i>		54
	[panel 2C, godz. 17:00]	
Andrzej W. NOWAK, dr		
<i>Zdrowie a ambiwalencja natury i naturalności w dyskursie zwolenników medycyny alternatywnej</i>		56
	[panel 4C, godz. 11:30]	
Elżbieta NOWOSIELSKA, mgr		
<i>Melancholia jako choroba w świetle XVIII wiecznej medycyny</i>		58

	[panel 4B, godz. 11:50]	
Aleksandra PATYK, mgr		
Justyna STACHERZAK-RACZKOWSKA, mgr		
<i>Rola psychologa na oddziałach szpitalnych a oczekiwania pacjentów i personelu medycznego</i>		60
	[sesja plenarna, s. C, 09.06.2011, godz. 12:15]	
Danuta PENKALA-GAWĘCKA, dr. hab., prof. UAM		
<i>„Nasza” antropologia medyczna o źródła, kierunki, związki</i>		62
	[panel 1C, godz. 15:40]	
Włodzimierz PIĄTKOWSKI, dr. hab.		
<i>Choroba w relacjach pacjentów uzdrowicieli. Punkt widzenia „socjologii lecznictwa niemedyceznego”</i>		64
	[panel 1B, godz. 15:40]	
Anna PIETRZYK, mgr		
<i>Mitologia zarazy. Świriska grypa w tekstach folkloru elektronicznego</i>		66
	[panel 1C, godz. 15:00]	
Bożena PŁONKA-SYROKA, dr. hab., prof. AM		
<i>Niemiecka medycyna romantyczna w perspektywie badań kulturowych nad historią nauk przyrodniczych</i>		68
	[panel 1BB, godz. 15:00]	
Krzysztof PUCHALSKI, dr		
<i>Troska o zdrowie w życiu codziennym Polaków. Racjonalność potoczna a racjonalność medyczna</i>		70
	[panel 3C, godz. 9:50]	
Danuta RAJ, mgr		
<i>Analiza leków i kuracji występujących w polskich pamiętnikach z XVII i XVIII wieku</i>		72
	[panel 4B, godz. 11:10]	
Edyta I. RUDOLF, dr		
<i>Obraz lekarza w polskiej literaturze drugiej połowy XIX w. w perspektywie analitycznej antropologii literatury</i>		74
	[sesja plenarna, s. C, 09.06.2011, godz. 12:40]	
Ekkehard SCHRÖDER, dr		
<i>East meets West. Contacts in medical anthropology in Germany of the 1970s and 1980s</i>		76

[panel 4C, godz. 11:10]

Magdalena SKRZYPCZAK, dr
Maria KACZMAREK, prof. dr hab.
Stan zdrowia mężczyzn w okresie tzw. andropauzy 78

Justyna STACHERZAK-RACZKOWSKA, mgr
- współautorka referatu *Rola psychologa na oddziałach szpitalnych a oczekiwania pacjentów i personelu medycznego*
patrz: Aleksandra PATYK

[panel 1B, godz. 16:00]

Andrzej STACHOWIAK, dr
Zdrowienie osób uzależnionych jako konwersja tożsamości 80

[panel 3B, godz. 9:50]

Joanna STRYJCZYK, dr
Czy jest możliwa relacja pomagania bez przemocy poznawczej 82

[panel 3B, godz. 10:10]

Anna STYPUŁA, mgr
Szamanizm a terapia systemowa Berta Hellingera 84

[panel 4BB, godz. 11:30]

Tomasz SZYMOSZYN, mgr
Popularność medycyny tybetańskiej w Polsce i jej wybiórcze stosowanie 86

[panel 2BB, godz. 17:15]

Katarzyna WALENTYNOWICZ-MORYL, mgr
Zdrowie społeczne - niedoceniany wymiar zdrowia człowieka? 88

[panel 1BB, godz. 15:40]

Anna WĄDOŁOWSKA, mgr
Perspektywa antropologiczna w badaniach nad zdrowiem reprodukcyjnym 90

[panel 2BB, godz. 18:00]

Natalia J. WEIMANN, mgr
Well-being & slow movement - czyli promocja zdrowia we współczesnym świecie z perspektywy antropologicznej 92

	[panel 3C, godz. 9:30]	
Jakub WĘGLORZ, mgr <i>Leki i kuracje stosowane przez szlachtę w Rzeczypospolitej w XVII i XVIII wieku na podstawie wybranych pamiętników i listów</i>		94
	[panel 2B, godz. 18:00]	
Maria WĘGRZYNOWSKA, mgr <i>Flintstonowie i magiczne ręce: transnarodowe praktyki zdrowotne polskich migrantek</i>		96
	[panel 2B, godz. 17:20]	
Hubert WIERCIŃSKI, mgr <i>Amazonki na wojennej ścieżce, czyli w jaki sposób narracją o działaniu i działaniem o charakterze narracji można pokonać raka</i>		98
	[panel 2C, godz. 17:40]	
Anna WITESKA-MLYNARCZYK, dr <i>„Ta wiedza jest zapisana w naszych ciałach” - analiza dyskursu macierzyństwa w zgodzie z naturą</i>		100
	[panel 3B, godz. 9:30]	
Małgorzata WOSIŃSKA, mgr <i>Życie po traumie. O sposobach radzenia sobie ze stresem pourazowym we współczesnej Rwandzie</i>		102
	[panel 2BB, godz. 17:30]	
Michał WRÓBLEWSKI, mgr <i>Choroba w kontekście relacji władzy. Podręczniki diagnostyczne i kontrola dalekiego zasięgu</i>		104

PROGRAM KONFERENCJI

Panele: prowadzący i sekretarze	106
Program konferencji	107

Wprowadzenie

Konferencja *Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie interdyscyplinarnej*, zorganizowana przez Komitet Nauk Etnologicznych Polskiej Akademii Nauk oraz Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, jest kolejnym spotkaniem antropologów kulturowych z przedstawicielami innych dyscyplin, poświęconym naukowej dyskusji nad istotnymi problemami współczesności.

Tegoroczna konferencja dotyczy problematyki antropologii medycznej, która jest dobrze już ugruntowaną subdyscypliną antropologii kulturowej/społecznej, dziedziną naukową o silnych powiązaniach interdyscyplinarnych. Ważnym celem konferencji jest zaprezentowanie podejścia antropologii medycznej, koncentrującego się na kulturowych aspektach zdrowia, choroby i leczenia. Antropologia medyczna bada m.in. pluralizm medyczny, medycynę komplementarną i alternatywną oraz ich relacje z biomedycyną, lokalne znaczenie praktyk medycyny tradycyjnej oraz ich adaptację w krajach zachodnich, pojęcia zdrowia i dobrego samopoczucia, stosunek do ciała, doświadczanie choroby i cierpienia, medykalizację. Problemy te wiążą się ściśle z tak istotnymi poznawczo i praktycznie kwestiami, jak kształtowanie tożsamości, płęć kulturowa, sprawczość, „biowładza”. Zagadnienia zdrowia, choroby i leczenia są niewątpliwie kluczowe dla doświadczenia ludzkiego, a połączenie różnych perspektyw ich postrzegania i badania daje możliwość lepszego poznania tych ważkich problemów oraz praktycznego wykorzystania zdobytej wiedzy.

Nasze zaproszenie do przedstawienia swoich prac badawczych i ich wyników przyjęli, oprócz antropologów

kulturowych, przedstawiciele wielu innych dyscyplin - socjologii medycyny, historii medycyny, filozofii, psychologii, literaturoznawstwa, antropologii biologicznej, botaniki, medycyny i farmacji. Konferencją zainteresowali się badacze zajmujący się z rozmaitych perspektyw zdrowiem, chorobą i cierpieniem oraz sposobami, w jakie człowiek radzi sobie z tymi egzystencjalnymi doświadczeniami.

W ramach sesji panelowych staraliśmy się łączyć wystąpienia przedstawicieli różnych dyscyplin, mając nadzieję, że nie będzie to utrudniało znalezienia wspólnego języka, lecz pobudzi ciekawość tego, co o zdrowiu, chorobie i leczeniu mają do powiedzenia koledzy. Dużą wagę przywiązujemy także do spotkania warsztatowego „Zdrowie i choroba a biowładza”, które skupi doktorantów, młodych adeptów antropologii medycznej i pokrewnych dziedzin, dyskutujących tytułowe kwestie pod kierunkiem doświadczonych badaczy - socjologa i antropologa medycyny. Nasi goście zagraniczni - prof. Sjaak van der Geest z Holandii oraz dr Ekkehard Schröder z Niemiec z pewnością dopełnią rodzimą perspektywę spojrzeniem naukowców z krajów, w których antropologia medyczna ma obecnie silną pozycję.

Liczymy, że spotkanie będlewskie będzie okazją do dyskusji podczas sesji oraz do nieformalnych rozmów i być może przyczyni się do nawiązania współpracy między badaczami z różnych środowisk naukowych, o których otwarciu na „Innych”, badających częstokroć „to samo”, ale inaczej, świadczy właśnie przyjęcie naszego zaproszenia.

Dr hab. Danuta Penkala-Gawęcka, prof. UAM

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

ABSTRAKTY

w porządku alfabetycznym autorów

✓
Dr hab. Iwona Arabas, prof. PAN

Instytut Historii Nauki PAN, Warszawa

Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej, Warszawa

e-mail: iarabas@wp.pl

Rola tradycji we współczesnym leczeniu japońskim

Liczne świątynie buddyjskie w najstarszej stolicy Japonii przyciągały wiernych także wytwarzanymi według własnych receptur lekami. Minęły wieki, a dalej w Narze można zaopatrzyć się w tradycyjne preparaty farmaceutyczne rozprowadzane w świątyniach. Jedną z nich patronuje firmie Sankougan produkującej bardzo popularny lek stosowany w chorobach układu pokarmowego, przede wszystkim w zaburzeniach trawienia i braku łaknienia. W jego skład wchodzi cztery gatunki roślin leczniczych: *Swertia Japonica Makino*, *Cinnamomum Cassia Blume*, *Phellodendron Amurense Ruprecht (Phellodendron Chinense Schneider)* oraz *Glycyrrhiza Uralensis Fischer*. Należą one do starej chińskiej medycyny Kampo.

Już w połowie XIX w. sprzedawcy leków z Nary odczuli konkurencję wędrownych aptekarzy z Toyamy, którzy rozprowadzali przede wszystkim lek Hangontan. Doszło nawet do walk pomiędzy dystrybutorami z tych dwóch miast.

Do dzisiaj leki z Nary i Toyamy, bazujące na tradycyjnym składzie, cieszą się dużym zaufaniem pacjentów. Nie są dostępne w aptekach, a jedynie poprzez przedstawicieli firm, które dostosowały się do współczesnych wymagań i produkują zgodnie z zasadami Good Manufacturing Practice (GMP).

Dr Veronika Belyaeva-Saczuk

Katedra Etnologii i Antropologii Kulturowej US

e-mail: belyaeva.veronika@gmail.com

Apteka przydomowa. Zwierzęta wykorzystywane we współczesnej buriackiej medycynie ludowej

Tradycyjna medycyna ludowa w obecnych czasach ma dla Buriatów ważne znaczenie jako jeden z czynników odbudowywania lub tworzenia współczesnej tożsamości buriackiej. Jest to dziedzina wiedzy ludowej związana od wczesnych czasów z tradycyjnym obszarem zamieszkania plemion mongolskich i z tradycyjną gospodarką prowadzoną na tych terenach, czyli łowiectwem i koczowniczą hodowlą bydła.

Obecnie można zaobserwować dwa typy buriackiej medycyny - tradycyjna mongolska/syberyjska, związana z szamanizmem oraz medycyna tybetańska, która rozpowszechniła się wśród ludów mongolskich od XVII w. Współcześnie występuje konkurencja tych dwóch typów medycyny o miano „prawdziwej buriackiej”, lecz taka sytuacja ma miejsce w stolicy Buriacji lub wśród przedstawicieli miejscowej inteligencji. Natomiast na terenach wiejskich, gdzie wierzenia religijne charakteryzuje synkretyczne połączenie szamanizmu, buddyzmu tybetańskiego oraz niekiedy prawosławia, buriacka medycyna ludowa jest zlepkiem tradycji leczniczych ludów syberyjskich oraz mongolskich, terapii pochodzących z obszaru Tybetu i Indii, praktyk Rosjan, którzy pojawiali się na obszarze Buriacji od XVII w. oraz praktyk i poglądów „ezoterycznych”, związanych z bioenergoterapeutami, których znaczenie wzrosło na obszarze całego ZSRR w latach 70-80. XX w.

Dla tradycyjnej medycyny buriackiej charakterystyczne jest wykorzystywanie zwierząt i elementów pochodzenia zwierzęcego w praktykach leczniczych. Wiele uwagi poświęca się diecie leczniczej (np. jedzenie surowej wątroby bydła rogatego - na dolegliwości kobiece), wykorzystuje się części zwierząt do leczenia chorób ludzi i zwierząt domowych, używa się ich także jako środków antykoncepcyjnych (piżmo piżmowca) etc. W swoim wystąpieniu przedstawię, na podstawie badań terenowych, najważniejsze współczesne sposoby leczenia z wykorzystaniem dzikich i domowych zwierząt przez Buriatów zamieszkałych na wsi oraz przeanalizuję przyczyny ich popularności.

✓
Dr Mariola M. Bieńko

Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW

e-mail: martom.bienko@neostrada.pl

Intymne oraz publiczne doświadczanie ciała w zdrowiu i chorobie

Zmiany określane jako medyalizacja, fragmentaryzacja, technicyzacja, czy specyficzna dla późnej nowoczesności estetyzacja życia codziennego, wymuszają dekonstrukcję odmiennie dotychczas pojmowanych pojęć zdrowia i choroby. Obszar cielesności jest silnie zmediatyzowany i upubliczniony, a zarazem głęboko terapeutyczny i sprywatyzowany. Pole teoretyczne konstruktoryzmu społecznego podkreśla performatywny charakter prywatnych i publicznych skryptów przestrzeni ciała w kontekście zdrowia i choroby. Każdy z tych dyskursów jest produktem czy wręcz fetyszem kultury popularnej i jako jeden z głównych jej tematów zostaje sprowadzony do poziomu przedmiotu konsumpcji jako specyficzny, a zarazem obowiązujący styl życia, który wymaga wykreowania.

Zarówno zdrowe, jak i chore ciało wpisują się w modele zmysłowe współczesnej popkultury poprzez formatowanie potrzeb w zakresie wyglądu, zapachu, smaku, dotyku czy dźwięku. W retoryce codzienności oraz narcystycznej „stylistyce egzystencji” stają się one jednocześnie źródłem przyjemności, frustracji i cierpienia w drodze do samorealizacji i autokreacji zarówno grup, jak i jednostek. Zdaniem Rosi Braidotti, poprzez technologiczne manipulacje przesuwane są granice płodności i śmiertelności, a dzisiejsze zarządzanie biowładzy życiem i śmiercią podąża niekiedy perwersyjną ścieżką.

Każda z omawianych kategorii, wymykając się reżimowi socjologicznych koncepcji, stanowi wyzwanie jako przedmiot analizy naukowej. Wystąpienie skupia się w dużej części na wnioskach z autorskiego projektu badawczego.

✓ **Lek. med. Halina Bogusz**

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych UM, Poznań

e-mail: halbogusz@ump.edu.pl

Czy opieka paliatywna była antidotum na medykalizację śmierci w II połowie XX wieku?

W II połowie XX wieku w Europie i Stanach Zjednoczonych powstała i rozwinęła się idea opieki paliatywnej - wielodyscyplinarnej holistycznej opieki nad człowiekiem umierającym i jego bliskimi. Twórczynią tej idei i nieustraszoną propagatorką rozwoju hospicjów była Cicely Saunders w Wielkiej Brytanii, założycielka Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. W Polsce ruch hospicyjny rozwinął się w latach 80. ubiegłego wieku, początkowo w Krakowie, Gdańsku i Poznaniu, i był silnie związany z ruchem Solidarności.

Opieka paliatywna stała się formą organizacyjną opieki zdrowotnej, specjalizacją lekarską, a także ruchem społecznym wielu wolontariuszy zaangażowanych w niesienie pomocy i budzenie świadomości ludzi na temat śmierci i umierania.

Czy powstanie tego fenomenu było odpowiedzią, swoistą reakcją na medykalizację śmierci?

Odpowiedzi na to pytanie postaram się szukać w pismach Cicely Saunders i jej następców z pierwszych lat rozwoju ruchu hospicyjnego w Polsce.

✓
Dr Tarzycjusz Buliński

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM
e-mail: tars@amu.edu.pl

Indianie amazońscy wobec medycyny typu zachodniego (na przykładzie Yanomami i E'ñepá)

W wystąpieniu przedstawię podejście Indian amazońskich do medycyny typu zachodniego. Pod tym skrótem rozumiem praktyki medyczne związane ze światem społeczeństw narodowych, przede wszystkim z państwową służbą zdrowia oraz projektami zdrowotnymi organizacji pozarządowych. Główną myślą prezentacji będzie stwierdzenie, że Indianie „oswajają” medycynę typu zachodniego wybierając z niej te elementy, które są dla nich atrakcyjne i porzucając elementy dla nich nieistotne. Działania podejmowane wobec lekarzy i „zachodnich” praktyk medycznych są częścią indiańskiej strategii postępowania z bytami obcymi, nie-ludzkimi, które z jednej strony dysponują dobrami i wiedzą konieczną do reprodukcji społecznej i symbolicznej grupy, z drugiej zaś są niebezpieczne.

W prezentacji zajmę się wybranymi aspektami funkcjonowania medycyny typu zachodniego wśród dwóch grup indiańskich z Amazonii wenezuelskiej: Indian Yanomami i Indian E'ñepá. Przyjrę się panującym wśród nich wyobrażeniom na temat chorób leczonych przez państwowy system zdrowia, problemom, na jakie napotykać pracujący wśród nich lekarze ze społeczeństwa narodowego, sposobom działania tubylczych sanitariuszy oraz sposobom korzystania z „zachodnich” praktyk leczniczych.

✓
Mgr Anna Małgorzata Charyton

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: chary@amu.edu.pl

Stres w perspektywie antropologii medycznej

Niebywała jest mnogość koncepcji związanych ze stresem, nie tylko w ramach różnych tradycji medycznych, ale i innych dyskursów, nie mających charakteru medycznego. Wbrew logice naszej potoczności stres nie zawsze wartościowany jest negatywnie i rozumiany jako wymiar patologii. Niemniej, często pojawia się na różnych poziomach opisu choroby, raz w charakterze etiologii, a innym razem jako symptom.

Sposoby radzenia sobie ze stresem wykształcone w ramach rozmaitych koncepcji są adekwatne do ugruntowanego w nich modelu wyjaśniania problemu, co stwarza szeroką i różnorodną gamę opcji dostępnych pacjentowi-konsumentowi. Pragmatyzm osób starających się kontrolować niepożądane zwykle zjawiska związane ze stresem powoduje, że indywidualny dobór metod i środków przebiega spontanicznie i kształtuje terapie o charakterze synkretycznym.

✓ **Mgr Katarzyna Chlewińska**

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: kacha@amu.edu.pl

„Przyszłam, bo nie mam z kim porozmawiać” - kryzys, zdrowie i wsparcie społeczne z perspektywy antropologa

Cytowana w tytule wypowiedź może się wydawać na pierwszy rzut oka dość dramatyczna, jednak jest elementem codzienności wielu pracowników instytucji mających za zadanie szeroką misję „pomagania” (m. in. w kryzysie). Choć może się to wydawać zbyt dużym uogólnieniem, z perspektywy pracowników tego typu instytucji (punkty interwencji kryzysowej, ośrodki pomocy społecznej czy ośrodki pomocy rodzinie) można mówić o zauważalnym, dynamicznym wzroście skali trudności w radzeniu sobie z problemami życia codziennego wśród mieszkańców dużych miast, co powoduje coraz większą potrzebę poszukiwania tzw. profesjonalnej pomocy.

Z tego punktu widzenia, zwiększający się udział państwa w rozwiązywaniu problemów rodzinnych, małżeńskich, wychowawczych, majątkowych itp. może wskazywać na pewne przesunięcia w dotychczas istniejących sieciach wsparcia społecznego dostępnych przeciętnemu mieszkańcowi dużego miasta w sytuacjach kryzysowych. Jeśli weźmie się również pod uwagę to, że Polska należy do krajów o dramatycznie rosnących nierównościach i rozwarstwieniu statusu społecznego i majątkowego, można na Zygmuntem Baumanem stwierdzić, że należymy do krajów dotkniętych poważnym ryzykiem wystąpienia kryzysów psychologicznych wszelkiego typu oraz wzrostu zachorowań na choroby psychiczne. Powyższe spostrzeżenia stanowią dla mnie inspirację do zastanowienia się nad antropologicznymi wymiarami radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i odzyskiwania samodzielności społecznej oraz szeroko pojętego zdrowia/sprawnego funkcjonowania (*well-being*).

Na podstawie doświadczeń i refleksji z pracy w poznańskim Punkcie Interwencji Kryzysowej spróbuję odpowiedzieć na pytanie o to, czy można mówić o zatamywaniu się/niewydolności tradycyjnych sieci wsparcia społecznego dostępnych w dużym mieście oraz zastanowić się nad tym, czy możliwe jest odwrócenie procesu postępującej instytucjonalizacji pomocy w odniesieniu do problemów społecznych.

Mgr Antonina Doroszevska

Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

e-mail: a.doroszevska@gmail.com***Medykalizacja macierzyństwa i jej wpływ na wykonywanie zawodów lekarza i położnej***

Postępujący proces medykalizacji dotyka coraz nowych dziedzin życia społecznego. Jedną ze sfer szczególnie zmedykalizowanych w ostatnich latach jest opieka nad kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą. Dawniej ciąża i poród były uznawane za zjawiska naturalne, w których kobiecie potrzebna jest fachowa pomoc, powinna się ona jednak ograniczać do wspomaganie naturalnych instynktów. Dzieci zazwyczaj przychodziły na świat w swoich domach; większość porodów przyjmowały akuszerki, a następnie - dyplomowane położne. Podejście takie dotyczyło opieki nad fizjologiczną ciążą, porodem i porodem. W przypadku komplikacji, w środowiskach bardziej wykształconych czy zamożnych zawsze był zwracany lekarz.

Wraz z rozwojem medycyny i opieki zdrowotnej w XX w. także w tej dziedzinie zaszło bardzo wiele zmian. Należą do nich m.in. uznanie, że najlepszym miejscem na poród jest szpital, zmiana modelu opieki nad kobietą ciężarną i rodzącą. Współcześnie kładzie się nacisk na zapobieganie potencjalnemu niebezpieczeństwu związanemu z ciążą i porodem, a zatem niezbędna stała się opieka lekarza i ciągłe monitorowanie ciąży i porodu. Nastąpiło przejęcie opieki nad ciężarną i rodzącą przez lekarzy ginekologów i położników, a rola położnych została zmarginalizowana. Przemiany te i inne, o których będzie mowa w referacie, prowadzące do znacznej medykalizacji ciąży i porodu, wpłynęły zarówno na zmiany oczekiwań związanych z zachowaniami kobiet oczekujących dziecka, zmiany podejścia kobiet do ciąży i porodu, jak i na zasadnicze przeobrażenia w zakresie wykonywania roli lekarza i położnej. Przemianom uległy również relacje między tymi zawodami. Celem pracy jest charakterystyka procesu medykalizacji ciąży, porodu i porodu oraz przedstawienie społecznych i kulturowych przemian roli lekarza i położnej związanych z tym procesem, takich jak samodzielność zawodowa położnych, konkurencja, dominacja opieki lekarskiej. Te przemiany zostaną powiązane z technokratycznym i holistycznym modelem porodu Robbie Davis-Floyd. Zaprezentuję również konsekwencje tych przeobrażeń.

Mgr Małgorzata Gdok-Klafkowska

Katedra Etnologii i Antropologii Kulturowej US

e-mail: gdokla@gmail.com

***„Higiena ducha wymaga higieny ciała”, czyli Agni Joga
o zdrowiu i chorobach***

Agni Joga - zwana także Etyką Życia lub Żywą Etyką - to zwarty system filozoficzno-religijny łączący koncepcje Wschodu i Zachodu, znany głównie dzięki Mikołajowi i Helenie Rerichom. W systemie tym bardzo wiele uwagi poświęca się problemowi zdrowia i jego zaburzeń, ujętym w szerokich kontekstach myśli indyjskiej o człowieku i zdrowiu oraz problematyki szkodliwego wpływu człowieka na własne środowisko naturalne. Agni Joga zawiera także konkretne wskazania dotyczące kilkudziesięciu chorób, w tym psychicznych oraz tych, które dziś zwane są cywilizacyjnymi. Wystąpienie stanowi wprowadzenie do rozważań nad medycyną Agni Jogi i jej naukowo-filozoficznymi źródłami.

Prof. Sjaak van der Geest

Medical Anthropology and Sociology Unit, University of Amsterdam
e-mail: S.vanderGeest@uva.nl

Social and cultural efficacies of medicines

Medical anthropology started as an academic (sub)discipline in the Netherlands in the 1970s, and is now a flourishing field of study within cultural anthropology. The University of Amsterdam is offering two masters in medical anthropology, one international and one for Dutch speaking students. For this presentation I will focus on the anthropology of medicines, a field in which our research team has been particularly active.

I will first review the reasons for the worldwide popularity of drugs, and then suggest that some of the same factors may help to understand the growing reluctance to use them in some circumstances.

Next I will draw attention to the social and cultural effects that pharmaceuticals have in specific contexts of use, distribution, production and policy-making. Medicines tend to "lead lives" outside professional medical control. The awareness of the social life of medicines has become an urgent matter with the arrival of affordable anti-AIDS medicines in poor and marginalized communities.

✓ **Mgr Mateusz Glinowiecki**

Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW

e-mail: m.glinowiecki@o2.pl

***Od socjologii choroby w kierunku socjologii zdrowia.
Historia i rola socjologii medycyny w Polsce i na świecie***

Celem referatu jest przybliżenie założeń i przedmiotu zainteresowań socjologii medycyny, czyli dyscypliny stosunkowo młodej, ciągle rozwijającej się i mającej przed sobą szerokie perspektywy. Prezentuję historię i rozwój socjologii medycyny na świecie oraz w Polsce. Punktem wyjścia do dalszych rozważań jest koncepcja Roberta Strausa, dokonująca rozróżnienia na medycynę w socjologii i socjologię w medycynie. Socjologia medycyny przez dłuższy czas zajmowała się jedynie kwestią choroby, patologii i cierpienia, co znajduje wyraz w teoriach takich socjologów i badaczy życia społecznego, jak Parsons, Durkheim, Friedson czy Goffman.

Jako przykład zastosowania tych koncepcji w praktyce służy odniesienie ich do zaburzeń psychicznych. Wybór ten nie jest przypadkowy, gdyż zaburzenia psychiczne stanowią istotny problem społeczny. Według szacunków dotyczą one ponad 14 % polskiego społeczeństwa i niosą ze sobą wiele negatywnych konsekwencji (wykluczenie, niekorzystny odbiór społeczny, stereotypy, dyskryminacja).

Przedstawiam również zmianę światopoglądową, która dokonała się w latach 80. XX wieku, a która polegała na przejściu od tematyki choroby do zdrowia z wszystkimi jego aspektami. Omawiam m.in. koncepcje „zdrowia pozytywnego”, „Mandali zdrowia” oraz zakres tematyki, którą zajmują się współcześni socjologowie zdrowia. Zastanawiam się nad rolą, jaką może odegrać socjologia w kształtowaniu się w społeczeństwie właściwego postrzegania zdrowia i choroby, nad tym, co można zrobić, by odbiór społeczny ludzi chorych (zwłaszcza chorych psychicznie czy niepełnosprawnych) uległ zmianie oraz w jaki sposób można kształtować w społeczeństwie postawy prozdrowotne.

✓ Dr hab. Jaromir Jeszke, prof. UAM

Wydział Pedagogiczno-Artystyczny UAM

e-mail: jeszke@amu.edu.pl

Homeopatia - symbol kryzysów europejskiej kultury medycznej

Zjawisko homeopatii należy do ciekawszych w dziejach historii medycyny. Doktryna i związana z nią praktyka terapeutyczna powstały w dobie kryzysu medycyny europejskiej przełomu XVIII i XIX stulecia. Z niewielkimi zmianami w założeniach teoretycznych i niemal bez korekty procedury leczniczej przetrwała dwa stulecia, ciesząc się akceptacją pacjentów i jednocześnie budząc silne kontrowersje w środowisku lekarskim. To właśnie owa niezmiennosc homeopatii w tak długim przedziale czasu czyni ją jednym z bardziej fascynujących zjawisk w europejskiej kulturze medycznej. W XIX i XX wieku zachodziły bowiem procesy, które odmieniły nie tylko medycynę, ale także całą kulturę medyczną Europy, przy czym zmiany te zachodziły niezwykle dynamicznie. Jako przykład można przywołać zmiany ideału nauk medycznych, paradygmatów biomedycznych, standardów racjonalności naukowej zachodzące w medycynie ostatnich dwustu lat. Z drugiej strony, przemiany widoczne były w postrzeganiu choroby i w związanych z nimi „wizjach świata i człowieka”. Społeczna koncepcja zdrowia i choroby zmieniała się równie dynamicznie i nie zawsze była zbieżna z ich akademicką wizją. Zarówno „świat medycyny”, jak również obszary kultury pozostające poza jego granicami przekształcały się niezwykle dynamicznie. Homeopatia balansowała pomiędzy światem medycyny i kręgami społecznymi, które się do niego nie zaliczały. Kulturowe źródła przetrwania czerpała z obu obszarów, choć w poszczególnych okresach swoich dziejów z różną intensywnością z każdego z nich. Jednakże tam, gdzie ich „wizje świata i człowieka” i związane z nimi koncepcje zdrowia i choroby były odmienne - homeopatia stawała się obiektem krytyki. A towarzyszyła jej ona przez niemal cały okres jej dziejów.

✓
Prof. dr hab. Maria Kaczmarek

Instytut Antropologii UAM

e-mail: makac@amu.edu.pl

Menopauza w ujęciu biokulturowym

Celem pracy jest pokazanie sprzężeń między biologią i kulturą w doświadczaniu i pojmowaniu zjawiska menopauzy. Menopauza to cecha historii życia niektórych ssaków i naczelnych, w tym gatunku ludzkiego. Praca omawia biologiczne, demograficzno-społeczne i kulturowe aspekty menopauzy. Przedstawia zagadnienie pochodzenia i ewolucji menopauzy, przytacza argumenty zwolenników adaptacyjnego i nieadaptacyjnego wyjaśnienia pochodzenia menopauzy (presji ekologicznych i zmian anatomiczno-funkcjonalnych w budowie ciała związanych z procesem encefalizacji i przyjęciem dwunożnej lokomocji, jako czynnikami selekcji; argumenty odnoszące się do głównych hipotez wyjaśniających zjawisko menopauzy: hipotezy matki, hipotezy bezradności, hipotezy babki oraz hipotezy konfliktu reprodukcyjnego). Omawia biologiczny aspekt menopauzy (bezpowrotny koniec płodności, wiek wystąpienia menopauzy naturalnej), aspekt endokryny (zmiany w mechanizmie regulacji neuro-hormonalnej) i kliniczny (symptomy klimakteryczne). Analizuje konsekwencje menopauzy dla zdrowia i jakości życia kobiet. Następnie biomedyczny obraz menopauzy przedstawia w kontekście społecznym i kulturowym. Omawia kwestię społecznych „kosztów” menopauzy i wydłużonego życia kobiet, styl życia kobiet, w szczególności sposób żywienia, kulturowy wymiar odczuwania symptomów klimakterycznych. Przy pomocy modelu biokulturowego wyjaśnia mechanizm wzajemnych powiązań biologii i kultury.

Dr Mariusz Kairski

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: survpoz@amu.edu.pl

Osoba i anty-osoba, zdrowie i choroba w społeczeństwie E'ñepá (Amazonia wenezuelska)

E'ñepá, indiański lud zamieszkujący Amazonię wenezuelską, kojarzy zdrowie z dwoma stanami: dobrym samopoczuciem i aktywnością fizyczną. Stan pierwszy powiązany jest z koncepcją „dobrego, radosnego serca”, serca rozumianego jako pudło rezonansowe otaczającej rzeczywistości, rodzaju echa, które w sercu przybiera postać afektu. Wiele praktyk tego ludu bezpośrednio lub pośrednio buduje, podtrzymuje i poszerza stany „dobrego serca”. Stan drugi, to nieobecność serca, rozumianego jako rodzaj nieobecności osoby. Posiadać serce bowiem, to być świadomym, zawsze, cały czas, bez przerwy: • być żywym = być ciałem rozumianym jako forma (kształt, sylwetka); oznacza aktywność ciała-formy, jego obecność i widoczność a zarazem nieświadomość jego aktywności; być żywym to być osobą-ciałem-formą; • być okresowo „martwym” = być anty-ciałem-formą, oznacza nieaktywność i nieobecność ciała-formy, a zarazem świadomość jego aktywności (np. podczas snu), wtedy pojawia się bowiem inna forma świadomości, przedłużenie tej pierwszej; być okresowo „martwym” to być osobą, jako ciałem-formą; • gdy na stałe traci się świadomość (śmiertelnie chorując, konając, w końcu umierając), jest się martwym, nie posiada się ciała-formy, jest się nie tylko „na stałe” anty-ciałem-formą ale też nie-osobą: (a) zmarłym (*moré'*) który nie ma świadomości przeszłości a co za tym idzie tożsamości (tożsamość = pokrewieństwo), gdyż w procesie umierania = transformacji ciała z żywego w martwe pozbawiony zostaje pamięci dotychczasowego życia (przez innych zmarłych), (b) „pozostałością” aktywności swego byłego ciała-formy (cieniem, odbiciem, echem), nie mają one świadomości bo nie mają pamięci.

Tak więc brak aktywności fizycznej ciała to bycie anty-ciałem = bycie ciałem operującym w anty-świecie. W związku z tym, „być zdrowym” i „być chorym” to stany pomiędzy radością serca i jego smutkiem; obecnością serca i jego czasową lub stałą nieobecnością.

✓ Dr Piotr Klafkowski

Katedra Etnologii i Antropologii Kulturowej US

e-mail: gdokla@gmail.com

Idąc Drogą Zwycięzców - myśl o zdrowiu w filozofii dżajizmu

Tradycyjną medycynę indyjską rozpatrywać możemy na kilka sposobów. Merytoryczny, najbardziej oczywisty, to podział na trzy wielkie szkoły - ajurwedę, siddhis i unani. Inny podział ma charakter bardziej partykularny i odnosi się nie tyle do samych wielkich szkół, lecz do reakcji ludzi wyznających różne systemy filozoficzno-religijne, a zwłaszcza cztery rdzenie indyjskie: religię wedyjską (ongis zwaną brahminizmem, a obecnie znaną pod nazwą "hinduizm"), buddyzm, dżajizm (zwany u nas także dżinizmem) i sikhizm. Każdy z tych systemów wykształcił u swych wyznawców określone koncepcje zdrowia i reakcje na choroby.

Referat niniejszy stara się przedstawić myślenie o zdrowiu i chorobach wywodzące się z dżajizmu, indyjskiego systemu filozoficzno-religijnego powstałego niemal równocześnie z buddyzmem, lecz bardzo odmiennie. Założenia myśli dżajnijskiej wydają się tworzyć logiczny i zwarty system o charakterze globalnym, którego przyjęcie mogłoby przydać się całemu światu bez względu na wyznawaną religię. Dżajizm przedstawiony zostaje na tle innych tradycyjnych systemów indyjskiej nauki o zdrowiu i chorobach. Omówiono podstawowe zalecenia i wskazania dotyczące opieki szpitalnej nad pacjentami wyznającymi hinduizm, dżajizm, buddyzm i sikhizm. Wskazano również na specyficzne podejście dżajnijskie wywodzące się z indyjskiej nauki o człowieku jako psychofizycznej jedności i całości. Perspektywę dżajnijską wybrano jako motyw przewodni z uwagi na fakt, iż w dzisiejszym świecie dżajizm jest bardzo mało znany, a często i niesłusznie uważany jest za coś bardzo podobnego do buddyzmu.

✓ **Mgr Michał Kocikowski**

Instytut Kultury Polskiej UW
e-mail: m.j.kocikowski@gmail.com

Modlitwa charyzmatyczna o uzdrowienie jako praktyka lecznictwa komplementarnego

Ruch odnowy charyzmatycznej, który ma swoje źródło w protestanckich kościołach pentakostalnych (zielonoświątkowych), pojawił się w Kościele katolickim w pod koniec lat 60. ubiegłego stulecia na fali reform wprowadzonych po Soborze Watykańskim II. W Polsce pierwsze wspólnoty Odnowy w Duchu Świętym powstały w latach 80., a ich intensywny rozwój nastąpił w latach 90. Modlitwa o uzdrowienie jest istotną praktyką wspólnot charyzmatycznych, głęboko związaną z ich duchowością.

W ramach realizowanego przeze mnie projektu badawczego zbieram i analizuję narracje biograficzne osób, które doświadczyły uzdrowienia z chorób fizycznych w kontekście wyżej wymienionych praktyk modlitewnych będących, według mnie, swoistymi praktykami lecznictwa komplementarnego. Biorąc pod uwagę tę perspektywę, można analizować opowieści uzdrowionych osób jako historie ujmujące całościowo doświadczenie choroby, gdyż pojawiają się w nich zarówno wątki dotyczące przebiegu leczenia i kontaktów ze służbą zdrowia, jak również kwestie dotyczące życia codziennego, zawodowego, relacji rodzinnych i wreszcie interpretacje religijne tegoż doświadczenia. Można też zastanawiać się nad źródłem atrakcyjności religijnego modelu wyjaśniającego dla tych osób oraz postawić pytanie o przyczyny poszukiwania komplementarnych praktyk uzdrawiania, dynamikę owych procesów decyzyjnych, a także rodzaj relacji między obydwoma modelami - religijnym i medycznym.

✓ **Mgr Iwona Kołodziejska-Degórska**

Instytut Badań Interdyscyplinarnych „Artes Liberales” UW
 Ogród Botaniczny UW
 e-mail: lwonak@biol.uw.edu.pl

Eklektyzm wiedzy o roślinach leczniczych i jego konsekwencje dla metod badawczych na przykładach z południowej Bukowiny (Rumunia) i Podola wschodniego

Lokalna wiedza o roślinach leczniczych stanowi bardzo istotną część lokalnej wiedzy o środowisku (LEK) mieszkańców wsi na południowej Bukowinie i Podolu wschodnim. Jak każda wiedza potoczna, jest ona eklektyczna. Pochodząc z różnych źródeł, z których najważniejszymi, ale nie jedynymi, są przekaz ustny oraz codzienne indywidualne doświadczanie przyrody, w dużym stopniu ma ona charakter wiedzy wcielonej, wynikającej z indywidualnego zaangażowania i postrzegania środowiska. Jednak niebagatelny wpływ na nią mają też źródła pisane - czasopisma, atlasy roślin leczniczych, poradniki, jak również telewizja i inne media. Są to elementy lokalnej wiedzy o roślinach leczniczych mające bardziej kognitywny charakter, pochodzące spoza kontekstu codziennego doświadczenia.

Jaka jest relacja między różnymi elementami LEK? Jak oddziałują na siebie nawzajem? Całościowe podejście do lokalnej wiedzy o roślinach leczniczych, zarówno ze względu na jej heterogeniczny charakter, jak i to, że dotyczy ona przyrody, wymaga multidyscyplinarnych metod badania. W prezentacji zamierzam przedstawić zalety, wady oraz implikacje teoretyczne kilku z podejść, które znalazły zastosowanie podczas badań na Bukowinie i Podolu. Bardzo ważnym z nich - dającym możliwość doświadczania przez badacza tego, jak wiedza o roślinach jest przekazywana - jest terminowanie u osoby leczącej. Innym jest analiza materiałów pisanych - czasopism czytanych przez rozmówców, kolejnym - analiza materiału roślinnego przechowywanego przez rozmówców w domach i uprawianego w przydomowych ogródkach. Na tych przykładach pokażę niektóre ze sposobów połączenia warsztatu antropologa i biologa w badaniu lokalnej wiedzy o roślinach leczniczych.

✓ **Dr Elżbieta Korzeniowska**

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź
e-mail: el_ko@imp.lodz.pl

Specyfika postaw wobec zdrowia Polaków o różnym poziomie wykształcenia

Celem wystąpienia jest charakterystyka sposobów postępowania wobec własnego zdrowia (stanu realizacji wybranych zachowań zdrowotnych) oraz towarzyszących im treści myślenia o zdrowiu (w tym szczególnie autooceny i sposobu lokalizowania kontroli w zakresie własnego stanu zdrowia, przekonań na temat tego, jak dbać o zdrowie oraz wiedzy w tej dziedzinie oraz poziomu gotowości do jej doskonalenia - aspekty tzw. *health literacy*) wśród przedstawicieli lepiej wykształconych (tzn. co najmniej absolwentów szkół średnich) i gorzej wykształconych (absolwentów co najwyżej zasadniczych szkół zawodowych) pracowników w Polsce. Podstawę do takiego syntetyzującego opisu stanowią przede wszystkim ustalenia realizowanych przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy badań ilościowych i jakościowych (w tym szczególnie przeprowadzonych za pomocą wywiadu kwestionariuszowego na reprezentatywnych próbach w 2007 i 2009 r. oraz wywiadów swobodnych w grupie 50 i 100 respondentów, wykonanych w 2009 i 2010 r.). Podjęta zostanie próba przedstawienia kulturowego wzoru traktowania zdrowia w tak wyróżnionych dwóch zbiorowościach z punktu widzenia socjologii zdrowia oraz ich profili psychograficznych na potrzeby edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

✓ **Dr Ewelina Kostrzewska**

Instytut Historii UŁ

e-mail: ewekostrzewska@o2.pl

Być kobietą zadbaną. Kosmetologia w dobie fin de siecle'u

Na przełomie wieku XIX i XX, w modernistycznej atmosferze epoki kształtowały się nowe wizje kobiecości, którym emancypacja i feminizm nadawały specyficzne rysy. Wzrastająca samodzielność kobiet na gruncie życia społecznego i prywatnego nie umykała uwadze środowisk lekarskich. Przedstawiciele różnych gałęzi medycyny nie tylko włączali się w publiczne dyskusje na temat zdrowia i higieny kobiet, ale również służyli im pomocą w pielęgnowaniu urody. Ówczesna prasa zapelniała się licznymi artykułami poświęconymi tej tematyce, a także adresowanymi do kobiet poradami i wskazówkami z zakresu estetyki ciała. Wszelkie w tej dziedzinie koncepcje czy sugestie spotykały się z żywym zainteresowaniem czytelniczek, które poprzez korespondencje oraz udział w prasowych dyskursach określały własne w tej mierze poglądy i oczekiwania. Analiza tekstów prasowych, poradników, kalendarzy i innych wydawnictw pozwala na przedstawienie zarówno estetycznych kanonów kobiecej urody, jak i roli, jaką w tym zakresie miała odgrywać kosmetologia. Daje również możliwość zasygnalizowania przemian obyczajowych zachodzących w dobie fin de siecle'u.

✓
Mgr Katarzyna Kubat

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UJ

e-mail: katarzyna.kubat@uj.edu.pl

Problem jadłowstrętu psychicznego w polskich podręcznikach do psychiatrii

Celem mojego wystąpienia jest ukazanie sposobów przedstawiania i interpretowania problemu zaburzeń jedzenia (głównie *anorexii nervosa*) w polskich podręcznikach do psychiatrii w latach 1845 - 2003 i pokazanie materiałów, tekstów źródłowych z zakresu medycyny jako wartościowego materiału antropologicznego.

Przeprowadzona przeze mnie analiza odnosi się do koncepcji dyskursu Michela Foucault i wpisuje w założenia antropologii medycznej, głównie jej nurtu interpretatywnego. Szczególnie istotną jest tutaj kwestia choroby psychicznej - nie tylko ze względu na kulturowe uwarunkowania pojęcia normy i patologii, ale także sam mechanizm konceptualizowania dewiacji za pomocą kulturowych schematów i kategorii. Wspomnę o związkach *anorexii nervosa* z kulturą popularną i potocznych racjonalizacjach dotyczących choroby. Przede wszystkim jednak skoncentruję się na medycznych sposobach przedstawiania zaburzenia. W referacie znajdą się przykłady opisów *anorexii* i problemu głodzenia, przedstawione w perspektywie czasowej, zaczerpnięte z polskiej literatury psychiatrycznej. Przedstawię związki obrazów choroby z wyobrażeniami na temat kobiecości, ról płciowych i ciała. Wskażę także na związki pomiędzy sposobami konceptualizowania omawianego problemu a szerszym kontekstem kulturowym i społecznym.

✓ **Dr Justyna Laskowska-Otwinowska**

Państwowe Muzeum Etnograficzne, Warszawa
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
e-mail: laskowskaotwinowska@gmail.com

Kulturowo - historyczne uwarunkowania oraz społeczna samoregulacja problemu zdrowego odżywiania się

Celem referatu jest zaprezentowanie historycznych mód na zdrowe odżywianie się oraz społecznej reakcji na nie. „Mody” dietetyczne pojawiły się wraz z rozwojem nauk medycznych w XIX w. i stały się „chlebem powszednim” codziennej praktyki w XX i XXI w. Jako temat niezwykle istotny, weszły do dyskursu publicznego i naukowego, ale też stale wywołują skutki zdrowotne widoczne w wymiarze ogólnoludzkim. Społeczności ludzkie pozostają z nimi w żywej interakcji, reagując na wyzwania dietetyczne często w zaskakujący sposób.

Obok historycznych form dietetyki, zaprezentuję współczesne zjawisko ograniczania sobie pożywienia, obecne nie tylko w opisaney już przez naukowców (Dorothy Raw, Susan Orbach, Anthony Giddens) anoreksji, ale przede wszystkim w innych, mniej znanych antropologom i socjologom postaciach (np. głodówek leczniczych) oraz leżące u ich podłoża motywacje, które można określić wspólnym mianem „sakralizacji” głodzenia się.

Dr Izabella Main

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: imain@amu.edu.pl

Strategie zdrowotne polskich emigrantek w Barcelonie i Londynie

W wystąpieniu przedstawię wstępne wnioski dotyczące różnych strategii stosowanych przez Polki mieszkające w Barcelonie i Londynie w sytuacji choroby i konieczności leczenia. Polki korzystają z lokalnej służby zdrowia, jednak często wymaga to odpowiednich strategii, na przykład uzyskania dokumentów poświadczających posiadanie ubezpieczenia, informacji na temat systemu opieki zdrowotnej oraz świadczeń dostępnych bezpłatnie i odpłatnie, pomocy językowej. W przypadku dłuższego okresu zamieszkania w Katalonii, znajomość systemu i jego słabości wpływała na decyzję o wykupieniu ubezpieczenia dodatkowego. W Anglii natomiast Polki o wiele rzadziej posiadały takie ubezpieczenia (najczęściej były one jednym z bonusów zatrudnienia w dużych firmach). W Barcelonie wśród Polek była też grupa kobiet pozostających w związkach z obywatelami krajów innych niż Hiszpania i Polska, które często korzystały z anglojęzycznej opieki zdrowotnej dostępnej w ramach specjalnych ubezpieczeń pracowników korporacji międzynarodowych. Było to dużym ułatwieniem dla osób posługujących się w domu językiem angielskim, ze słabą znajomością języka hiszpańskiego i katalońskiego.

Ze względu na możliwość częstych pobytów w Polsce - głównym powodem są wizyty u rodziny - przy łatwości przekraczania granic w Unii Europejskiej oraz dostępności tanich połączeń lotniczych, Polki mogły korzystać i korzystały z leczenia w Polsce. Doświadczenia osobiste, a także informacje czerpane z Internetu, od znajomych i rodziny wpływały na decyzje o miejscu leczenia, zwłaszcza w sytuacjach, gdy ingerencja medyczna nie była konieczna natychmiast. Inne czynniki istotne przy podejmowaniu decyzji o miejscu leczenia to długość pobytu, status zawodowy, znajomość języka i kultury. Różne dodatkowe aspekty związane ze strategiami zdrowotnymi Polek za granicą wynikają też z sytuacji transnarodowości, migracji wahadłowej, z założenia krótkoterminowej, czy też migracji między wieloma krajami.

Dr Marcin Moskalewicz

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

e-mail: moskalewicz@gmail.com

Czy istnieje choroba jako taka? Perspektywa fenomenologii hermeneutycznej

Celem wystąpienia będzie wskazanie na korzyści płynące z zastosowania perspektywy fenomenologicznej do badania antropologicznie ujętego zjawiska choroby. Podstawową zaletą fenomenologii zastosowanej do badania zjawisk medycznych jest fakt, iż burzy ona porządek normalności i patologii w postaci definiowanej przez nowoczesną biomedycynę. Sens nadawany w ramach tego porządku chorobie, głównie ilościowy i technologiczny, może zostać tym samym ujęty w nowe ramy, a częstokroć odwrócony. Analiza egzystencjalna prowadzi nas przede wszystkim do wyróżnienia trzech zasadniczych postaci tego samego zjawiska - choroby, która inaczej jawi się lekarzowi, inaczej pacjentowi, a jeszcze inaczej świadomości społecznej. Mamy wówczas to czynienia z chorobą jako: (1) odchyleniem od statystycznej normy populacyjnej, (2) przeżyciem cierpienia (rozumianego nie tylko „fizycznie”, ale także jak zaburzenie struktury usensowniania świata), (3) dewiacją wobec funkcjonalnej, społecznej normy. Czy perspektywa fenomenologiczna daje nam także możliwość określenia „istoty” choroby - choroby jako takiej? W wystąpieniu wskazane zostaną dwie prowadzące do tego celu strategie. Pierwsza, w nawiązaniu do hermeneutycznej interpretacji fenomenologii, w szczególności zaś do późnego Gadamera oraz Richarda Zanera, polegałaby na ujęciu (fenomenologiczno-hermeneutycznym) choroby jako fuzji horyzontów *disease* oraz *illness*, zachodzącej w sytuacji spotkania klinicznego w przeżyciu zewnętrznego obserwatora (antropologa). Redukcja fenomenologiczna polegałaby tutaj na zawieszeniu metafizycznych sądów dotyczących „natury” choroby i doświadczeniu całości zjawiska relacji nawiązującej się pomiędzy lekarzem a pacjentem. Warunkiem możliwości tego rodzaju refleksji sytuacyjnej musiałby być autentyczny dialog, w którym pierwotna asymetria doświadczeń lekarza i pacjenta zostałaby przekroczona. Strategia druga wychodziłaby z kolei od zantropologizowanej analizy metafizycznej i próby określenia „właściwej” (M. Heidegger), ahistorycznej struktury bycia człowieka - opartej m. in. na otwartości i autentycznej strukturze czasowości - interpretowanej jako sytuacja zdrowia (w ogóle). Jej załamanie czy wypaczenie mogłoby zostać ujęte w kategoriach medycznych w postaci choroby jako takiej.

✓ Dr Andrzej W. Nowak

Instytut Filozofii UAM

e-mail: andrzej.w.nowak@gmail.com

Zdrowie a ambiwalencja natury i naturalności w dyskursie zwolenników medycyny alternatywnej

Celem referatu jest pokazanie specyfiki odniesień do pojęcia „natury” i „naturalności” w dyskursie polskich środowisk propagujących „medycynę alternatywną”. W części empirycznej wystąpienia przedstawię wybrane środowiska zajmujące się medycyną alternatywną. Część teoretyczna będzie służyła pokazaniu specyficznego statusu „medycyny (nauki)” i „natury” w sporach pomiędzy zwolennikami „medycyny alternatywnej” a zwolennikami medycyny potwierdzalnej doświadczalnie (*evidence based medicine*). Wskażę, w jaki sposób antropologiczna koncepcja „ekologii politycznej” stworzona przez Bruno Latoura może służyć jako narzędzie do zrozumienia powyższych sporów. Analizy będą wsparte odniesieniem do antropologii medycyny Annemarie Mol (książki: *Body Multiple, The Logic of Care*) i pokazaniem napięcia w obrębie medycyny, w której pacjent jest zarówno uczestnikiem podsystemu nauki, jak i ekonomii. Celem wystąpienia jest pokazanie społecznych, kulturowych i politycznych aspektów sporu o zdrowie i naturę. Podążając za antropologiczną rekonstrukcją dokonaną przez Bruno Latoura wiemy, że odwołanie się do pojęcia natury pozwala w debacie publicznej zająć wygodną pozycję kogoś, kto mówi w imieniu tejże natury. To zaś pozwala na uniknięcie realnego sporu, zamknięcie kontrowersji. Analiza dyskursu medycyny naturalnej pokazuje, zgodnie z diagnozą Ulricha Becka, że dziś każde doświadczenie musi być zapośredniczone poprzez naukę, także sprzeciw wobec nauki. Analiza dyskursów obecnych w „kulturach” medycyny alternatywnej pokazuje obecność obu strategii: polityzacji natury i naukowego zapośredniczenia antynaukowego sprzeciwu.

✓ **Mgr Elżbieta Nowosielska**

Instytut Historii UW

e-mail: tennentou@gmail.com

Melancholia jako choroba w świetle XVIII-wiecznej medycyny

W XVIII-wiecznej Rzeczypospolitej termin melancholia nie był jednoznaczny. Określano nim, często nawet w tym samym dziele, jeden z czterech humorów znajdujących się w ciele człowieka mający wpływ na jego zdrowie i charakter, tymczasowe uczucie lub nastrój, a także chorobę. W tym ostatnim znaczeniu był on często klasyfikowany przez badaczy jako dawna nazwa depresji, jednak brak szczegółowego opisu objawów bądź nieprecyzyjna terminologia uniemożliwiają postawienie znaku równości między tymi pojęciami. Z tego też powodu nie będę próbowała tłumaczyć XVIII-wiecznych traktatów medycznych na język współczesnej medycyny.

Celem mojego referatu będzie natomiast określenie, jak dokładnie definiowano tę dolegliwość w omawianym okresie, co uważano za jej przyczynę oraz jak próbowano ją leczyć. Spróbuję także pokazać na podstawie wybranych przykładów z literatury dewocyjnej i pamiętników, jak odbierano cierpiących na melancholię ludzi i jakie było ich miejsce w społeczeństwie. Podstawowym źródłem do mojego wystąpienia będą podręczniki medyczne, zielniki i inne fachowe publikacje z interesującego mnie okresu.

✓
Mgr Aleksandra Patyk
Mgr Justyna Stacherzak-Raczkowska

Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego, Akademia
Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław
e-mail: ptyk24@wp.pl; justyna@stacherzak.pl

Rola psychologa na oddziałach szpitalnych a oczekiwania pacjentów i personelu medycznego

Coraz częściej na oddziałach szpitalnych, wśród członków zespołu leczącego, pojawia się psycholog pracujący z chorymi somatycznie. Jest to sygnał, iż model stricte biomedyczny powoli się dezaktualizuje i coraz częściej podkreśla się rolę psychiki w leczeniu różnorodnych schorzeń, rehabilitacji itp. Wsparcie psychiczne jest bardzo istotnym elementem leczenia i warunkiem szybkiego powrotu do zdrowia. Rozwija się również dział psychologii zwany psychologią zdrowia, która zajmuje się poznaniem wpływu czynników psychologicznych na zdrowie człowieka, określeniem ich znaczenia w zachowaniu zdrowia/powstaniu chorób oraz ich roli w kształtowaniu zachowania ludzi w sytuacji choroby. W ostatnich latach nastąpił wzrost zatrudnienia psychologów na oddziałach szpitalnych. Równocześnie, dokładne określenie roli psychologa oraz zakresu jego oddziaływań nadal jest kwestią podlegającą dyskusji. W literaturze wymieniane są dwa zasadnicze obszary działalności: diagnostyczny oraz szeroko pojęta pomoc, pod której pojęciem kryją się działania terapeutyczne, doradcze, wsparcie emocjonalne i informacyjne, a także działania psychoedukacyjne. Adresatami tych działań są zarówno potrzebujący ich pacjenci, ich rodziny, jak i sam personel medyczny. Celem naszych badań jest szczegółowe zapoznanie się z oczekiwaniami pacjentów i personelu medycznego oraz zapotrzebowaniem na określone czynności podejmowane przez psychologa. Przedmiotem badań jest także rozumienie pojęć takich, jak terapia, wsparcie, zarówno wśród pacjentów, jak i personelu medycznego. Badania prowadzone są z użyciem metod jakościowych i ilościowych.

Dr hab. Danuta Penkala-Gawęcka prof. UAM

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: danagaw@amu.edu.pl

„Nasza” antropologia medyczna - źródła, kierunki, związki

Celem wystąpienia jest ukazanie różnorodnych inspiracji i źródeł - tak lokalnych, jak i światowych - z których czerpała polska antropologia medyczna w swym rozwoju oraz zaakcentowanie jej silnych związków z innymi dyscyplinami nauki, zwłaszcza z naukami społecznymi, jak socjologia medycyny oraz humanistycznymi, jak historia medycyny. Mimo że antropologia medyczna w Polsce wyszła już ze stadium „wykluwania się” i staje się w coraz większym stopniu uznaną dziedziną antropologii kulturowej, zdaje się nadal doceniać znaczenie „siostrzanych” dyscyplin, od których wiele zyskała i zyskuje, i nie tracić ich z pola widzenia.

Powiązania interdyscyplinarne są znaczące dla antropologii kulturowej w ogóle, niemniej antropologia medyczna, jako nauka zajmująca się problemami zdrowia, choroby i leczenia, jest bardziej niż inne dziedziny bliska naukom przyrodniczym, m.in. antropologii biologicznej, naukom medycznym, botanice czy farmakologii. W wystąpieniu wskażę na charakter tych związków „naszej”, polskiej antropologii medycznej i ich dalsze perspektywy, sięgając także do własnych doświadczeń naukowych.

✓ **Dr hab. Włodzimierz Piątkowski**

Zakład Socjologii Medycyny i Rodziny UMCS

Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny Uniwersytet Medyczny,
Lublin

e-mail: piatk@bg.am.lublin.pl

Choroba w relacjach pacjentów uzdrowicieli. Punkt widzenia „socjologii leczenia niemedycznego”

Referat ukazuje w syntetyczny sposób konceptualizację badań nad chorobą w ramach polskiej i zachodniej socjologii medycyny, od klasycznych ujęć Talcotta Parsonsa i Eliota Freidsona do nowszych koncepcji prezentowanych m.in. przez Sarah Nettleton czy Williama Cockerhama. Problematyka „społecznego kontekstu choroby” zostaje odniesiona do koncepcji „socjologii leczenia niemedycznego” rozwijanej przez autora na gruncie socjologii od roku 1998. Prezentacja ukazuje przykłady relacji między leczonym i leczącym, gdy obie strony są laikami nie posiadającymi formalnego wykształcenia medycznego. Warto pamiętać, że stosowanie metod nieprofesjonalnych (łącznie z samoleczeniem) ma w Polsce większy wpływ na stan zdrowotności populacji niż system instytucjonalnej medycyny, a równocześnie ilość systematycznych badań na ten temat jest znikoma.

Zaprezentowane będą niepublikowane relacje pacjentów uczestniczących w cyklu telewizyjnych programów „niekonwencjonalnej psychoterapii” Anatolija M. Kaszpirowskiego. Z analizowanego materiału 3211 zarejestrowanych „narracji” wybrano kilkanaście dotyczących subiektywnego, laickiego widzenia problematyki choroby. Schemat analizy zastosowany też we wcześniejszych badaniach umożliwi m.in. odtworzenie potocznej wiedzy etiologicznej, laickich poglądów profilaktycznych, wiadomości „zwykłych ludzi” (*lay people*) na temat rozpoznawania najczęstszych chorób oraz ich opinii dotyczących efektywności niekonwencjonalnych terapii. W prezentacji autor odnosi się również do najnowszej koncepcji badań *complementary and alternative medicine* zaprezentowanej przez Hansa A. Baera.

Mgr Anna Pietrzyk

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UL

e-mail: anna_pietrzyk@op.pl

Mitologia zarazy. Świńska grypa w tekstach folkloru elektronicznego

Niniejszy referat poświęcony jest analizie folkloru elektronicznego świńskiej grypy. Tworzą go zarówno treści rodzime, jak też zapożyczone i zaadoptowane z zewnątrz (ze źródeł anglojęzycznych). Ich analiza wskazuje, że świńska grypa przynależy do kulturowego fenomenu zarazy. Jako zjawisko nie tylko epidemiologiczne, lecz także kulturowe pozostawia symboliczny ślad w zbiorowej wyobraźni. Znajduje to odbicie w terminach, sformułowaniach i symbolach używanych w przekazach medialnych i potocznych do opisu tego zjawiska. Uwidocznia się w nich tradycyjny sposób postrzegania choroby, lekarzy oraz czasu i jego kategoryzacji.

Pojawienie się widma pandemii w nowoczesnym świecie cywilizacji Zachodu burzy kosmiczny ład. Człowiek współczesny, nie znajdując wystarczającego oparcia w zdobyczach medycyny i technologii, sięga po struktury długiego trwania, do których należy mit zarazy. Poszukuje na niebie znaków nadchodzącej zarazy, szuka „kozła ofiarnego”, którego mógłby obarczyć winą za globalny kataklizm.

Świńska grypa ewokuje określony sposób myślenia o świecie oraz specyficzne zachowania zdrowotne. Wszystko to, wraz z folklorem świńskiej grypy, stanowi element współczesnej kultury zdrowotnej i jako taki podlegać może dalszej analizie.

Dr hab. Bożena Plonka-Syroka, prof. AM we Wrocławiu

Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego, Akademia
Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław

e-mail: bozena@plonka-syroka.pl

***Niemiecka medycyna romantyczna w perspektywie badań
kulturowych nad historią nauk przyrodniczych***

Niemiecka medycyna romantyczna (1797-1848) jest szczególnym obiektem badań historiografii nauk przyrodniczych ze względu na obecność w jej strukturze pojęciowej imputacji kulturowych, niewspółmiernych wobec głównego nurtu modernizacji europejskiego przyrodoznawstwa. Zarówno uniwersum, które niemieccy romantycy medyczni postrzegali jako realnie istniejące, jak i dostosowane do niego metody poznania, oczekiwania dotyczące efektywności procesów poznawczych oraz sformułowanie programu medycyny jako nauki różniły się w istotny sposób od współczesnych im koncepcji teoretycznych, będących podstawą medycyny akademickiej w innych krajach europejskich. Różnica ta była widoczna zarówno dla lekarzy niemieckich akceptujących standard teoretyczny określany w historiografii medycyny jako „romantyczny”, jak i dla im współczesnych przedstawicieli innych wspólnot akademickich (francuskiej, angielskiej, włoskiej, austriackiej, polskiej itd.), którzy uznawali ów standard za irracjonalny, a wizję świata, do którego się odnosił za kontrfaktyczną. Celem artykułu jest ukazanie możliwości badań historycznej struktury pojęciowej nauk przyrodniczych definiowanej jako konstrukcja zakorzeniona w kulturze, przy wykorzystaniu wybranych metod nauk humanistycznych.

✓
Dr Krzysztof Puchalski

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa
e-mail: krzysztofpuhalski@wp.pl

***Troska o zdrowie w życiu codziennym Polaków.
Racjonalność potoczna a racjonalność medyczna***

Medycyna we współczesnej kulturze euroamerykańskiej może być ujmowana jako instytucja kontroli społecznej, ustanawiająca wzory i normy „codziennych” zachowań dotyczących zdrowia/choroby. Występując w takiej funkcji często obwinia „zwykłych” ludzi za „ułomną” realizację sformułowanych oczekiwań - częściej niż próbuje zrozumieć powody i uwarunkowania ich działań i stylów życia związanych ze zdrowiem.

Referat analizuje specyfikę treści i mechanizmów potocznego myślenia o zdrowiu (jako wyznacznika postępowania), konfrontując je z normatywnym podejściem medycyny do zachowań otaczających zdrowie i chorobę. Przedstawia zróżnicowanie kryteriów zdrowia, stosunku do jego wartości, przekonań o uwarunkowaniach stanu zdrowia etc., a także próbuje powiązać je z kontekstem społecznym, w którym treści te przybierają specyficzne znaczenia.

Prezentowany opis zachowań i świadomości społecznej opiera się głównie na danych sondażowych oraz, w mniejszym zakresie, wywiadach pogłębionych, pochodzących z badań realizowanych w ostatnich latach (zarówno przez autora, jak pozyskanych z innych źródeł). Dane te okazują się niejednoznaczne, stąd zgłoszono postulat współpracy socjologii i antropologii medycznej w rozumieniu kontekstowo zmiennych przekonań i zachowań społeczeństwa. Podjęto próbę wskazania hipotez na temat mentalnych przyczyn działań potocznych, odbiegających od oczekiwań medycznych.

Akcent na normatywno-kontrolne funkcje medycyny nie oznacza tu krytyki zjawisk medykalizacji. Przyjęty zostaje raczej punkt widzenia „socjologii dla medycyny”, który kieruje uwagę na poszukiwanie możliwości współpracy pomiędzy naukami społecznymi i medycznymi w rozumieniu, ale także kreowaniu prozdrowotnej aktywności „zwykłych” ludzi.

✓
Mgr Danuta Raj

Katedra i Zakład Farmakognozji AM im. Piastów Śląskich, Wrocław
e-mail: dankaraj@wp.pl

***Analiza leków i kuracji występujących w polskich
pamiętnikach z XVII i XVIII wieku***

Niniejszy artykuł stanowi rozwinięcie badań prowadzonych przez historyków nad historią medycyny. Na podstawie prac prowadzonych przez mgr. Jakuba Węglorza wyłoniono grupę medykamentów i terapii stosowanych przez autorów pamiętników. Korzystając z dostępnych publikacji oraz druków medycznych z epoki, przeprowadzono analizę nazw występujących leków w celu określenia ich składu. Następnie sprawdzono potencjalne działanie preparatów pod kątem dolegliwości, w których były stosowane. Artykuł ma na celu przybliżenie realnych możliwości ówczesnej medycyny poprzez określenie potencjalnej skuteczności najczęściej stosowanych preparatów i kuracji.

✓
Dr Edyta I. Rudolf

Zakład Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego, AM im.
Piastów Śląskich, Wrocław
e-mail: rudolfini@poczta.onet.pl

***Obraz lekarza w polskiej literaturze drugiej połowy XIX w.
w perspektywie analitycznej antropologii literatury***

W przeciwieństwie do literatury zachodnioeuropejskiej, postać lekarza, jak również obraz funkcjonowania ludzi medycyny, są w zasadzie nieobecne w polskiej literaturze. Ten stan rzeczy zmienia się w drugiej połowie XIX w., wraz ze zmianą standardów nauki oraz z narodzinami inteligencji, nowej grupy społecznej wywierającej wpływ na postrzeganie m.in. zdobyczy nauki.

Pojawia się zatem pytanie, czy obraz literacki lekarza odpowiada ówczesnym realiom, czy też podporządkowany jest innym celom, np. edukacyjnym, promocyjnym itp.

Dr Ekkehard Schröder

Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin

Redaktion Curare

e-mail: ee.schroeder@t-online.de

East meets West. Contacts in medical anthropology in Germany of the 1970s and 1980s

In the decades of the 1970s and 1980s in German speaking countries medical anthropology ran under the topic "Ethnomedizin". It is not the same as the anglophone use of the term ethnomedicine which labels a subfield within the broader medical anthropology. "Ethnomedizin" was more the synonym for medical anthropology and sounded a bit like ethno-science, avoided the term "Volksmedizin", and could be associated as a more artificial combining of ethnology and medicine. "Medizinethnologie", which has been used for a good dozen of years and corresponds also to the old meaning of "Ethnomedizin", would have been in those days a word symbolizing the old-fashioned way of colonial anthropology with its strictly defined sections like Religions-ethnologie or Kunst-ethnologie and so on. Medizinanthropologie was not conform to most German discourses at that time because of the excesses of "Anthropologie" of the racist Nazi sciences. It was the post war decades when social anthropologists in Germany began to study social change, the phenomenon of rapid change and urbanisation. The question of an urgent anthropology was a worldwide demand. In critical medical discourses a similar phenomenon of sociological orientations occurred. At Heidelberg, which was in those days the most creative locus in the field, the Declaration of Alma Ata 1978 was not a new message.

In the days of the Cold War in a global context East met West in giving support to developing countries, sometimes in competitive ways. On a smaller scale, eastern European scientists tried to come into contact with western colleagues. "Ethnomedizin" and "Curare" - the journals of Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AGEM), founded in 1971 and 1978, and the AGEM conferences since 1973 were such spaces to meet, to come together. In this contribution I give a short overview of these contacts with colleagues from Poland, Slovakia, Hungary and Romania.

✓
Dr Magdalena Skrzypczak
Prof. dr hab. Maria Kaczmarek

Instytut Antropologii UAM
e-mail: maskrz@amu.edu.pl

Stan zdrowia mężczyzn w okresie tzw. andropauzy

Zjawiskiem, które obserwuje się od co najmniej półwiecza w społeczeństwach rozwiniętych jest wzrost długości trwania życia, a co za tym idzie rosnący odsetek ludzi w wieku podeszłym bądź starczym. Jest to trend ogólnosiwiatowy, obserwowany również w Polsce. W konsekwencji należy się spodziewać, że już po 2010 roku polskie społeczeństwo zaliczane będzie do grupy starzejących się. Obecnie, w strukturze demograficznej społeczeństwa polskiego, mężczyźni po 50. roku życia to grupa ponad 4 mln Polaków, wciąż jeszcze w pełnej aktywności życiowej i zawodowej. Pojawia się jednak u nich szereg dolegliwości związanych z postępującymi wraz z wiekiem zaburzeniami metabolicznymi lub niedoborami hormonalnymi. Wraz z pogarszającą się kondycją biologiczną i stanem zdrowia, pojawiają się problemy natury emocjonalnej pozostające w wyraźnym związku ze zmianami społecznymi, wynikającymi z utraty bliskiej osoby, pozycji w pracy, a nawet izolacji społecznej czy materialnej. Pogarszająca się kondycja fizyczna i psychiczna starzejących się mężczyzn obniża jakość życia zarówno ich samych, jak i ich partnerek, ma wpływ na życie rodzinne oraz aktywność zawodową.

Celem niniejszego wystąpienia jest zaprezentowanie uwarunkowań stanu zdrowia mężczyzn w okresie tzw. andropauzy, z uwzględnieniem trzech wzajemnie przenikających się płaszczyzn: biologiczno-medycznej, społecznej i psychologicznej.

✓
Dr Andrzej Stachowiak

Poznań

e-mail: a_stachowiak@o2.pl

Zdrowienie osób uzależnionych jako konwersja tożsamości

Uzależnienia uznawane są za chorobę psychiczną przełomu XX i XXI w., tak jak na przełomie XIX i XX w. panowała na świecie „era nerwic”. Uzależnienia pociągają w dzisiejszych czasach coraz więcej ofiar. Ich siłą napędową stało się tempo życia, ucieczka od niechcianych stanów emocjonalnych, poszukiwanie szybkiego zaspokojenia potrzeb społecznych oraz trudność w kontrolowaniu impulsów. Najbardziej rozpoznany dotychczas uzależnieniem jest choroba alkoholowa i jej właśnie psychoterapeuci i psychiatry poświęcają najwięcej uwagi. Jednak mechanizmy rządzące uzależnieniami są bardzo podobne również w odniesieniu do takich zjawisk jak: lekomania, narkomania, patologiczny hazard, pracoholizm, uzależnienie od zakupów, seksoholizm, kompulsywna żartoczność czy też siecioholizm. Dlatego też uzależnienia ujmuję tu w sposób holistyczny (za L. Jampolskym - jako choroba uzależnionego umysłu czy uzależnionej osobowości).

Kluczową kategorią w leczeniu osób uzależnionych jest pojęcie zdrowienia, rozumianego swoiście: jako duchowy program rozwoju osobowości, a w konsekwencji - jako radykalna konwersja tożsamości. Ponieważ wymienione wyżej choroby uznawane są za nieuleczalne, samo pojęcie zdrowienia uznane być musi nie jako cel (wyzdrowienie), lecz jako proces. Alkoholicy proces ten nazywają trzeźwieniem i polega on nie tylko na zachowywaniu całkowitej abstynencji (w przypadku niektórych uzależnień abstynencja ta nie jest wskazana, a nawet możliwa), ale także na przyjęciu programu zdrowienia, który towarzyszyć im ma do końca życia. W wyjściu z uzależnienia niezmiernie ważna jest również pomoc psychologiczna, a także wsparcie coraz liczniejszych grup samopomocowych. Konwersja tożsamości osoby uzależnionej polega na zaakceptowaniu swojej choroby, odrzuceniu dotychczasowego trybu życia i „chorego” sposobu myślenia. Problematykę zdrowienia osób uzależnionych rozważał będę z trzech perspektyw: biograficznej, psychologicznej i kulturowej.

Dr Joanna Stryczyk

Instytut Kultury Polskiej UW

e-mail: j.stryczyk@uw.edu.pl

Czy jest możliwa relacja pomagania bez przemocy poznawczej?

Korzystając z zaplecza antropologii (głównie antropologii doświadczenia) i współczesnej psychoanalizy (Rosenfeld, Steiner, Britton), przytoczę dyskusję dotyczącą dylematów poznawczych i etycznych związanych z relacjami badania i pomagania. Poruszę następujące kwestie:

- czy pomaganie „swoim” różni się od pomagania „obcym”;
- czym „pomagacz” różni się od badacza i w jaki sposób zamiar podjęcia interwencji związanych z pomaganiem odróżnia relację terapeutyczną lub lekarską od relacji badawczej;
- jak „pomagacz” konstruuje obraz pacjenta i z czym wiąże się ryzyko stworzenia obrazu niespójnego z doświadczeniem pacjenta.

Zastanowię się również, w jakim stopniu zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia można zauważyć w relacjach innych niż psychoterapeutyczna, i zaproponuję sposób wykorzystania go do zrozumienia, co się dzieje w sytuacji badania lub udzielania pomocy lekarskiej.

Mgr Anna Stypuła

Zakład Socjologii Medycyny Katedry Epidemiologii i Medycyny
Zapobiegawczej UJ
e-mail: anna.stypula@uj.edu.pl

Szamanizm a terapia systemowa Berta Hellingera

Naturalistyczny paradygmat biomedycyny, koncentrujący się głównie na biologicznych przyczynach problemów psychicznych i somatycznych, coraz częściej postrzegany jest jako niewystarczający, a nawet potencjalnie niebezpieczny. Leżący u jego podstaw kartezjański dualizm ducha i ciała, stojąc w sprzeczności z holistyczną wizją świata i natury ludzkiej właściwą kulturom niezachodnim, rodzi poważne różnice światopoglądowe, utrudniając tym samym postępowanie terapeutyczne w przypadku chorych wywodzących się z odmiennych środowisk kulturowych. Próbą niwelacji owej światopoglądowej przepaści jest odwołanie się w ramach standardowego postępowania terapeutycznego do tradycyjnych sposobów leczenia. Przybrać może ono postać nie tylko instrumentalnego wykorzystania elementów tradycyjnych wierzeń czy technik leczniczych w terapii osób o odmiennych korzeniach etnicznych, ale, idąc dalej, także formę nowych, eklektycznych, nieraz upraszczających tradycyjne koncepcje, teorii psychoterapeutycznych powstających na fali religijności New Age i kierowanych do przedstawicieli społeczeństw Zachodu.

Wystąpienia przedstawia jedno z takich nowatorskich, łączących elementy naturalistyczne i supranaturalistyczne podejść, jakim jest terapia systemowa Berta Hellingera. Ukazując jej główne założenia teoretyczne oraz prezentując zarys praktyki terapeutycznej, autorka zamierza wskazać na liczne analogie między metodą ustawień systemowych a szamanizmem, podkreślając zarazem dzielące obie formy pomocy terapeutycznej różnice, w wyniku których koncepcja Berta Hellingera staje się zeświecczoną i spsychologizowaną wersją tradycyjnego rytuału szamańskiego.

Mgr Tomasz Szymoszyn

Studium Doktoranckie Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, Warszawa
 e-mail: yonten66@op.pl

Popularność medycyny tybetańskiej w Polsce i jej wybiórcze stosowanie

W Polsce elementy medycyny tybetańskiej pojawiały się sporadycznie, stosowane przez lekarzy mongolskich, już w latach 80. XX w., lecz regularnie zaczęły pojawiać się ok. 15 lat temu, kiedy to po raz pierwszy przyjechał do kraju nauczyciel religii bon stosujący praktyki uzdrawiania i samoleczenia. Niektórzy terapeuci medycyny naturalnej, mający bliższy kontakt z kulturą tybetańską, zaczęli wykorzystywać wybrane metody z medycyny tybetańskiej.

W Polsce stosuje się następujące metody: równowagę energetyczną przez tzw. praktykę pięciu elementów; niektóre elementy praktyk szamańskich (np. praktykę wykupu); podnoszenie siły życiowej (*lung*) poprzez tzw. praktykę ofiarowania dymu i mantrę długiego życia; egzorcyzmy polegające na medytacji z bóstwami i idamem; ziołolecznictwo; diagnostykę z pulsu; dietetykę; jogę tybetańską. Nie stosuje się m.in. akupunktury tybetańskiej, zbierania ziół osobiście przez lekarza, czy elementów przyrody zebranych w okolicy świętych miejsc, np. Góry Kailas i Jeziora Manasarowar (trawa, woda, piasek, ryby).

Pacjentami, którzy korzystają z tych metod jako medycyny alternatywnej, są na ogół ludzie ze średnim i wyższym wykształceniem, z miast, mający otwarte podejście do „nowości” i różnorodności lub zniechęceni brakiem skuteczności medycyny europejskiej, osoby bogate i średnio zamożne. O ile korzystanie z pomocy polskich terapeutów stosujących elementy medycyny tybetańskiej nie jest droższe od leczenia tradycyjnego, o tyle korzystanie z usług lekarza tybetańskiego jest kosztowne ze względu na ceny preparatów, traktowanych z punktu widzenia prawa polskiego jako suplementy diety. Dodać trzeba, że klinikę prowadzoną przez lekarza tybetańskiego w Warszawie otwierał osobiście Dalajlama XIV, co nadało jej rangę, a lekarzowi legitymizację w oczach potencjalnych pacjentów.

✓ **Mgr Katarzyna Walentynowicz-Moryl**

Uniwersytet Zielonogórski

e-mail: K.WalentynowiczMoryl@gmail.com

Zdrowie społeczne - niedoceniany wymiar zdrowia człowieka?

Czym jest zdrowie, w jaki sposób można zdefiniować to pojęcie? To pytania nurtujące naukowca, który chciałby zająć się badaniem fenomenu, jakim jest zdrowie. Jednak „podobnie jak inne ogólne pojęcia, takie jak <pokój>, <prawda>, <sprawiedliwość> - pojęcie <zdrowie> stwarza ogromne trudności definicyjne” (Sokołowska 1980: 117). Wynikają one z faktu, iż zdrowiem zajmują się przedstawiciele wielu dyscyplin naukowych. Najbardziej znaną i najpopularniejszą definicją zdrowia jest współcześnie definicja zawarta w preambule konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby lub niepełnosprawności” (WHO 1946). Stwierdzenie to oddaje w pełni wieloaspektową i holistyczną naturę pojęcia zdrowie. Podkreśla fakt, że człowiek jest istotą, na której zdrowie składają się trzy równorzędne wymiary funkcjonowania - wymiar fizyczny, psychiczny i społeczny. Definicja ta stanowi jednak wyzwanie dla badaczy o nastawieniu empirycznym. W jaki sposób bowiem uchwycić, zmierzyć tak definiowane zdrowie - fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan?

Pomimo ponad 60 lat, które minęły od ogłoszenia definicji zdrowia WHO, nadal wielu autorów utożsamia zdrowie tylko z jego fizycznym i psychicznym wymiarem. Określenie definicji, doboru zmiennych, wskaźników czy wreszcie sposoby pomiaru tych dwóch konstruktów wydają się być dość precyzyjnie ustalone. W przypadku zdrowia społecznego najczęściej nie traktuje się go jako osobnego wymiaru tego złożonego pojęcia, mówi się raczej o społecznych determinantach zdrowia. Moje wystąpienie będzie próbą odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób można definiować społeczny wymiar zdrowia. Zamierzam przedstawić próby empirycznej weryfikacji proponowanych zestawów zmiennych i wskaźników składających się na konstrukt „zdrowie społeczne”. Moje wystąpienie to głos socjologa w debacie o tym, jak złożonym i wieloaspektowym fenomenem jest zdrowie.

✓ **Mgr Anna Helena Wądołowska**

Szkola Nauk Społecznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa
e-mail: anna.wadolowska@gmail.com

Perspektywa antropologiczna w badaniach nad zdrowiem reprodukcyjnym

Badania nad zdrowiem reprodukcyjnym są jedną z dynamicznie rozwijających się gałęzi antropologii medycznej. Obejmują one stany oraz procesy biologiczne związane z reprodukcją oraz seksualnością kobiety i mężczyzny.

Tematy dotyczące sfery zdrowia reprodukcyjnego były podejmowane przez antropologów od zarania dyscypliny, jednak całościową refleksję nad tym obszarem zdrowia zainicjowano dopiero w latach 60. XX w. Wzrost zainteresowania badaczy z różnych dyscyplin naukowych tym zagadnieniem wiązał się z gwałtownym przyrostem naturalnym notowanym na całym świecie od połowy ubiegłego wieku. Także antropolodzy włączyli się do dyskusji nad problemami demograficznymi.

W ujęciu antropologicznym reprodukcja człowieka nie jest tylko faktem biologicznym; jest także częścią szerszych relacji społecznych. Podobnie jak seksualność, jest historycznym i społecznym konstruktem, uwarunkowanym różnymi dyskursami, przede wszystkim społecznym, medycznym i prawnym, kształtowanymi przez instytucje społeczne, takie jak szkoła, system zdrowia, religia czy rodzina. Uwarunkowania biologiczne zdrowia reprodukcyjnego przeplatają się z czynnikami społecznymi, psychologicznymi, materialnymi oraz politycznymi.

W prezentacji omówię specyfikę badań antropologicznych nad zdrowiem reprodukcyjnym, odnosząc się także do innych dyscyplin podejmujących ten temat. Przedstawię genezę i rozwój tych studiów oraz najpopularniejsze obszary zainteresowań badaczy, a także przykłady z własnej pracy badawczej.

✓
Mgr Natalia Weimann

Poznań

e-mail: nicolina@poczta.onet.eu

Well-being & slow movement - promocja zdrowia we współczesnym świecie z perspektywy antropologicznej

W szybko zmieniającym się świecie, zdominowanym przez reżim nauk ścisłych skupiających się wokół problemów natury technologicznej, wydawałoby się, że tak trudne do zdefiniowania pojęcia jak *well-being* człowieka czy promocja zdrowia (rozumianego jako dobrostan jednostki) nie powinny znajdować większego oddźwięku w dyskursie społecznym. Jak się okazuje, jest to mylne założenie - w odpowiedzi na technicyzację życia i stałe przyspieszanie jego tempa pojawiają się w społeczeństwie nurty proekologiczne, wpisujące się w postulat tzw. *slow movement*. Wraz z nimi zmienia się świadomość ludzi, którzy coraz częściej - nierzadko w sprzeczności z zaleceniami biomedycyny - zaczynają dbać o swoje dobre samopoczucie i kondycję sięgające po środki niemedyczne. Jednocześnie w ramach biomedycyny rozwija się kierunek zwany promocją zdrowia, który z punktu widzenia lekarzy ma być odpowiedzią na potrzeby współczesnego człowieka, odrzucającego zasadę prewencji na rzecz promocji właśnie.

Jak współlistnieją ze sobą te dwa nurty - laicki i biomedyczny - w czasie, gdy wielu członków społeczeństwa stopniowo odrzuca dawne systemy kontroli, poszukując indywidualnych sposobów bycia w świecie i dbania o swoje „ja”? Co oznacza zdrowie i jego promocja z perspektywy laików? Po jakie środki sięgają oni, aby poprawić swoje *well-being*? Na te i inne pytania staram się odpowiedzieć w wystąpieniu, opartym na antropologicznych badaniach terenowych wśród dzieci w wieku szkolnym, ich nauczycieli i rodziców oraz na analizie współczesnych trendów w zakresie tzw. *lifestyle* współczesnego człowieka Zachodu.

✓ **Mgr Jakub Węglorz**

Instytut Historyczny, Uniwersytet Wrocławski

e-mail: j.weglorz@wp.pl

Leki i kuracje stosowane przez szlachtę w Rzeczypospolitej w XVII i XVIII wieku - na podstawie wybranych pamiętników i listów

Niniejszy referat jest efektem współpracy autora z mgr Danutą Raj z Katedry i Zakładu Farmakognozji Akademii Medycznej we Wrocławiu, w zakresie badań nad historią medycyny. Jego celem jest ukazanie praktyk medycznych stosowanych przez szlachtę w Rzeczypospolitej w XVII i XVIII w. Materiał źródłowy stanowią pamiętniki oraz zbiory listów z epoki. Szczegółowa analiza bazy źródłowej wyłoniła medykamenty i kuracje najczęściej stosowane przez autorów notatek oraz zakres i popularność ogólnodostępnych usług medycznych i pomocy lekarskiej. Dodatkowo porównano uzyskane rezultaty z drukowanymi poradnikami medycznymi z XVII i XVIII w., w celu weryfikacji poziomu i fachowości wiedzy medycznej prezentowanej w źródłach. Wyniki pracy przedstawiają obraz medycyny nowożytnej w postaci, w której współcześni się z nią stykali. Ponadto dzięki współpracy z mgr Danutą Raj podjęto próbę identyfikacji nazw preparatów występujących w źródłach oraz stwierdzenia ich składu chemicznego i potencjalnej skuteczności.

✓ **Mgr Maria Węgrzynowska**

School of Nursing, Dublin City University, Irlandia

e-mail: maria.wegrzynowska2@mail.dcu.ie

Flintstonowie i magiczne ręce: transnarodowe praktyki zdrowotne polskich migrantek

Prace z dziedziny nauk społecznych dotyczące migracji i zdrowia kobiet rysują obraz migrantek jako osób raczej sceptycznie nastawionych do silnie zmedykalizowanej biomedycyny zachodniej kraju przyjmującego i chętnie korzystających z bardziej tradycyjnych metod leczenia. W mojej prezentacji postaram się pokazać, że Polki mieszkające w Irlandii, manewrując pomiędzy dwoma systemami opieki zdrowotnej (polskim i irlandzkim), nie odrzucają wcale tego, co oferuje im nowoczesna medycyna. Polki często korzystają z usług polskich przychodni w Irlandii, a także przyjeżdżają do Polski, by tu wykonać badania bądź skonsultować z lekarzami diagnozy i zalecenia lekarzy irlandzkich. Stwarza to nową, transnarodową przestrzeń, w której Polki funkcjonują w ramach dwóch różnych biomedycyn. Ich postrzeganie obu tych biomedycyn, odmiennie regulujących zdrowie kobiet, odwraca potoczne wyobrażenia o różnicach pomiędzy nierozwiniętym Wschodem a silnie technologiczowanym Zachodem. Wiele Polek ocenia polską służbę zdrowia, w tym przede wszystkim opiekę ginekologiczno-polożniczą, jako bardziej rozwiniętą, a irlandzką jako „magiczną” i prymitywną. W prezentacji tej przedstawię wstępne wyniki moich badań, które prowadzę wśród polskich migrantek zarówno w Irlandii, jak i w Polsce. Skupię się na dwóch aspektach: polskich i irlandzkich rozwiązaniach instytucjonalnych, które mają na celu regulowanie zdrowia kobiet oraz na oczekiwaniach polskich migrantek w odniesieniu do „dobrej opieki zdrowotnej”.

✓
Mgr Hubert Wierciński

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UW

e-mail: hubertwier@gmail.com

Amazonki na wojennej ścieżce, czyli w jaki sposób narracją o działaniu i działaniem o charakterze narracji można pokonać raka

„Etnografia narracyjna” to termin, którym posługuje się Susan E. Chase dla opisanie metody wykorzystującej teorię narracji i bazującej na stałym i bliskim kontakcie z osobami, wśród których etnograf prowadzi badania. Etnografia narracyjna zmusza często badacza do aktywnego zaangażowania się w świat rozmówców. Tak też stało się w moim przypadku - od roku spotykam się z warszawskimi i białostockimi Amazonkami. Jestem członkiem ruchu na rzecz walki z nowotworami, biorę udział w spotkaniach, głosuję i opłacam składki członkowskie. Zastosowanie etnografii narracyjnej pozwoliło mi dotrzeć do głęboko ukrytych poziomów subiektywnego doświadczenia i interpretacji choroby dokonywanej przez kobiety zmagające się z rakiem. Poprzez zaangażowanie się w ruch, znalazłem się w pewnej metanarracji, tworzonej ze strzępków licznych doświadczeń i pomniejszych opowieści. Historia ta, budowana wspólnie przez Amazonki, to przede wszystkim historia o działaniu oraz samo działanie charakteryzujące się strukturą narracyjną. Te dwa aspekty pozwalają odzyskać tożsamość i podmiotowość kobietom okaleczonym psychicznie i fizycznie przez nowotwór. Ich celem jest sprowadzenie raka (zarówno na poziomie indywidualnym, jak i zbiorowym) do poziomu codzienności, co w konsekwencji umożliwi polatanie poszarpanej przez chorobę biografii. W moim referacie chciałbym zaprezentować, w jaki sposób powstaje taka opowieść, czym się charakteryzuje i jak poszczególne kobiety wprowadzają ją w życie.

✓
Dr Anna Witeska-Młynarczyk

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: anna.witeska@gmail.com

"Ta wiedza jest zapisana w naszych ciałach" - analiza dyskursu macierzyństwa w zgodzie z naturą

Referat stanowi próbę analizy dyskursu macierzyństwa w zgodzie z naturą praktykowanego we współczesnej Polsce. Do analizy wykorzystałam narracje matek i ojców, którzy przeżyli lub planowali poród w domu, oraz głosy położnych, które takie porody przyjmują. Narracje te zostały przygotowane i umieszczone w określonych kanałach dystrybucji (strony internetowe fundacji promujących „poród naturalny i ludzki”), co przyczyniło się do tego, że analizowane wypowiedzi nabrały cech gatunku („poród - moja historia”, „refleksje położnych”), prowadząc do zjawiska, które Jerome Bruner nazwał „przyrostem narracji”, czyli wzmocnieniem siły oddziaływania społecznego dyskursu poprzez jego rozrastanie i rozpowszechnianie.

Poprzez dyskurs macierzyństwa w zgodzie z naturą wyrażany jest konflikt społeczny wokół znaczenia porodu i sposobów jego praktykowania. W tym wypadku konflikt przebiega na linii: położne promujące poród naturalny vs. lekarze; kobieta ciężarna i jej partner vs. opieka biomedyczna. Referat sytuuje analizowane akty dyskursywne w szerszym kontekście lokalnym i globalnym, wskazując na proces negocjacji znaczeń i transformacji praktyk systemu medycznego w Polsce. Jednocześnie referat prezentuje dyskurs jako zbiór zasobów semiotycznych wykorzystywanych przez kobiety do realizacji i transformacji własnej podmiotowości i tożsamości „ja-matka”.

✓
Mgr Małgorzata Wosińska

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM

e-mail: yakinda@gmail.com

Życie po traumie. O sposobach radzenia sobie ze stresem pourazowym we współczesnej Rwandzie

W Rwandzie, między kwietniem a czerwcem 1994 r., plemię Hutu dokonało ludobójstwa na plemieniu Tutsi. Zbrodnia stała się doświadczeniem wspólnym dla prawie wszystkich obywateli, zarówno oprawców, jak i ofiar, kobiet i mężczyzn, dzieci i dorosłych. Liczbę ofiar z plemienia Tutsi szacuje się na ponad 1 milion (nie licząc ofiar późniejszego odwetu dokonanego na Hutu). W konsekwencji genocyd stał się doświadczeniem przekształcającym nie tylko naród rwandyjski i jego strukturę etniczną, ale przede wszystkim świadomość jednostek. Cechą immanentną nowej tożsamości stał się fakt przeżycia traumy. Stan psychiczny, w jakim znaleźli się ocalali, określa się w nomenklaturze medycyny zachodniej jako zespół PTSD (DSM-IV). Czy jednak, a jeśli tak, to w jaki sposób europejskie rozumienie PTSD oraz sposoby jego leczenia przekładają się na rzeczywistość rwandyjską?

Głównym celem referatu jest ukazanie, w jaki sposób ocalali Rwandyjczycy radzą sobie z konsekwencjami przeżyć wojennych. Wstępną analizę problemu przeprowadzę na dwóch płaszczyznach. Przedstawię instytucjonalne działania wspierane przez rząd (poradnie psychiatryczne, grupy wsparcia, psychoterapia indywidualna) oraz inicjatywy o charakterze oddolnym. Te ostatnie wydają się być szczególnie interesujące dla antropologa. Należy do nich m.in. zjawisko *artificial family*. Ukazuje ono, jak sztucznie stworzony system relacji pokrewieństwa może być skutecznym substytutem instytucjonalnie prowadzonej terapii i łagodzić skutki przeżytej traumy.

Materiał stanowiący przedmiot niniejszej analizy zebrano podczas badań terenowych w Rwandzie jesienią 2010 r., przy wykorzystaniu metod etnologicznych i psychotraumatologicznych.

✓
Mgr Michał Wróblewski

Instytut Filozofii UMK

e-mail: mich.wrob@gmail.com

Choroba w kontekście relacji władzy. Podręczniki diagnostyczne i kontrola dalekiego zasięgu

W swoim wystąpieniu będę starał się pokazać, po pierwsze, w jaki sposób definicje chorób kształtowane są przez heterogeniczne sieci zależności składające się z dyskursu medycznego, nauk empirycznych, ekonomicznego, politycznego, po drugie zaś, co sprawia, że tak stworzone definicje działają na obszarze zbiorowości społecznej, kształtując relacje władzy.

W celu zilustrowania, jak definicje chorób powstają oraz jakie asymetrie za sobą pociągają, przyjrę się zarówno źródłom powstania podręczników diagnostycznych wykorzystywanych w psychiatrii, jak i sposobowi ich działania. Będę argumentował, że stworzenie podręcznika diagnostycznego ma przede wszystkim na celu kontrolowanie zachowania lekarza oraz ustanawianie określonej wizji choroby psychicznej.

W swoich analizach posługiwać się będę Teorią Aktora-Sieci, zwłaszcza jej elementami dotyczącymi standardów i relacji władzy.

SESJE PANELOWE: Prowadzący i sekretarze

Panel	Prowadzący	Sekretarz
9 czerwiec - czwartek - godz. 15:00		
Panel 1B (sala B)	prof. dr hab. Zbigniew Jasiewicz	mgr Katarzyna Chlewińska
Panel 1BB (sala BB)	prof. UAM dr hab. Danuta Penkala-Gawęcka	mgr Anna H. Wądołowska
Panel 1C (sala C)	prof. PAN dr hab. Iwona Arabas	dr Anna Witeska-Młynarczyk
9 czerwiec - czwartek - godz. 17:00		
Panel 2B (sala B)	prof. dr hab. Maria Kaczmarek	mgr Anna H. Wądołowska
Panel 2BB (sala BB)	dr hab. Włodzimierz Piątkowski prof. UAM dr hab. Danuta Penkala-Gawęcka	mgr Katarzyna Chlewińska
Panel 2C (sala C)	prof. PAN dr hab. Iwona Arabas	dr Anna Witeska-Młynarczyk
10 czerwiec - piątek - godz. 9:10		
Panel 3B (sala B)	dr hab. Włodzimierz Piątkowski	mgr Małgorzata Anna Charyton
Panel 3BB (sala BB)	prof. UAM dr hab. Jaromir Jeszke	dr Tarczyjusz Buliński
Panel 3C (sala C)	prof. AM we Wrocławiu dr hab. Bożena Płonka-Syroka	mgr Natalia Weimann
10 czerwiec - piątek - godz. 11:10		
Panel 4B (sala B)	dr hab. Włodzimierz Piątkowski	mgr Małgorzata Anna Charyton
Panel 4BB (sala BB)	prof. UAM dr hab. Jaromir Jeszke	dr Tarczyjusz Buliński
Panel 4C (sala C)	prof. AM we Wrocławiu dr hab. Bożena Płonka-Syroka	mgr Natalia Weimann

KNE
PAN



IE I AK
INSTYTUT ETNOLOGII
I ANTHROPOLOGII KULTUROWEJ
UAM W POZNANIU