

ФРАГМЕНТИ

от полската философия, антропология
и социология на медицината

Избрани преводи от полски език



Българска асоциация по философия на медицината

София

2024

ФРАГМЕНТИ

ОТ ПОЛСКАТА ФИЛОСОФИЯ, АНТРОПОЛОГИЯ И СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА

(Избрани преводи от полски език)



БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО ФИЛОСОФИЯ НА МЕДИЦИНАТА

СОФИЯ

2024

Фрагменти от полската философия, антропология и социология на медицината. Избрани преводи от полски език.

© проф. д-рн Божидар Ивков – подбор, съставител и превод от полски език.

© Българска асоциация по философия на медицината (БАФМ), София 2024 г.

© Корица: Вера Любенова.

Научни рецензенти:
доц. д-р Юлия Васева-Дикова
ас. д-р Вера Любенова

ISBN 978-619-92217-4-7

Книгата е създадена в рамките на проект „Съвременни дебати във философия и социология на медицината“.

СЪДЪРЖАНИЕ

Част I. ФИЛОСОФИЯ НА МЕДИЦИНАТА	5
Яцек Гавриховски, Януш Скалски, Станислав Гавриховски. Философските традиции в полската медицина	7
Стефан Констанчак, Анна Оксиак-Подборанчинска. Философия на медицината на Адам Вжосек	19
Лудвиг Флек. За някои особености на медицинското мислене	48
Част II. АНТРОПОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА	57
Данута Пенкала-Гавенцка. Антропологичният възглед за болестта като културен феномен	59
Част III. СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА	73
Михал Скжипек. Към социология на диагнозата Социални функции на медицинската диагноза в контекста на преживяването на болестта	75
Матеуш Шуберт. Наративност на болестта и появата на утрешната медицина	94
Магдалена Виечорковска. Теоретични и методологически аспекти на изследванията върху медикализацията – очертаване на проблемите ...	118
Марчин Москалевич. Медикализацията: патогенеза и симптоми ...	143
ПОСЛЕСЛОВ И БЛАГОДАРНОСТ	160

ЧАСТ I

ФИЛОСОФИЯ НА МЕДИЦИНАТА

Яцек Гавриховски, Януш Скалски, Станислав Гавриховски

ФИЛОСОФСКИТЕ ТРАДИЦИИ В ПОЛСКАТА МЕДИЦИНА¹

Днес често се говори за заплахата от упадък на хуманистичните идеали в медицината. Отбелязва се, че дейността на лекаря може да бъде лишена от общи съображения относно медицинските познания и да се свежда само до опростена практика. Напоследък се наблюдава нарастващ интерес към тези проблеми не само в Полша, но и в други европейски страни. Затова трябва да им се обърне малко повече внимание.

Философия на медицината, като отделна интелектуална дисциплина, се развива особено творчески у нас в годините между 1870–1940 благодарение на три последователни поколения лекари, създали полската философска школа. Повечето от тях са били практикуващи лекари. Този факт имал голямо влияние върху работата им. Полските мислители разглеждали медицината не само като наука, но и като изкуство, а философията на медицината като система за размисъл върху човешкия живот. Те разглеждали връзката между теорията на медицината и медицинската практика, като вземали предвид психологическите, социалните и етичните аспекти. Нещо повече, вниманието на полските философи било съсредоточено върху въпросите за спецификата на медицинското знание, върху неговия холистичен подход, изграждането на връзката на редукционизма с холизма и върху логиката на медицината.

Трябва да се подчертае, че в резултат на тези анализи, в Полша преди 100 години стават факт оригинални постижения. Големи заслуги в тази област са имали такива хора, като Титус Халубински (Tytus Chałubiński 1820–1889), Хенрик Лучкиевич (Henryk Łuczkiwicz 1826–

¹ Превод по: Gawrychowski, Jacek, Janusz Skalski, Stanisław Gawrychowski (2006) Tradycje filozoficzne w polskiej medycynie. W: *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, № 3 (2), ss. 236–241.

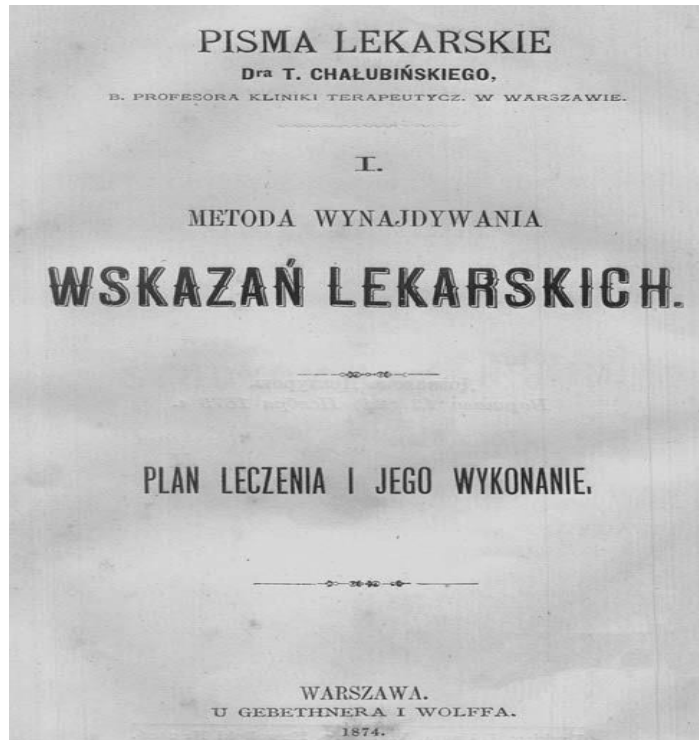
1891), Алфред Соколовски (Alfred Sokołowski 1849–1924), Едмунд Биернацки (Edmund Biernacki 1866–1910), Зигмунд Крамщик (Zygmunt Kramszyk 1848–1920), Владислав Биегански (Władysław Biegański 1857–1917), Станислав Тжебински (Stanisław Trzebiński 1861–1930), Владислав Шумовски (Władysław Szumowski 1875–1954), Лудвиг Зембжуски (Ludwik Zembrzuski 1871–1962), Адам Вжосек (Adam Wrzosek 1875–1965), Лудвиг Флек (Ludwik Fleck 1896–1961) и Юлиан Александрович (Julian Aleksandrowicz 1908–1988).

Повечето от тях са били силно повлияни от т. нар Лвовско-Варшавска полска философска школа, основана от Казимиеж Твардовски (Kazimierz Twardowski 1866–1938), който изнасял лекции в Лвовския университет през 1895–1930 г. Неговите представители се занимавали между другото с обясняването на значението на езика като носител на идеи, посочвайки полезността на езиковия и концептуален анализ. Те също така дискутирали медицината като наука и изкуство. Поставили въпросите, свързани с философията на медицината и етиката. Тези дискусии били публикувани в „Медицинска критика“ (Krytyka Medyczna) – списание, създадено през 1897 г. от З. Крамщик и в „Архиви на историята и философията на медицината“, издавано по идея на Адам Вжосек от 1924 г.

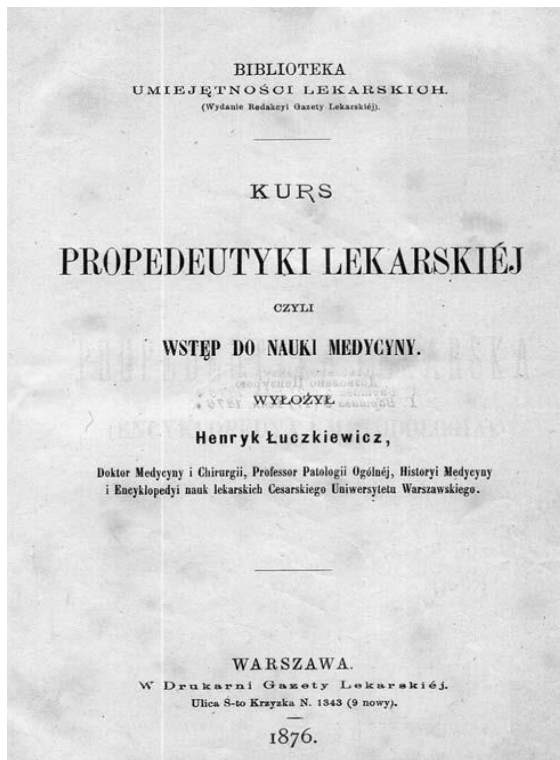
Първата важна публикация на полската школа по философия на медицината е книгата Т. Халубински „Метод за откриване на медицински индикации“ (*Metoda wynajdywania wskazań lekarskich*) на Т. Халубински (сним. 1), която е публикувана през 1874 г. и представлява зряла публикация за общата теория на медицинското мислене.

В нея Халубински лансира революционен за това време възглед за болестта. Той твърди, че болестта не е обратното на здравето, а процес, протичащ в организма срещу неговите физиологични цели поради специфични вътрешни или външни условия².

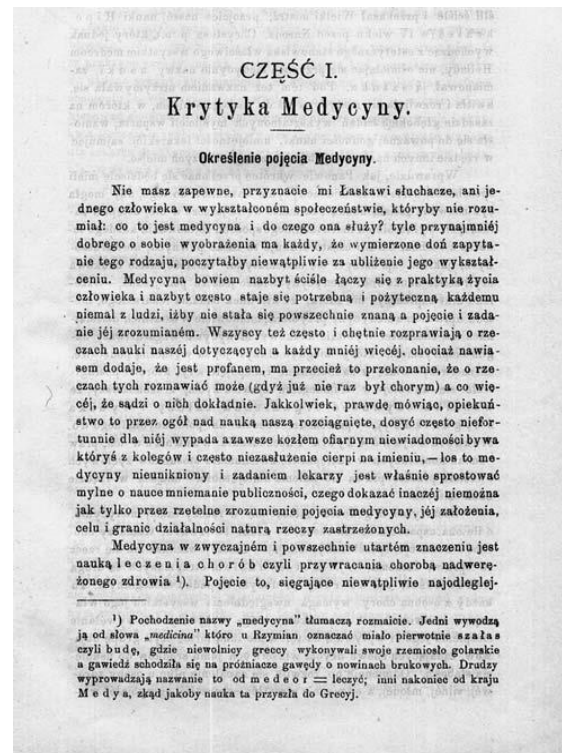
² Chałubiński, T. (1874) *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich. Plan leczenia i jego wykonanie*. Warszawa; сс. 14-64.



Сним. 1. Книгата на Т. Chałubińskiego *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich* (Gebethner i Wolff, Warszawa 1874).



Сним. 2. Курс по лекарска пропедевтика (*Kurs propedeutyki lekarskiej*) на Хенрик Лучкиевич (Drukarnia Gazety Lekarskiej, Warszawa 1876).



Сним. 3. Критика на медицината от книгата на Лучкиевич.

Съвременникът на Халубински, Хенрик Лучкевич (1826–1891) (Сним. 2-4), невероятен изследовател, между другото се интересувал много от проблемите, свързани със сърдечно-съдовите заболявания, имал и изключителни педагогически умения. Израз на страстта му към обучението на млади лекари е бил учебникът по пропедевтика, публикуван през 1876 г. „Курс по лекарска пропедевтика“ е вторият по рода си учебник от този тип, написан на полски език (първият е бил изследването на д-р Винсент Шчуцки от 1825 г.). Във въведението към тази книга, пропита с духа на хуманизма, деонтологията и медицинската етика, той пише: *„Към моите професорски удоволствия включвам задължението да ви покажа пътя и методите на обучение по медицински науки, които сте решили да изберете за бъдеща професия в живота си. Наистина е значително и истинско удоволствие и толкова благородна, колкото и трудна задачата, да се представи на един млад човек надеждна картина на бъдещите му задължения, които той ще бъде принуден да изпълнява през целия професионален, дай Боже, дълъг живот“*. Учебникът бил и мина за знания в областта на историята на медицината, защото Лучкевич е бил ентузиаст в тази област. Превеждал и древни произведения на полски: вкл. Целз („За изцелението“ осма книга), Хипократ (Афоризми и прогнози), но най-вече Хипократовата клетва, която в превода на Лучкевич е позната на полските лекари от поколения насам³.

Философските идеи в медицината бяха продължени от следващото поколение лекари, такива като А. Соколовски, З. Крамщик, Е. Биернацки, В. Биегански⁴.

Алфред Соколовски, професор във Варшавския университет, изключителен интернист и преподавател, е бил автор на много научни статии и учебници. Сред тях едно заглавие заслужава специално

³ Łuczkiwicz, H. (1876) *Kurs propedeutyki lekarskiej czyli wstęp do nauki medycyny*. Drukarnia Gazety Lekarskiej, Warszawa.

⁴ Biernacki, E. (1899) *Istota i granice wiedzy lekarskiej*. Biblioteka Dzieł Wyborowych. Warszawa 1899; 118-31. // Gawrychowski, S, J. Gawrychowski (1997) *Badania nad genezą naukowych osiągnięć Władysława Biegańskiego*. Biuletyn GBL; 356: 57-59. // Sokołowski, A. (1920) *Propedeutyka lekarska. Wstęp do nauk lekarskich ze szczególnym uwzględnieniem historii medycyny polskiej*. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie, Poznań, Łódź, Lublin.

припомняне. Става дума за прекрасната по своето съдържание „Медицинска пропедевтика“, богата на образователни вечни ценности, преподаваща медицинска етика, деонтология, както и отчитаща основите на историята на медицината и събраните права и задължения на лекаря. Тази книга е посветена от автора на участниците във Варшавската битка с болшевиките през 1920 г. : „*На студенти по медицина във Варшавския университет през 1918 г., които, призвани от Родината-Майка, зарязаха всичко и хукнаха да я защитават...*“, остава в междувоенния период пропедевтичен учебник, подготвящ студентите за избраната от тях медицинска професия въз основа на задълбочено деонтологично съдържание.

Струва си да споменем и интересните възгледи за същността на познанието в медицината на Лудвик Флек, автор на световноизвестната творба „Генезис и развитие на научния факт“ (*Geneza i rozwój faktu naukowego*), чието издание е възобновено в Чикаго през 1976 г.⁵ Флек насърчавал медицинското интуитивно познание. Посочвал несъответствието между теория и практика. Той писал „(...) in der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor“ (... на теория е невъзможно, но на практика се случва). Подчертавал различията между изследователската работа на лекаря и натуралиста. Обръщал внимание, че един натуралист изучава типични явления, докато един лекар много често се сблъсква с анормални и нетипични такива. Той смятал, че опитът, наблюдението и статистиката играят важна, но недостатъчна роля в диагностиката. Говорел за специфичната интуиция като важен когнитивен фактор⁶.

Тези проблеми били анализирани и от други философи, като например С. Тжебински, Л. Зембжуски или В. Шумовски⁷ (Сним. 5–6). Тжебински и Зембжуски разглеждат интуицията в медицинската методология като *sui generis* – силата на ума, свързана с подсъзнателната

⁵ Lovy, J. (1989) Philosophising from bedside: The polish school of philosophy of medicine. *E SPMH Newsletter*; 4: 17-8.

⁶ Fleck, L. (1927) O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego. W: *Arch Hist Fil Med*; 6: 55-64.

⁷ Trzebiński, S.(1927) Obserwacja, eksperyment i statystyka w *Logice medycyny* Biegańskiego.W: *Arch Hist Fil Med*; 6: 173-94. // Szumowski, W. (1927) *Medycyna jako nauka i sztuka*. W: *Arch Hist Fil Med* 1927; 7, 193-209.

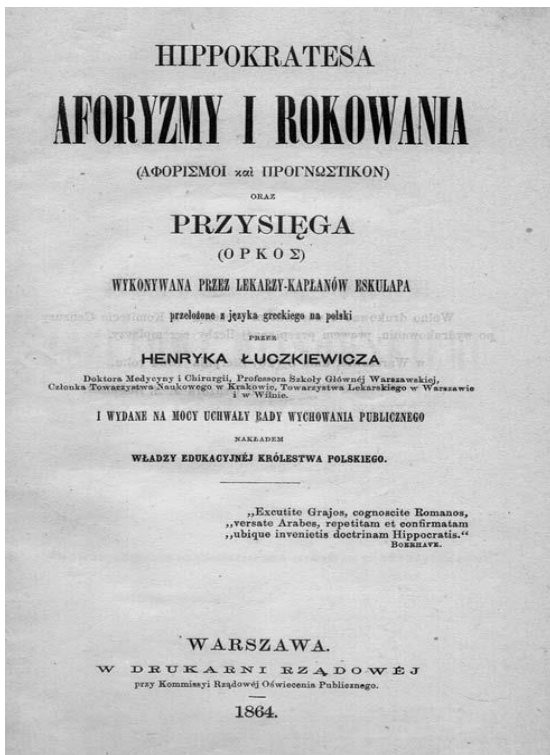
сфера. Други, сред тях главно Шумовски, критикували това и поставяли по-голям акцент върху интелектуалните фактори. Те разграничавали два начина на медицинско познание – аналитично познание и причинно - следствено обяснение и синтетично знание, допълнено с телеологични съображения.



Сним. 4. Владислав Шумовски (1875-1954).

Въпросите, свързани с проблемите на телеологията в медицината, били представени по интересен начин от В. Беигански (Сним. 7-8), скромен лекар, работещ в Ченстохова, който като изключително талантлив мислител на границите между 19-ти и 20-ти век, бил символ на преориентацията на медицината към философията. Неговата „Логика на медицината“ или критика на медицинските знания, публикувана през 1908 г. и преведена на немски под заглавието „Medizinische Logik-Kritik der arztlichen Erkenntnis“, придобила известност не само в Полша, но и в цяла Европа, а също и в САЩ. Биегански е първият учен, който се противопоставил на възгледите на Рудолф Вирхов, основател на клетъчната патология и последовател на математическия детерминизъм, който преобладавал в тогавашната биология. Немският учен не оценявал до край ръководната роля на нервната система в тялото, абсолютизирал относителната независимост на локалните реакции, смятал болестта за

локална промяна, бил привърженик на максимата *omnis cellula e cellula* (всяка клетка – от клетка).



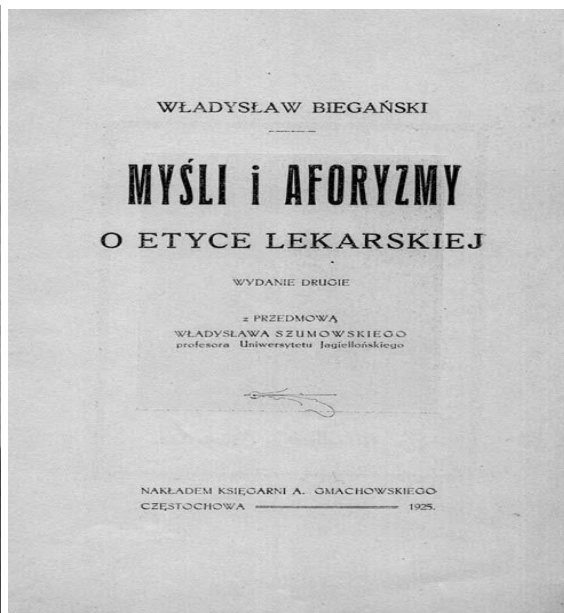
Сним. 5. Афоризмите и прогнозата на Хипократ според Лучкиевич (Drukarnia Rządowa, Warszawa 1864).



Сним. 6. Титулна страница на книгата на В. Шумовски *Логика за медици* (Wyd. Gebethner i Wolff, Kraków 1939).



Ляво: Сним. 7. Владислав Биегански (1857–1917)



Дясно: Сним. 8. Титулна страница на работата на Биегански „*Мисли и афоризми за медицинската етика*“ с предговор от В. Шумовски (Księg. Gmachowskiego, Częstochowa 1925).

Авторът на „Логика на медицината“ критикувал механистичния детерминизъм като научен метод. Той анализирал биологичните явления в широки и различни аспекти. Твърдял, че обяснението на жизнените процеси изключително с математически категории и неизменна необходимост от тясна връзка между причина и следствие ограничават развитието на науката. Създал оригинална епистемологична теория, т.нар предвиждане, позовавайки се на мотото на Огюст Конт – *savoir e revoir* (да знаеш, означава да предсказваш), в аспектите на причинно - следствената връзка и телеологията. Трябва да се отбележи обаче, че макар Биегански да разглеждал биологичните въпроси от телеологична гледна точка, той ги третираше по специфичен начин – далеч от антропоморфизма. Той смятал, че откриваните взаимозависимости между отделните компоненти и цялото се отнасят само до такава затворена система, каквато е живият организъм, която представлява динамична структура, основана на баланса на всичките ѝ функции. Противно на Вирхов, той обявявал, че патологичният процес е неразривно свързан с околната среда и че здравето и болестта са различни симптоми на адаптацията на организма към външни условия, към различни стимули. Обяснявал, че здравето е реакцията на организма към умерени стимули, а болестта на прекомерно възбуждане⁸. И сега ние интерпретираме тези проблеми по подобен начин.

Биегански бил един от първите в Европа, който е разработил принципите на деонтологията. През 1899 г. издал „*Мисли и афоризми за медицинската етика*“, които са перли в световната литература в областта на етиката. В тази публикация припомнил между другото чудесния принцип на Хипократ *Salus aegroti suprema lex esto* (Здравето на болния е най-големият закон), както и сентенцията на Франсоа Рабле *Science sans conscience c'est la ruine de l'ame* (Наука, лишена от хуманистични идеали унищожават психиката на човека). Тези идеи са в основата на деонтологичните търсения на автора на „Мисли и афоризми“. Биегански писал: „Няма да бъде добър лекар този, който не е добър човек; ... който не го трогва човешкото нещастие, който няма мекота и

⁸ Biegański, W. (1908) *Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego*. Warszawa. 132: 261-7.

сладост в работата си, който няма достатъчно сила на волята да се контролира винаги и навсякъде – по-добре да избере друга професия, тъй като той никога няма да бъде добър лекар“⁹.

Като може би първото проучване в Полша, в което се обсъждат по-подробно въпросите на медицинската етика и деонтологията - и това на полски език, трябва да споменем работата на Францишек Ксавери Ришковски (фиг. 9.-10.). *Състояние на здравия човек според трудовете на известни учени*, както е отбелязано на заглавната страница: Бононска Медицина, е доктор.

Тази книга, публикувана в Краков през 1786 г., е била предназначена не само за лекари, но вероятно и за лаици, интересувани се от медицина. Още повече, че с възхищение трябва да се отнесем към съдържанието, пропито с хуманизъм и основано на базата на най-изтъкнатите авторитети в историята и философията на медицината, които авторът включва в главата „За естественото състояние на живота и здравето“. Това не спира дотук. В глава „За изречението, или за медицинската критика“, откриваме добре обмислени и забележителни преценки за необходимостта от епистомология и методология в медицинската диагностика. Успехът на автора в медицината се основава на задълбочена теоретична и практическа подготовка, старание и смирение.

Нека се вгледаме в полския език от XVIII век“ *„Следователно е необходимо внимателно да се претегли всяко нещо и да се разсъждава върху него поотделно, да се следи за тези или онези заболявания, или за симптома (...) да се търсят подобни събития в книгите на отлични лекари, докато нещо не се случи и не се премине към лечение; с една дума, има нужда от наука, усърдие и предпазливост, за да не би да се атакува необмислено врага и да се допусне грешка, която е непоправима по-късно: учението, че мнението на лекаря не трябва да се основава на гадаене и отгатване, а на задълбочена подкрепа на причините и предишния опит: спешно да се избегне скритото зло опитващо се да навреди ...“.*

„За да можем да говорим, пишем и разсъждаваме за тези и други неща (...) е необходима науката за доброто мислене, тоест логиката;

⁹ Biegański, W. (1957) *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa 1957; 57 – 77.

а понякога и за висшето мислене на същото, метафизиката, особено на тези, които са способни да се занимават с по-висши науки, а не тези, от които общият лекар има потребност (...) Защото лекарят е философ, както казва Хипократ, подобен на Бога...“¹⁰.

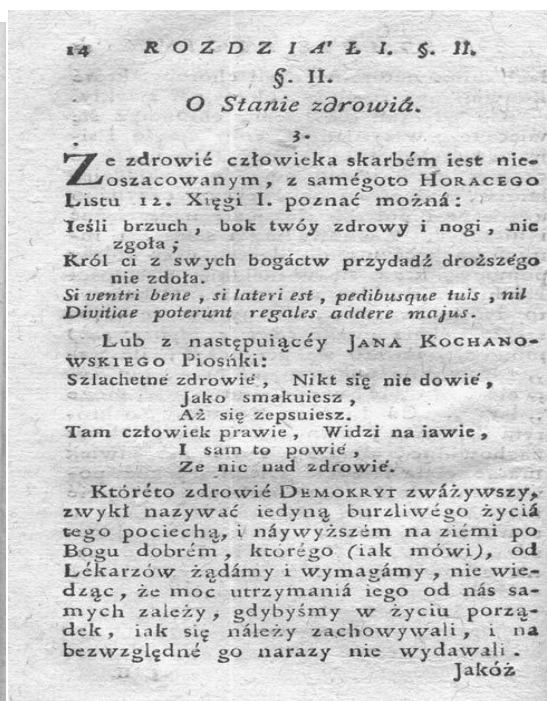
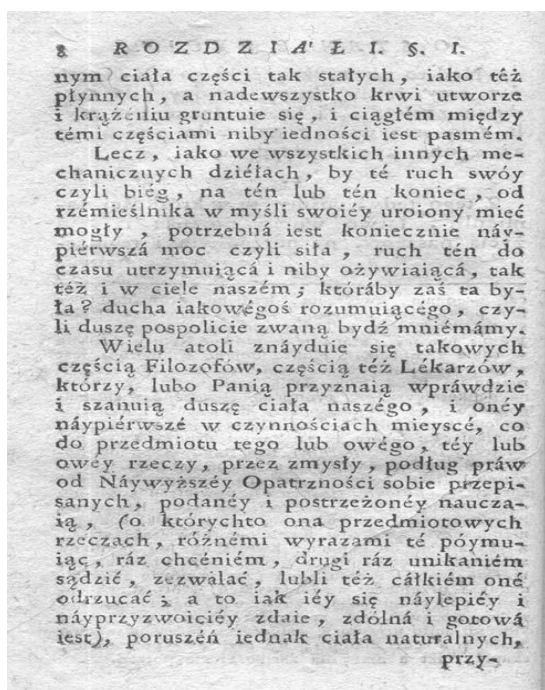
Юлиан Александрович, професор в Ягелонския университет, също се позовавал в своята дейност на етичните принципи на Биегански, излагайки връзките на човека с околната среда и популяризирайки холистичната методология, т.нар. екологизъм. Ученият от Краков посочвал негативното влияние на дефицита на микроелементи (магнезий, селен, цинк, литий и други) в жизнените процеси на организма. Той подчертал, че замърсяването на околната среда, нейната радиоактивност, излишъкът от токсични вещества (например олово) допринасят за появата на цивилизационни заболявания, които често са придружени с увреждане на мозъчните структури, което от своя страна променя човешката психика и я прави склонна да отхвърля всички етични ценности. Той предупреждавал, че екологичната криза причинява етична криза, която може да доведе до унищожаване на човечеството, а свръхразвитата технология ще роди ерата на жестокия човек – *homo crudus et demens* (човек груб и луд), който ще може да доминира на *homo sapiens*. Само рационалното използване на технологичните постижения и спазването на етичните стандарти – в съответствие с максимата: *non habere sed esse* (не да имаш, а да бъдеш) – могат да предотвратят унищожаването на човечеството. Александрович популяризирал съвременна теория за здравето. Представил я в своите работи „Няма неизлечимо болни“ (1987) и „На прага на утрешната медицина“ (1988).

Според него здравият човек е човек, който приема света, собственото си аз, имащ чувство за физическа, умствена, етична и естетическа стойност. Според учения здравето е свързано с преследването на Платоновата триада – истина, добро и красота и зависи не само от състоянието на вътрешните органи. Дори на неизлечимо болни хора

¹⁰ Ryszkowski, F. K. (1796) *Stan człowieka zdrowego naturalny podług pism sławnych nauką mężów*. Kraków 1796.

може да се възстановени здравето чрез активиране на творческата им страст или интересна дейност¹¹.

В заключение трябва да се каже, че философските традиции в полската медицина са богати и творчески. Идеите, популяризирани от полските философи на медицината, доказват, че без философски познания професионалните възможности на един лекар са ограничени при тълкуването на множество медицински проблеми. Защото философията стимулира неговото логическо мислене, мъдрост и нравствени качества, обуславяйки комбинацията от специализирано знание с хуманистични разсъждения за живота, за човека, за човечеството – в съответствие с думите на древните гърци: *iātros philosophos – isotheos* (лекарят философ е равен на боговете).



Ляво: Сним. 9. Факсимиле от книгата на Франчишек Ксавер Ришковски (1786) „Състояние на човека в естествено здраве“, фрагмент от раздела „За изречението или за медицинската критика“.

Дясно: Сним. 10. Факсимиле от същата книга, раздел „За състоянието на здравето“.

¹¹ Aleksandrowicz, J. (1987) *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Wydawnictwo Łódzkie RSW Prasa Książka Ruch, Łódź; ss. 16-26. // Aleksandrowicz, J., H. Duda (1988) *U progu medycyny jutra*. PZWL, Warszawa 1988, 88-132.

Literatura

1. Chałubiński, T. (1974) *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich. Plan leczenia i jego wykonanie*. Warszawa. 14-64.
2. Biernacki, E. (1899) *Istota i granice wiedzy lekarskiej*. Biblioteka Dzieł Wyborowych. Warszawa. 118-31.
3. Gawrychowski, S., J. Gawrychowski (1977) *Badania nad genezą naukowych osiągnięć Władysława Biegańskiego*. Biuletyn GBL 1997; 356: 57-9.
4. Lovy, J. (1989) *Philosophising from bedside: The polish school of philosophy of medicine*. ESPMH Newsletter. 4: 17-8.
5. Fleck, L. (1927) O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego. W: *Arch Hist Fil Med*. 6: 55-64.
6. Trzebiński, S. (1927) Obserwacja, eksperyment i statystyka w *Logice medycyny* Biegańskiego. W: *Arch Hist Fil Med*. 6: 173-94.
7. Szumowski, W. (1927) Medycyna jako nauka i sztuka. W: *Arch Hist Fil Med*. 7, 193-209.
8. Biegański, W. (1908) *Logika medycyny, czyli krytyka poznania lekarskiego*. Warszawa. 132, 261-7.
9. Biegański, W. (1957) *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa. 57 – 77.
10. Aleksandrowicz, J. (1987) *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Wydawnictwo Łódzkie RSW Prasa Książka Ruch, Łódź. 16-26.
11. Aleksandrowicz, J., H. Duda (1988) *U progu medycyny jutra*. PZWL, Warszawa. 88-132.
12. Łuczkiwicz, H. (1876) *Kurs propedeutyki lekarskiej czyli wstęp do nauki medycyny*. Drukarnia Gazety Lekarskiej, Warszawa 1876.
13. Sokołowski, A. (1920) *Propedeutyka lekarska. Wstęp do nauk lekarskich ze szczególnym uwzględnieniem historii medycyny polskiej*. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie, Poznań, Łódź, Lublin.
14. Ryszkowski, F. K. (1796) *Stan człowieka zdrowego naturalny podług pism sławnych nauk mężów*. Kraków.

Стефан Констанчак, Анна Окшяк-Подборончинска

ФИЛОСОФИЯ НА МЕДИЦИНАТА НА АДАМ ВЖОСЕК¹²

Резюме: Авторите на тази статия искаха да реконструират концепцията на Адам Вжосек за философия на медицината. Адам Вжосек е бил изключителен полски лекар, натуралист и историк на медицината. Изходен пункт за анализа ни беше опита да определим и дефинираме предмета на интерес на философия на медицината. Освен това авторите разглеждат най-важните постижения на т.нар полска школа по философия на медицината. Философията на медицината, практикувана от Адам Вжосек, според авторите, е адаптация на аристотеловото разделение на философията на практическа и теоретична. В заключенията е показана позицията на Адам Вжосек относно необходимостта от философско образование и легитимността на отделно третиране на етиката за медицинските професии.

Ключови думи: Адам Вжосек, философия на медицината, лекарска професия, етика на медицинските професии, полска школа на философия на медицината.

Abstract: The authors of the article wanted to reconstruct the concept of Adam Wrzosek's philosophy of medicine. Adam Wrzosek was an outstanding Polish physician, naturalist and historian of medicine. The beginning of considerations is an attempt to define and determine the object of interest in the philosophy of medicine. In addition, the authors have also concern the validity of highlighting the so-called "Polish school of philosophy of medicine". The philosophy of medicine practiced by Adam Wrzosek, according to the authors, is an adaptation of Aristotelian distinction of philosophy: practical and theoretical. The conclusion shows the position of Adam Wrzosek's on the need for philosophical education and the reasonableness of separate ethics for medical practitioners.

Keywords: Adam Wrzosek, philosophy of medicine, the medical profession, medical professions ethics, Polish school of philosophy of medicine

¹² Преводът е направен по: Konstańczak, Stefan, Anna Oksiak-Podboraczyńska (2017) Adama Wrzoska filozofia medycyny. W: *Acta Medicorum Polonorum* – Nr 7, Zeszyt 2. DOI 10.2883/amp.2017.9. Публикацията стана възможна благодарение на любезното съдействие и съгласие на авторите.

За философия на медицината като цяло

Философия на медицината е термин, чиято дефиниция напразно ще бъде търсена, независимо, че много често се появява в различни публикации както в областта на медицината, така и на философията. Въпреки относителната универсалност на употребата му, не само, че няма консенсус относно разбирането на този термин, но дори и относно дефиницията на предмета на интерес. Това, което е сигурно обаче, е, че философия на медицината като наука има не много дълга история. Дори фактът, че първите известни от древността лекари също са били философи, няма да промени това. Връзката между медицината и философията изглежда очевидна от векове, но съвременното поставяне под въпрос на научността на философията от естествените науки, принуди да се предефинира тази връзка отново. Според Владислав Шумовски терминът „философия на медицината“ влиза в научно обращение едва след Френската революция от 1789 година.

„Когато след затварянето на всички стари медицински факултети във Франция през 1792 г. в Париж започва да се създава нова медицинска програма, през 1796 г. се създават редица нови катедри, които черпят идеи от съществуващото до тогава състояние на медицинската мисъл. За философия на медицината започва да се говори във връзка с писмата на френския лекар и философ Кабанис, който публикувал няколко философско-медицински трактата. Те били много четени. Не е чудно, че директорът на новото медицинско училище Турел, който сам преподавал „учението на Хипократ“, предлага през 1799 г. да се създаде катедра „Философия на медицината“, тази майка-наука, която трябва да окаже големи услуги на лекарското изкуство“¹³.

От този момент философията на медицината влязла в програмите на медицинското образование, което обаче не означава, че тя трайно е

¹³ Szumowski, W. (1848) *Filozofia medycyny*. Skład Główny Księgarni Gebethnera i Wolffa, Kraków, s. 9. (Правописът на оригиналите е запазен във всички цитати).

попаднала там. При което вина за това състояние на нещата може да се търси и в самите философи. Защото и до днес, дори авторите на книги, които включват в заглавието си термина „философия на медицината“, внимателно избягват опитите да го дефинират¹⁴. По същия начин е напразно да се търси термина „философия на медицината“ дори в много обширни лексикони и енциклопедии на философията¹⁵. Как е възможно тогава да се преподава нещо, което се изплъзва от опитите за дефиниране дори на специалистите? По-лесно е било за създателите на учебните програми да премахнат такъв предмет от обучението по медицина. Такива случаи са се случвали не само в Полша:

„... традиционната лекция по философия, която е била задължителна от векове за всички студенти в Университета в Копенхаген, независимо дали са изучавали медицина или друга научна област, е отменена през 1971 г. Признато било, че е пълна загуба на време“¹⁶.

Този тип мислене се поддържа с успех и до ден днешен. Например в издадената през 2008 година книга на Джеймс А. Маркъм „Увод във философия на медицината: хуманизиране на съвременната медицина“ (James A. Marcum „An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine“) са представени множество изказвания от първия интердисциплинарен симпозиум на тема връзки между философията и медицината, който се е състоял през май 1974 г. в Галвестън. Участникът в дискусиата на кръглата маса по време на този симпозиум – Джером Шафър от Университета в Кънектикът поставил под съмнение възможността за съществуване на връзки между философията и медицината. След това той заявил, че философите биха искали да виждат

¹⁴ Виж напр Wulff, H. R., S. A. Pedersen, R. Rosenberg (1993) *Filozofia medycyny*, przeł. Z. Szawarski, PWN, Warszawa.

¹⁵ Такова заглавие отсъства дори в 10-томната Универсална енциклопедия на философията, публикувана от Обществото на Тома Аквински в Люблин.

¹⁶ Wulff, H. R., S. A. Pedersen, R. Rosenberg (1993) *Filozofia medycyny*, przeł. Z. Szawarski, PWN, Warszawa, s. 27.

философията на медицината като биохимия или астрофизика, като в този случай е възможно да се комбинират различни дисциплини благодарение на съществуването на общо изследователско поле. Междувременно в случая с философията и медицината такова поле просто няма¹⁷. Такива мнения, изказвани от представители на самата философия водят до там, че научният статус на философия на медицината изглежда най-малкото проблематичен.

За щастие в Полша никога не са липсвали философстващи лекари. Адам Вжосек не е бил никакво изключение. Един от тези лекари, основателно причисляван към философската школа Лвов-Варшава, е бил Владислав Шумовски. На него дължим един от малкото опити за дефиниране на „философия на медицината“ и, между другото, дефиниране на нейния предмет:

„Философия на медицината е наука, която разглежда медицината като цялост, обсъжда нейните позиции сред човечеството, в обществото, държавата и лекарските училища; предоставя поглед върху цялата история на медицината; представя най-общите проблеми във философия на биологията; анализира методологическите форми на лекарското мислене, като изброява и обяснява логическите грешки, допускани в медицината; черпи от психологията и метапсихиката онези послания и възгледи, които са от значение за цялата медицина; обсъжда основните ценности в медицината и формулира основите на медицинската етика“¹⁸.

Тази дефиниция съответства на концепцията за „философия на медицината“, възприета в други източници. В предложението, формулирани в Галвестън, присъства убеждението, че е необходимо да се прави разлика между два, някога приравнени един на друг, термина:

¹⁷ *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9-11, 1974*, red. H.T. Engelhardt Jr., S.F. Spicker, Springer, Dordrecht 1975, s. 215-216.

¹⁸ Szumowski, W. (1848) *Filozofia medycyny*. Skład Główny Księgarni Gebethnera i Wolffa, Kraków, s. 15.

„философия в медицината“ и „философия на медицината“. Защото разглеждайки медицината като цяло, ясно се забелязва нейното функционално разделение на практическа и теоретична медицина. Едмънд Д. Пелегрино, един от участниците в дискусиата в Галвестън, се застъпи за подобно разграничение, за да се избегне възражението на Джером Шафър на същия симпозиум. Тогава въпросите на философията на науката щяха да бъдат изключени от сферата на интересите на медицината и по този начин съображенията в областта на философията на медицината биха се отнасяли само до самото лечебно изкуство¹⁹. В Полша също има дискусия по този въпрос, която обаче предлага решения, различни от предложените на Запад. Това се дължи не само на различната медицинска традиция, но и на факта, че много полски лекари, като Владислав Биегански или Владислав Шумовски, също са били и признати философи. Затова в дискусиите в Полша никой не отхвърля философията на медицината като такава, но се постулира стесняване на нейния предмет в духа, предложен от Пелегрино. Авторите на монографията, посветена на полската школа по философия на медицината, както изглежда, правилно забелязват такава тенденция:

„... преди време имаше такава тенденция за стесняване на обхвата на това понятие; така например Анджей Вайс постулирал разграничаването от философия на медицината знанието за „общофилософските доктринални основи на медицината“, а Збигнев Саварски признавал, че философията на медицината като наука е едно, а нещо друго като изкуство“²⁰.

Такова разграничение води до там, че все още е актуално за медицината преди всичко да се направи разлика между нейния теоретичен и практически компонент. С други думи, в полската

¹⁹ *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9-11, 1974*, red. H.T. Engelhardt Jr., S.F. Spicker, Springer, Dordrecht 1975, s. 216.

²⁰ Zamojski, J. (2010) *Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską? W: Polska szkoła filozofii medycyny: przedstawiciele, wybrane teksty źródłowe*, red-y. M. Musielaka, J. Zamojski, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, s. 12.

философия дилемата от деветнадесети век за научността на медицината все още не е разрешена, което в дискусиите от онова време, постулирайки ненаучността на самата философия, трябва да доведе до съмнение и към научния характер на философията на медицината. По тези въпроси многократно се е изказвал и самият Адам Вжосек.

Авторите на монографията, посветена на полската философска школа на медицината, възприемат утилитарно разбиране за предмета на философията на медицината, което се различава от доминиращата полска традиция, отнасяща се до класическата немска философия. В приетата в тази книга интерпретация на предмета на философия на медицината той е ограничен до теоретичния аспект, в областта на който влиза:

- дефиниция и област на философия на медицината и нейните релации и зависимости от епистемологията, логиката, аксиологията, методология и онтология (метафизика), а също и зависимостта на тези философски дисциплини от медицината и философия на медицината;

- история на философия на медицината;
- модели на медицината;
- концепции за здраве и болест;
- логика на диагнозата, предвиждане за развитие на болестта (прогноза) и терапия;

- релации между философия на медицината и философия на науката²¹.

Подобно решение поражда редица противоречия, защото вместо да се дефинира философията на медицината, е маркирана само нейната предметна област, което не решава дилемата, а в най-добрия случай я усложнява. Това се дължи дори на факта, че отвъд предмета на философията на медицината е било ситуирано нейното положение и зависимост от културата, доминираща в дадено общество. Нещо повече, маркираната област не предполага необходимостта медицинският персонал да притежава философски компетенции, тъй като всички въпроси, попадащи в предмета на философията на медицината, разбрана

²¹ Zamojski, J. (2010) Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską? W: *Polska szkoła filozofii medycyny: przedstawiciele, wybrane teksty źródłowe*, red-y. M. Musielaka, J. Zamojski, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań, s. 11.

по този начин (освен че са дефинирани и нейните връзки с други дисциплини), също са включени в медицинската пропедевтика. Следователно е трудно да се приеме това предложение, тъй като то значително се различава от традицията на полската философия на медицината, особено позицията, представена от Адам Вжосек.

По този начин и до днес има основни несъответствия между философи и медици по отношение на това с какво се занимава и с какво трябва да се занимава философията на медицината. Независимо от това, размишленията на Адам Вжосек за присъствието на философията в медицината укрепиха традицията за разбиране на философията на медицината в контекста на аристотеловото разделение на практическа и теоретична философия. Тогава основна задача става да се определи, какво представлява медицината, какъв е нейният предмет на изследване и какви задачи трябва да изпълнява в обществото. Така че става въпрос и за съображения на тема здраве и болест, включително дали например естетичната медицина може да се счита за част от медицината. Задача на философията на медицината става тогава дефинирането на понятията здраве и болест, както и определянето на границите на категориалното обобщаване на болестите. В нейната област също така ще се разглежда въпроса за присъствието на истината в медицината, особено за границите на медицинските познания и правото на грешка, както и обхвата на професионалната тайна. Друга важна област на изследване би била дискусиите относно медицинската диагноза, особено правилата за прогноза за хода на заболяването и ефективността на възможните терапии. Тази задача може да бъде описана като методологични предположения на медицината. Отправната точка за този тип съображения е определянето на това, доколко медицината е наука и до каква степен изкуство. Това е от голямо значение, особено при разработването на учебни програми за нови медицински специалисти.

Следователно втората изследователска област на философията на медицината би могло да се определи чрез изпълнението на нейната практическа функция. Тук не става дума за опити да се определи как трябва да изглежда терапията, а за това какво може да се определи като сфера на „доверие“. Пациентът отива на лекар, защото се доверява, че той

ще му помогне според неговите познания и ще положи всички усилия, за да гарантира, че това ще се случи. По същия начин лекарят се доверява на пациента, че той ще следва неговите инструкции. Следователно всяка възможна промяна ще изисква техните съвместни действия и съгласие. Този проблем изглежда тривиален, но изглежда, че е от основно значение за медицината, тъй като се прилага дори в ситуация, при която пациентът по различни причини не може да стане партньор на лекаря (състояние в безсъзнание, инвалидност, лудост и др.). Дори ако по някаква причина лекарят не може да получи съгласието на пациента да започне лечение, той трябва да проведе терапията с чувството, че ако е възможно, той ще получи такова съгласие. Именно от това израства цялата етика на медицината. Тя непрекъснато набира значение, защото всеки жив човек е пациент, но също така, ако физическите и интелектуалните му способности го позволяват, той може да стане терапевт. Не е вярно, че съществува само етиката на медицинската професия, защото съществува обща социална етика на медицината, която поради факта, че всеки, който се нуждае от терапевтична помощ, трябва да я получи незабавно, а задължението за нейното предоставяне лежи не само върху лекари, медицински сестри или фармацевти, но и на всеки способен да я окаже. Поради това биологично обусловената необходимост от изпълнение на ролята на пациент предполага морално задължение да изпълнява ролята на спасител-терапевт, ако е необходимо. В това именно се изразява равенството на моралните права и задължения в медицината. Ние сме все по-компетентни по въпросите на собственото си здраве и става все по-спешно да използваме тези компетенции в полза на всички. На това се основава принципът за спешна първа помощ при внезапни инциденти.

В статията по-долу също така приемаме, че съществува неуточнена сфера на човешките задължения, чието изпълнение не се очаква от всички, а само от специалисти. За тяхното изпълнение, са необходими не само теоретични знания, но и практически компетенции и преди всичко опит, свързан с решаването на различни дилеми, възникващи в терапевтичната практика. В крайна сметка никой не изисква от обикновения човек да може да квалифицира конкретен пациент за

сърдечна трансплантация в ситуация, в която има сто чакащи. Смятаме, че това е сферата на интерес на биоетиката, която в този смисъл става част от практическата философия на медицината. Както е очевидно, че на всеки нуждаещ се трябва да се помогне, така и когато това стане невъзможно по някаква причина, трябва да се вземе решение за предоставяне или отказ на такава помощ за по-голямата част от чакащите²².

Наясно сме с недостатъците на приетите разграничения. Те могат лесно да бъдат разклатени, но в същото време могат да бъдат защитени също толкова лесно. Липсата на такива ясни разделения парализира съвременната философия на медицината, която често включва изследвания, в които етиката на медицината и биоетиката са едно и също. Според нас приемането на такова разграничение е законно също поради наличието на определена мисловна традиция в Полша, която извеждаме именно от Адам Вжосек.

Полската школа по философия на медицината

От представените по-рано съображения относно възможността за дефиниране и предмета на философията на медицината може да се приеме, че историята и националната култура са оставили незаличим отпечатък върху практикуваната в Полша медицина. Без такова предположение не би било възможно дори да се помисли за съществуването на специфична полска школа по философия на медицината. Изглежда, че една от отличителните черти на тоази школа, е несъмнената връзка между философията и медицината. Полската философска школа по медицина се свързва не само с представители на света на медицината и философията, но включва и много натуралисти, антрополози и дори представители на света на културата. Медицината, без да престава да бъде изкуство на лечението, според мнението на нейните представители, придоби не толкова статут на независима наука, колкото изпълняваше особено важни социални задачи. Това довело,

²² Представените съображения по темата за философията на медицината бяха вдъхновени от публикацията на Elwira Żołobowska, *Teoretyczny i praktyczny aspekt filozofii medycyny*, [w:] *Wybrane etyczno-filozoficzne aspekty ochrony środowiska*, pod red. M. Terleckiej, Armagraf, Krosno 2014.

между другото, до увлечение по много силно противоречиви проекти за социално обновяване, включително такива утопични проекти, като евгенично подкрепени програми за „хигиена на расата“. Представителите на медицинския свят създадоха и динамично развиха Полското евгенично общество, чиито членове бяха предимно учени от различни специалности, убедени, че тяхната мисия е свързана с премахването на всички социално-патологични явления. В края на краищата това не е било възможно само в здравните заведения, защото е изисквало сътрудничеството на всички в името на специфично разбран социален интерес. Това довело не само до бързото развитие на медицинските науки, но и до консолидирането на определени стереотипи, свързани с изпълнението на ролята на лекар. Представителите на тази професия заемат изключително високо социално положение в Полша и се радват на висок престиж, на което не пречат дори с удоволствие разкриваните от масмедииите патологични явления, свързани с тази професия. Това състояние на нещата също се превръща в доста универсално одобрение на философията на медицината, която в крайна сметка подчертава тази уникалност. Втора отличителна черта е фактът, че школата обхващала само определена част от полската медицинска общност, събираща всеобхватно образовани хора, които са имали еднакъв успех, както в медицината, така и в политическата и научната дейност.

Началото на полската школа по философия на медицината несъмнено трябва да се търси в периода на позитивизма, когато медицината започва да придобива характер на самостоятелна наука. Тогава се появили споровете дали медицината е наука или по-скоро изкуство. Според днешното разбиране, това са били спорове между традиционалисти и поддръжници на съвременното положение на медицината в културата. В анализите на тези спорове се игнорира по-дълбокия им социален контекст. Това било свързано с бързото нарастване на търсенето на медицински услуги, предизвикано от светкавично нарастващото население. Демографската експлозия също е резултат от развитието на медицината чрез намаляването на детската смъртност и бързото нарастване на продължителността на живота. Медицинските кръгове забелязали причините за това състояние и доброволно поели

задачата да подобрят качеството на живот на обществото. По това време доста наивно е приемано, че това ще се случи автоматично с повишаването на хигиената и общото подобрене на условията на живот. Медицината се е третирила в Полша като изкуство за преобразяване на света, въпреки че нейният предмет вече е бил дефиниран, първоначално е имало очевидна трудност при разграничаването на предмета ѝ от естествените науки и психологията, на които е била възложена подобна задача. Затова също в началото на тази школа надхвърля медицинската общност и е необходимо да се идентифицират и нейните немедицински източници.

В крайна сметка учените осъзнават собствените си способности и нарастващите социални очаквания, насочени към тях и по този начин те се опитват да се обединят в името на общия интерес, като по този начин създават общности от учени. За групата на хората на науката, свързани с обща черта, се използва терминът „школа“ в древното му разбиране, където централната фигура е главният учител, който подготвя учениците да заемат неговото място или да създадат свой собствен изследователски екип. В такава школа не само се предават знания, но и проблемите се решават заедно. Яцек Ядацки смята, че за да се разграничи школата от цялата общност, е необходимо да се вземат предвид няколко критерия - „самоидентификация, местоположение, генеалогия и идеология“²³. Признавайки правилността на това твърдение, ние обаче отбелязваме, че този списък трябва да бъде разширен с още един критерий, който условно може да се нарече престиж, средата, която заслужава името на школата, трябва да се откроява положително или, просто казано, да заслужава това име. Затова в науката школата се отличава благодарение на:

1. Критерий за самоидентификация – принадлежността към дадена школа се осъществява чрез индивидуално одобрение на приетите в нея правила, като същевременно те са приети от нея като цяло. По този начин научните връзки се укрепват чрез лични контакти.

2. Критерий за местоположение (пространствен) – школата се намира на едно място или неговите представители са разпръснати в зона,

²³ J. J. Jadacki, *Orientacje i doktryny filozoficzne*, Wydawnictwo WFiS UW, Warszawa 1998, s. 75.

позволяваща тясно сътрудничество и обмен на мнения. В днешно време то играе все по-малка роля, тъй като съществуват ефективни възможности за обмен на мнения и сътрудничество, независимо от местопребиваването. Местоположението е въпрос на договорка, тъй като пространствената връзка се създава в резултат на продължителни контакти между учени и отделни центрове. Характерна особеност на школата е нейното своеобразно разширяване, което се осъществява чрез естествените миграции на следващите поколения учени от дадена школа.

3. Генеалогичен (генетичен) критерий – школата произлиза от един или повече тясно сътрудничащи си учени, чийто авторитет е безспорен. Това гарантира продължителността във времето на школата, която може да оцелее дори много поколения, но въпреки това нейният край по някакъв начин е вписан в логиката на практикуването на науката, защото върху руините на всяка школа може да се създаде съвсем нова.

4. Критерий за идеология (методологичен) – споделяне от дадена общност на разбирането на това как трябва да се практикува науката и как да се популяризират и въвеждат в живота нейните резултати. Противно на външното разбиране, този критерий не изисква представяне на общност от възгледи, напротив, школата се развива най-добре, когато има вътрешно разнообразие на мненията по отношение на науката и миросгледа.

5. Критерий за престиж - за да може дадена среда да се счита за школа, тя трябва да има осезаемо въздействие върху развитието на науката в тази среда или дори в международен мащаб.

Школата не винаги е програмно ограничена до една дисциплина, следователно в ситуации, в които се случва интердисциплинарно сътрудничество, често се говори и за кръг (Виенски кръг, Краковски кръг и др.). Възможността да станат членове на школата също дава основание на изследователите да се гордеят с принадлежността си към определена общност, която прави забележим принос за напредъка на науката. Ето защо през последните години в полските академични центрове може да се наблюдават засилени усилия да се присвои името на философска школа на собствената научна общност.

Когато се анализират достъпните източници, може да се забележи, че полската школа по философия на медицината е създадена успоредно с формирането на организирана лекарска общност в страната. Процесът на консолидиране на тази общност също е резултат от формирането на единна система за образование на лекарите. Именно тогава започва оформянето на съвременната етика на лекарската професия, в която правните и деонтологичните норми започват да представляват определено единство. От този момент нататък лекарите били подвеждани под отговорност, както всички граждани, за своите законови пропуски, но освен това им били поверени специфични задължения, произтичащи от самия факт на упражняване на професията им. *Primum non nocere* (преди всичко не вреди) като общ принцип определял значението на тези конкретни задължения. Тогава се оказало, че всеки лекар може да извърши еднакви престъпления както срещу положителния закон, така и срещу принципите на лекарското изкуство. Това било свързано с общия процес на професионализиране на медицината, който се осъществявал по целия свят през XIX век. Най-старите полски медицински обети, датиращи от XV век, са само модификация на хипократовата клетва, която по същество подчертава служебния характер на лекарската професия. Независимо от това, тя не е наложила на практикуващите тази професия задължението да се усъвършенстват и нейните представители са имали пълното право да защитават тайните на своето изкуство от другите. Този подход направил професията подобна на занаят, в който учениците се усъвършенствали под наблюдението на майстор. Но между отделните учители не протичала обмяна на информация, нито се стигало до интеграция на общността. Нарастващата човешка популация обаче налагала и нарастваща нужда от терапия. Старият начин на обучение вече не бил в състояние да осигури този тип потребности. Научната революция от XIX век донесла също и огромно развитие на анатомията и физиологията на човека. В светлината на това знание се оказало, че много от досегашните терапевтични техники просто нямали смисъл и често били по-вредни, отколкото да помагат. Полската медицинска общност също оценила тогава значението на знанията в областта на естествените науки за ефективното изпълнение на тяхната професия. В

създадените кодекси и обещания вече имало разпоредби относно задължението за увеличаване на собствените теоретични и практически знания. Лечението престанало да бъде тайнствено изкуство, а се превърнало в повтаряща се процедура, а следователно възможно за научаване в процеса на професионалното обучение.

Когато става въпрос за „полската школа по философия на медицината“, естествено е да попитаме дали тя наистина отговаря на критериите, които позволяват да се счита за школа? В тази връзка критерият за самоидентификация се преплита с генетичния. Нейн предшественик се смята за Тит Халубински (1820-1889), който е бил учител на Адам Вжосек, автор на най-обширната му биография досега. Независимо от това, най-известната фигура на тази школа несъмнено е Владислав Биегански (1857-1917), който не само подчертава значението на философията и особено на логиката за образованието на лекаря, но е автор на няколко наръчника на такава тематика. Халубински, Биегански и Адам Вжосек – това несъмнено са централните фигури на тази школа. Всеки от тях представя поредното поколение в „полската школа по философия на медицината“ – по-старото, средното и по-младото. Всеки от тях също се е превърнал в безспорен авторитет в областта на медицината и философията за няколко поколения представители на медицинските професии в нашата страна. Поради тази причина днес можем само принципно да попитаме защо школата принадлежи към миналото на полската медицина, т.е. защо няма продължители, каквато е например лвовско-варшавската философска школа.

Критерият за местоположението в случая на тази школа е малко по-труден за идентифициране, като се има предвид, че основно обхваща цяла Полша, а неговите представители работят професионално и академично в университети и болници в цялата страна. Въпреки това обхватът на школата е бил пространствено ограничен само до няколко университетски центъра: Лвов, Краков, Варшава, Познан и в по-малка степен до Вилнюс. Дори може да се забележи, че мястото винаги е било свързано с личността на конкретен представител на школата и с неговите ученици, които той е обучавал в определен академичен център. Такава концентрация също е имала отрицателни последици, тъй като школата

често е преставала да съществува със смъртта на ръководителя ѝ. Защото рядко се е случвало учениците да продължат делото на своя учител. Може дори да се говори за регресивен в известна степен характер на развитието на тази школа. Обяснението за това, в случая с медицината, може да бъде самият напредък на медицинските познания, което е правило продължаването на учението на учителя много бързо невъзможно.

Идеологическият (методологичен) критерий не може да породи никакви съмнения, тъй като източниците на школата трябва да се търсят в позитивисткия подход към лечебната практика. Всички лекари, споделящи идеологията на тази школа, са вярвали, че процесът на лечение има причинно-следствен ход. Следователно, те са били прагматици, които са търсели индикации за ефективно лечение във все по-доброто познаване на анатомията и психологията и, следователно, не са очаквали, че терапиите, които науката не може да обясни и предскаже резултатите от тяхното прилагане, ще бъдат ефективни. Разграничаването на по-ранната традиция от подхода, представен от представителите на полската школа по философия на медицината, не създава големи затруднения, тъй като съвпада с времето на споровете дали медицината е изкуство или наука. Представителите на традиционния начин за формулиране на задачите на лекарите са вярвали, че медицината е изкуство, в което лекарят интуитивно идентифицира патогенни фактори и самостоятелно избира метода на терапия за тях. От друга страна, тенденцията, представлявана от Тит Халубински, подчертавала, че това е подход, подобен на шаманизма, а не на науката. Дори след Втората световна война споменът за донаучния период на медицината все още е пресен. Лудвик Грос пише за това в известната си публикация „Човечеството в борбата за здраве“:

„Медицината е все още много млада наука. Само за няколко десетилетия истинските ѝ контури се появяват от мъгливите изпарения на народните вярвания, предразсъдъците и суеверията“²⁴.

²⁴ Gross, L. (1947) *Ludzkość w walce o zdrowie*, Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa, s. XII.

Историята на медицината се дели на донаучен и научен период. Границата се открива в периода на позитивизма. Това състояние на нещата е широко прието не само от медицинските историци, но и от самите лекари.

„До средата на XIX век лекарите не основават своите интервенции върху научни знания, защото или не са съществували, или, когато вече са били достъпни, не са подходящи за диагностика и лечение. По-голямата част от медицинските действия се основавали на спекулации или „интуиция“. Липсата на надеждни теоретични основи осъждала медицинската практика да използва предположения и лечение случайно: този, който успявал да излекува, бил като художник, магьосник и виртуоз, чийто успех е видим, но неразбираем. Често и за самия художник“²⁵.

Приемането на медицинската наука означавало промяна в начина, по който чираците се набират в професията, както и въвеждането на официално удостоверение, даващо права да практикуват.

Адам Вжосек за значението на философията за медицината

Адам Вжосек, като представител на „по-младата школа“, е имал в известна степен по-лесна задача, тъй като в продължение на много години той е изследвал историята на полската медицина, независимо от медицинската си практика. Затова в своята „Медицинска пропедевтика“ той напомня:

„В миналото учебната програма за обучение в медицинските факултети, особено първоначалните, се различавала значително от настоящата, а именно с по-голяма многостранност. Тези, които искали да учат теология, право или медицина през средновековието, трябвало най-напред да завършат философския факултет с магистърска степен. Така е било в чужбина. Така е

²⁵ Łuków, P. (2012) *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i sztuce leczenia*, Wyd. Semper, Warszawa, s. 39.

било и в Полша. [...] Едва след завършването му можело да се запишат в медицинския факултет. [...] През XV век във Философския факултет в Краков са записани общо 17 868 учени, от които само 21,2% стават бакалаври и само 4,7% магистри. Оттук следва, че само по-зрелите, талантливи и по-усърдни младежи са можели да влязат във факултетите по медицина, теология и право²⁶.

Вжосек свързва премахването на задължителното философско следване за лекарите с разширяването на учебните програми в средните училища именно с такива предмети. Независимо от това, изучаването на най-важните философски науки се считало за въведение в медицината като цяло и „следователно в миналото всеки, който е завършил медицина и е издържал успешно изпита, е станал не само доктор по медицина, но и по философия“²⁷.

По-късно обаче тази комбинация била изоставена. Вжосек е имал значителни постижения в областта на история на медицината, включително и в образованието на лекарите в Полша. Следователно той е знаел, че през втората половина на XIX век в медицинските факултети преподават не само история на философията, но и логика и психология. Следователно това следване е било силно претоварено, тъй като дори математиката е била включена в неговите учебни програми. Вжосек вярвал, че ситуацията, в която преподаването на философия е премахнато от медицинското образование, е резултат от разпространението на позитивистките тенденции в науката, тоест, както тогава се наричало, разширяване на материализма и следователно преди всичко причинно-следственото мислене. Както той писал:

„Тогава настъпило значително намаляване на въображението на човешката мисъл. [...] Характерно е, че един от най-известните философи материалисти през XVIII век, е бил лекарят Ла Метри, а през XIX век апостолите на

²⁶ Wrzosek, A. (1913) *Propedeutyka lekarska*. Skład Główny w księgarni E. Wende i S-ka, Warszawa, s. 59.

²⁷ Пак там.

материализма са трима лекари, професори: Бюхнер, Молешот и Фогт“²⁸.

Подобни тенденции, възникнали в науката като цяло, трябвало да причинят, по негово мнение, един вид дехуманизация на медицината, защото за да се избере правилната терапия било достатъчно да се открият специфични симптоми и автоматично да се приспособи процесът на лечение към тях. Точността на поставената диагноза по този начин определяла ефективността на лечението. Така пациентът се превръщал в нещо като обект и задачата на лекаря би трябвало да бъде само да премахне дисфункцията в тялото му.



проф. Адам Вжосек (1875-1965) (от колекцията на редакцията на АМР)

Нищо чудно тогава, че Вжосек забелязал, че

„... духът на времето, материалистичният дух, който е излъчвал своите триумфи през по-голямата част от XIX век, е оказал определено влияние върху медицинското образование, което е било реформирано в чисто утилитарна, доста тясно разбирана посока. От мига, в който идеалистичните насоки във

²⁸ Пак там, с. 60.

философията били подкрепяни от все по-малко привърженици, настъпил общ спад на социалните идеали, както и на идеала за лекар. Идеалът за лекаря като добър, образован и мъдър човек започва бавно да изчезва, докато идеалът за добър специалист, който владее занаята си перфектно, започва да се очертава²⁹.

Вжосек бил привърженик на такъв модел на реализиране на лекарската практика, при който пациентът можел ефективно да влияе върху лечебния процес. Той предположил, че това отношение в медицината отново започва да доминира.

„Периодът на царуването на материализма приключи. Срещу него имаше реакция в много области на научната работа. Философските науки бавно започват да възвръщат дължимата си позиция в университетските програми“³⁰.

Вжосек също се опитал да посочи причините, поради които бъдещите медици трябва да изучават философия:

„Изучаването на философията, да не говорим за факта, че тя перфектно възпитава ума и допринася за формирането на независим миросглед, има и добра страна за лекаря, че го предпазва от твърде едностранчиво мислене под единственото влияние на природните науки. Лекарят [...] трябва да бъде всеобхватно образован и трябва да бъде поне на интелектуалното ниво на образование на други професии. Без философското образование на ума обаче, не може да става и дума за всеобхватно образование“³¹.

Подбор за професията лекар

Последицата от такова разбиране на философията на медицината от Вжосек са не само постулатите относно реформата в следването на лекарите, но и необходимостта от установяване на прагови условия за

²⁹ Пак там, с. 60-61.

³⁰ Пак там, с. 61.

³¹ Пак там, с. 62.

хората, които след това обучение са решили да имат своя частна лекарска практика. Не може да се забравя, че кандидатстването в медицинската професия преди ерата на позитивизма до голяма степен е продължение на средновековните практики на гилдията. Младият адепт се научавал да практикува под наблюдението на учител, от когото придобивал терапевтични техники и тайните на изкуството. Обменът на информация между лекарите бил труден и често се случвало всяка болест да се лекува по специфичен начин от определен лекар. Следователно естествена последица от това състояние на нещата са ситуации, когато няколко десетки лекари посещават леглото на болен държавен сановник и всеки от тях използва само собствени лекарства и прилага уникални терапевтични техники. Така че лечението често се провеждало по метода проба-грешка и сред лекарите било доста често срещано мнението, че съществува панацея, т.е. универсално лекарство, или винаги ефективна техника на лечение. Отгук и популярността на практически всички форми на хидротерапия, пускане на кръв или употреба на живак. Следователно кандидатстването в медицинското изкуство не е било задължително свързано с получаване на подходяща диплома, потвърждаваща квалификацията. Едва нарастващото осъзнаване, че болестта е придобито състояние и че почти всеки може да бъде излекуван, довело до промяна в отношението към лекаря.

Кандидатстването за професионална практика се отнася до професии, които изпълняват задачи от особено социално значение. Несъмнено професията на лекар принадлежи към тях, защото всеки човек поставя в ръцете на представителите на тази професия най-важното - здравето и живота си. По тази причина приемането в медицинските професии никога не е било автоматично или лесно. Независимо от това, в далечното минало това приличало повече на пътя на посвещението, известен от масонските ложи, отколкото на действителният изпит за знания и умения. Следователно приложението не можело да се ограничи само до овладяване на определен обхват от теоретични знания, тъй като трябвало да включва и практически умения, като рационална диагностика и избор на правилната терапевтична процедура. Нищо чудно следователно, че в полската школа по

философия на медицината толкова голямо внимание се е отделяло на поставянето на диагнозата и овладяването на знания от областта на антропологията и физиологията, защото без ориентация в това доколко под влияние на болестта се е променил организма и начина на неговото функциониране, подбора на подходящи лекарства и терапевтични процедури, било невъзможно. Това обаче изисква не само промени в процеса на образование на лекарите, но и промени в миросгледа, особено нов поглед върху естеството на заболяването и възможността за прилагане на ефективна терапия. Поради тази причина всички представители на полската школа по философия на медицината се занимавали с трудните проблеми на съвместяването на лекарските знания със знанията в областта на естествените науки, както и със съображенията в областта на философията, които всъщност трябвало да покажат, че болестта е нещо естествено и, както всичко в природата, е временно. Следователно успехът на терапията престанал да зависи от свръхестествените фактори и започнал да зависи от знанията и уменията на лекаря.

Както диагнозата, така и избраният метод на лечение, не могат да бъдат случайни, а резултат от специфични процедури, чието използване в медицинската практика трябва да донесе положителни резултати за пациента и по този начин да доведе до излекуването му. Така лекарят преставал да бъде непредвидим човек, а гаранция за терапевтичния успех започнало да бъде придържането към определени процедури. Нищо чудно тогава, че публикацията, която поставила начало на развитието на полската школа на философия на медицината, била работата на Халубински, посветена на метода за диагностициране на здравословното състояние на пациента. Следователно диагностицирането и изборът на подходяща терапия престанало да бъде въпрос на независим избор на лекаря и до голяма степен се превърнало в следствие от използването на лесно проверими процедури. Лекарите можели и трябвало да ги усвоят. Медицинското образование от този момент придобило напълно различен характер, отколкото дотогава. Благодарение на това медицината се превърнала в природна наука и започнала да изисква от адептите на лекарското изкуство знание, което до този момент те не били задължени

да притежават. Това се отнасяло до знанието в областта на антропологията, психологията и физиологията. По-нататъшната последица от това състояние на нещата било появата на лекарските специалности.

Изключителният австрийски лекар Йозеф Лшбел (1882-1940) смятал, че специализацията на медицината започнала едва когато лекарите отхвърлили концепцията за болестта като универсално неразположение, тоест обхващаща цялото човешко тяло. Болестта започнала да се локализира в конкретно място на организма³². И това било истинска революция в лечението, но изисквала добро познаване на анатомията и физиологията, а също и на антропологията. За пионер на тази революция навсякъде е признат Рудолф Вирхов (1821-1902). Така се случило, че повечето изключителни полски медици са завършили своето медицинско образование в Берлин под наблюдението на този лекар и натуралист с наистина ренесансови интереси. Благодарение на това, следвайки своя учител, те се отнасяли към човешкия организъм като към определена функционална структура, която може да бъде възстановена, при условие, че са известни не само отделните елементи, но и принципите на тяхното взаимодействие. Подобна медицина обаче изисквала ново местоположение в рамките на други науки поради факта, че е загубила аристократичния си характер, а също така изисквала и ново определение на задачите, които изпълнявала в полза на обществото. Самите лекари не можели да го направят и от тук най-напред се появила необходимостта от формулиране на философията на медицината, аналогично, както за другите конкретни науки. Нищо чудно тогава, че медицинските проблеми започнали да представляват интерес за други науки, особено за социологията и психологията.

Днес едва ли някой си спомня, че именно Адам Вжосек станал известен като застъпник на наемането на жени в медицински професии. В една от своите статии писал: „Никъде няма толкова явни и решителни

³² Lšbel, J. (1933) *Świat medycyny wczoraj-dziś-jutro*, Udziałowa Spółka Wydawnicza, Kraków, s. 159-160.

противници на стремежите на жените за еманципация, както в областта на медицината“³³.

Още в докторската си дисертация, защитена през 1898 г. в Берлинския университет, той поставил проблема за приемане на жени в лекарската професия. По този начин той бил един от пионерите в областта на борбата за равни права на жените в медицината. Още по това време той смятал, че на жените трябва да бъде позволено да учат медицина и да практикуват медицина³⁴. Следователно Вжосек е бил прагматик и не е приемал, че полът има някакво значение при практикуването на медицинските професии. От тук в заключението на своята статия на тема лекарки, написал: „Струва ни се, че жената, поради това, че е способна да стане лекарка, има право да бъде такава“³⁵.

Тази работа предизвикала значителен интерес в Полша и дори в чужбина, както се вижда от нейния превод и публикация в чешкото специализирано списание „Медицински възгледи“ („Lekarske Rozhledy“).

Прагматизмът на Вжосек бил резултат от задълбочените му изследвания в областта на историята на медицината. Защото написал много важни исторически работи, посветени именно на изключителни представители на полската медицина. Той винаги подчертавал практическия аспект в тях, който в същото време бил свързан с борбата срещу всички предрасъдъци и суеверия, на които лекарите също се поддавали и които, вместо да излекуват болното тяло, формирали идеална визия за болестта, за която може да се намери едно универсално лекарство – панацея. За Вжосек това било отношение, което той нарекъл скептицизъм, което на практика се свеждало до отделяне на терапевтичния процес от науката. Ето защо той придавал толкова голямо значение на обучението на млади адепти в медицината в областта на антропологията и физиологията, защото без познания в тази област способността за лечение би била незначителна. Скептицизмът, разбира се по този начин, по думите на автора: „прави лекаря шарлатанин,

³³ Wrzosek, A. (1899) *W sprawie lekarek*, „Krytyka Lekarska”, nr 6, s. 193.

³⁴ Maćkowiak, Z., M. Musielak (2000) *Adam Wrzosek. Życie i działalność*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań, s. 115.

³⁵ Wrzosek, A. (1899) *W sprawie lekarek*, „Krytyka Lekarska”, nr 6, s. 193.

предписвайки на пациента лекарства, в ефективността на които той изобщо не вярва“³⁶.

Той също така обвинявал медицинската образователна система, че обсъжда редки случаи, някакви любопитни медицински случаи, забравяйки, че на практика лекарите всъщност ще се занимават само с типични и следователно безинтересни случаи.

Вжосек бил убеден, че медицината е специализирана област на знанието и затова всички лекции в медицинското образование трябва да се провеждат от практикуващи лекари. Тук става дума особено за познания по непрактични предмети, като например философия или история на медицината. Според Вжосек знанията в тази област са били необходими за всеки лекар и мястото на придобиването им трябвало да бъдат университетите³⁷. Въпреки това подобно мнение отразява загрижеността за интелектуалното състояние на полския лекар, за чието общо образование обикновено оставало много да се желае.

Историята на полската медицина обаче потвърждава, че общата тенденция за „научност“ в нея никога не е била безкритично одобрявана. Съмненията на Вжосек били споделени от много видни представители на полската медицина. Още през 1929 г., по време на 5-ия конгрес на полските историци и философи на медицината, който се провел по време на 13-ия конгрес на полските лекари и натуралисти, Владислав Шумовски критично отбелязал, че тази тенденция води до почти стагнация или дори колапс на медицината. Поради това става необходимо да се приложи лозунгът „връщане към Хипократ“, т.е. към историческите корени на медицината. Необходимостта от такова връщане е свързана с две причини:

„Първата е убеждението, че днешната медицина твърде много се придържа към идеята, че е наука, докато медицината е преди всичко изкуство и трябва да бъде именно според принципите на Хипократ, за когото е само изкуство. Втората мисъл е убеждението, че посоката на днешната медицина, създадена от

³⁶ Wrzosek, A. (1899) *Sceptycyzm a krytyka w medycynie*, „Krytyka Lekarska”, nr 7, s. 223.

³⁷ Wrzosek, A. (1911) *Wykład wstępny z historyi medycyny, wygłoszony na Uniwersytecie Jagiellońskim 3. Listopada 1910 roku*, „Lwowski Tygodnik Lekarski”, nr 1, s. 11-12.

Вирхов и Пастър, анатомично-локализираща и бактериологична, е отишла твърде далеч, напълно скъсвайки с вековната хуморално-конституционна терапия. Затова се налага връщане към Хипократ и синтез на старата с днешната медицина³⁸.

Възгледът, че медицината е изкуство, споделял също и друг виден лекар и натуралист, Хенрик Нусбаум, който в своето есе „Лекарска етика“ писал:

„Лекарската професия през изминалия век спечели позицията, която би трябвало да заема. Изкуството на медицината придоби значението на социален фактор едва през последните 100 години [...]. Но медицината е изкуство, толкова древно, колкото е и началата на човешката раса“³⁹.

Въпреки това той смятал лекаря за представител на природните науки, който познава тайните на човешкото тяло най-добре от всички. Той не се съмнявал в необходимостта от отделна етика за медицинската професия. Той обосновава своята гледна точка с популярното тогава мнение за съществуването на аналогии между живите организми и социалните структури:

„И както медицинската хигиена мисли за условията на здравето на организма и следователно клетките, които го изграждат, така и моралната хигиена, т.е. етиката, мисли за благосъстоянието на обществото, като се вземат предвид всички граждани на държавата“⁴⁰.

В това издание медицинската етика била свързана с поддържането на престижа на професията, а не с повишаването на морала в обществото на по-високо ниво.

³⁸ Trzebiński, S. (1931) *V Zjazd polskich historyków i filozofów medycyny*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny”, t. 11, s. 253.

³⁹ Nusbaum, H. (1931) *Zarys etyki lekarskiej. Wykłady wygłoszone na Uniwersytecie Warszawskim*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny”, t. 11, s. 114.

⁴⁰ Пак там, с. 129.

Заклучение

Начинът на разбиране на Вжосек за предмета на философията на медицината се различавал значително от днешните дискусии по този въпрос. Това било особено видимо в случаите на нейните практически приложения. По този въпрос Адам Вжосек заемал позиция, която днес практически няма поддръжници. Философията на медицината трябвало не толкова да предостави на лекарите специфична квалификация, колкото да изгради способността да интегрират всички терапевтични дейности в по-обща система от знания. Разглеждал медицината като елемент на по-обща система от знания и като част от културата. В това отношение той постулирал единството на моралната и професионалната квалификации. Не можел да си представи, че е възможно човек да стане лекар без да е в състояние самостоятелно да определи своето място в обществото и сред лекарската общност. Като цяло отхвърлял идеята за формиране на етичен кодекс, предназначен само за лекари. Той писал:

„Не е ли нелепо да се нарича етика списък с параграфи на закон, чиято цел е просто да защитава интересите на определена професия? [...] Каква е целта на съществуване на специалната медицинска етика? Някои, вярват, че нещо не е наред сред свещениците на Ескулап, че те все повече се спускат от свещеническото достойнство до нивото на прости занаятчии и търговци, вярват, че ще бъде възможно да се поправи злото чрез закон. [...] Други вярват, че с етически кодекс ще регулират конкуренцията между лекарите, като по този начин осигурят на лекарите по-висок доход и уважение“⁴¹.

Скептицизмът на Вжосек произтичал от неговите лични преживявания и опит и от тук питал директно:

„Защото как можете да морализирате някого с формулки? [...] За какво ни е специална лекарска етика? Докато не признаваме обосновката на специфичната етика на професионалисти, производители, адвокати и т.н., ние също нямаме право да

⁴¹ [Wrzosek], W. R. (1899) *Etyka lekarska*, „Przegląd Tygodniowy”, nr 27, s. 319.

признаваме специфичната етика на лекарите. И няма да я признаем, докато не спрем да мислим логично. Защото какво би се случило тогава? Това, което би било неморално в една етика, например, според общата човешка етика, предоставянето на безплатна медицинска помощ е морален акт. Според медицинската етика същото е неморален акт. Истински моралният лекар може да се справи без специална медицинска етика. За него е достатъчна човешката етика“⁴².

Въпреки това той никога не е смятал, че за да се започне лекарска практика, не е необходимо да се отговаря на определени първоначални изисквания, благодарение на които професията ще запази своя престиж и социална значимост. По това време обаче той не говори за призвание към тази професия, тъй като се отнасял към нея по същия начин, както към всяка друга професия.

Всеки, който възнамерява да избере някаква професия като цел на живота, трябва да се замисли дълбоко върху две неща: дали неговите морални, умствени и физически качества ще му позволят отговорно да изпълнява задълженията на професията, която възнамерява да изпълнява, и дали професията си заслужава, за да ѝ посвети целия си живот. [...] Всъщност това е една от най-благородните професии, които човечеството е създало в своя напредък към все по-съвършена социална система, наистина една от най-благородните, но и една от най-трудните и отговорни професии. Ето защо, ако човек възнамерява да се посветите на лекарската професия и загърбва избора на друга професия, трябва внимателно да прецени дали неговата морална, умствена и физическа сила ще отговаря на предвидената работа⁴³.

Според Вжосек моралното кредо за представителите на професията е: „лекарят трябва да бъде благодетел на страдащото човечество“⁴⁴. Предметът лекарска пропедевтика трябва да запознава адептите на лекарското изкуство с всички изисквания, поставяни пред тях.

⁴² Пак там.

⁴³ Wrzosek, A. (1909) *O dobrym lekarzu (Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej, wygłoszony w Uniwersytecie Jagiellońskim dn. 9 maja 1908)*, „Nowiny Lekarskie”, nr 1, s. 1.

⁴⁴ Пак там, с. 2.

„По този начин медицинската пропедевтика има за цел да образова младите хора, които възнамеряват да се посветят на медицинско обучение, за задълженията на лекаря, неговата роля в обществото, моралните, умствените и физическите качества, необходими на бъдещия лекар, и по време на престоя в университета, за да получи най-лесния начин да се доближи до целта, и тази цел трябва да бъде идеалът на лекаря във всяко отношение“⁴⁵.

Поради тази причина, според Вжосек, лекарската пропедевтика трябва да се преподава в гимназията, преди младежите да решат да изберат определена професия. Това би позволило да се избегнат много разочарования и загуба на усилия и ресурси, изразходвани за обучение на хора, които не са предразположени към тази професия. Всеки, който може съзнателно да избере лекарската професия, също може да разбере социалната роля, която трябва да играе в обществото. Следователно тя вече е оформила основите на това, което сега наричаме философия на медицината. Намирането на собственото място в културата допълнително повишава подобна квалификация. Това е задачата на всеки лекар и никой няма да бъде освободен от това.

Литература

1. Engelhardt H.T. Jr., Spicker S.F. (red.), *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences. Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Galveston, May 9-11, 1974*, Springer, Dordrecht 1975, s. 215-216.
2. Gross L., *Ludzkość w walce o zdrowie*, Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa 1947, s. XII.
3. Jadacki J.J., *Orientacje i doktryny filozoficzne*, Wydawnictwo WFiS UW, Warszawa 1998, s. 75.
4. Löbel J., *Świat medycyny wczoraj-dziś-jutro*, Udziałowa Spółka Wydawnicza, Kraków 1933, s. 159-160.
5. Łuków P., *Moralność medycyny. O sztuce dobrego życia i sztuce leczenia*, Wyd. Semper, Warszawa 2012, s. 39.

⁴⁵ Пак там.

6. Maćkowiak Z., Musielak M., *Adam Wrzosek. Życie i działalność*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2000, s. 115.
7. Nusbaum H., *Zarys etyki lekarskiej. Wykłady wygłoszone na Uniwersytecie Warszawskim*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny” 1931, t. 11, s. 114.
8. Szumowski W., *Filozofia medycyny*, Skład Główny Księgarni Gebethnera i Wolffa, Kraków 1948, s. 9.
9. Trzebiński S., *V Zjazd polskich historyków i filozofów medycyny*, „Archiwum Historii Filozofii i Medycyny” 1931, t. 11, s. 253.
10. W.R. [Wrzosek], *Etyka lekarska*, „Przegląd Tygodniowy” 1899, nr 27, s. 319.
11. Wrzosek A., *O dobrym lekarzu (Wykład wstępny z propedeutyki lekarskiej, wygłoszony w Uniwersytecie Jagiellońskim dn. 9 maja 1908)*, „Nowiny Lekarskie” 1909, nr 1, s. 1.
12. Wrzosek A., *Propedeutyka lekarska*, Skład Główny w Księgarni E. Wende i S-ka, Warszawa 1913, s. 59.
13. Wrzosek A., *Sceptycyzm a krytyka w medycynie*, „Krytyka Lekarska” 1899, nr 7, s. 223.
14. Wrzosek A., *W sprawie lekarzy*, „Krytyka Lekarska” 1899, nr 6, s. 193.
15. Wrzosek A., *Wykład wstępny z historii medycyny, wygłoszony na Uniwersytecie Jagiellońskim 3. Listopada 1910 roku*, „Lwowski Tygodnik Lekarski” 1911, nr 1, s. 11-12.
16. Wulff H.R. Pedersen., S.A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny*, przeł. Z. Szawarski, PWN, Warszawa 1993.
17. Zamojski J., *Dlaczego wciąż warto badać polską myśl filozoficzno-lekarską?*, [w:] *Polska szkoła filozofii medycyny: przedstawiciele, wybrane teksty źródłowe*, pod red. M. Musielaka i J. Zamojskiego, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Poznań 2010, s. 12.
18. Żołobowska E., *Teoretyczny i praktyczny aspekt filozofii medycyny*, [w:] *Wybrane etycznie filozoficzne aspekty ochrony środowiska*, pod red. M. Terleckiej, Armagraf, Krosno 2014.

Лудвиг Флек

ЗА НЯКОИ ОСОБЕНОСТИ НА МЕДИЦИНСКОТО МИСЛЕНЕ⁴⁶

Медицинското знание, чийто обхват е толкова широк, колкото е и неговата история, доведоха до появата на специфичен стил в подхода към собствените му проблеми, специфичен начин на отношение към медицинските явления, т.е. до специфичен тип мислене. Всъщност такъв различен тип мислене не е нищо изненадващо. Моля, помислете, колко по-различно мисли натуралистът от хуманистът, дори ако темата е по същество една и съща; например как иначе, в различен стил, без възможност за пряко сравнение, психологията изглежда като естествена и философска наука. Самият обект на медицинското познание се различава по принцип от обекта на естествената наука. Докато натуралистът търси типични, нормални явления, лекарят изучава точно тези необичайни, ненормални, болестни явления. И веднага по този път той среща огромното богатство и индивидуалност на тези явления, създаващи множество без ясно разграничени единици, пълно с преходни, гранични състояния. Няма строга граница между това, което е здраво, и това, което е болно, и същата картина на болестта никога не се вижда втори път. Но това невероятно богато множество от все още различни и различни варианти трябва да бъде мисловно преодоляно, защото това е познавателната задача на медицината. По какъв начин да намерим закона за неправилните явления? – това е основният въпрос на медицинското мислене. Как да ги изразим и какви взаимоотношения между тях трябва да се приемат, за да се получи рационална област?

⁴⁶ Преводът е направен по: Fleck, L. (1927) O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego. (Rzecz wygłoszona na IV Posiedzeniu Tow. Miłośników Historji Medycyny we Lwowie). W: „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych”, Ł 6, z. 1, ss. 55-64.

И така, започва търсенето на типове сред явления, които първоначално изглеждат именно атипични. Например, нормалната, типична сърдечна честота изглежда така и така. Има индивидуални различия по отношение на интензивността и продължителността на всеки компонент на това действие и по отношение на ритъма на последователността на тези компоненти. Но тези разлики са физиологично незначителни. Едва болестният сърдечен ритъм дава голямо богатство от все по-различни и различни образи. Оказва се, че е необходимо да се разширят наблюденията върху периферните съдове, капилярите, кожата, ендокринните жлези и вегетативната система, връзките в развитието и т.н.

Възниква огромно богатство от материал. Задачата на медицината е да намери в този първичен хаос някакви закони, връзки, някои видове от по-висок порядък.

По принцип това става възможно. Ние знаем от изчислението на вероятностите, че дори случайностите, дори случките без връзка по между си, могат да бъдат обобщени в определени закони, така че не е чудно, че тези ненормални, болестни явления се групират около определени типове, давайки закони от по-висок порядък, защото те са по-красиви, по-общи от нормалните вече съдържащи се в тях, които изведнъж стават по-задълбочено разбрани. Тези типове, тези идеални, измислени образи, наречени болестни единици, около които се групират такива индивидуални и променливи патологични явления, които никога не отговарят напълно на тях, създават медицинското мислене, от една страна, чрез специфично, широкообхватно абстрахиране, т.е. отхвърляне на някои наблюдавани данни, от друга страна, чрез изграждане на хипотези по също толкова специфичен начин, т.е. отгатване на ненаблюдавани връзки. В това си служим преди всичко със статистическа компилация и сравнение на много подобни явления, т.е. това, което бих нарекъл статистическо наблюдение, което позволява само да се намери тип сред много индивидуалности. Ролята на статистиката в медицината е огромна. Само многобройни, много наблюдения премахват индивидуалността на това, което е болест, а в сложни области като патология или социология, индивидуалната черта е идентична със

случайността и трябва да бъде премахната. Но само статистическото наблюдение не създава основното понятие на нашето познание, което е понятието за болестна единица.

Тук в играта влизат много неуловими от страна на логиката странни неща, които ни позволяват да предвидим, в известен смисъл да предчувстваме хода на въпросите и идеите, които определят развитието на дадена мисловна област и създават стила ѝ, подходящ за епохата. Наричам този фактор един вид интуиция. Не мога повече да се задълбочавам върху въпроса за тази интуиция, защото тя става възможна само в светлината на историята на науките, но трябва да отбележа, че без понятието за нея, т.е. ако приемем, че развитието на науката е само въпрос на време, технически възможности и шанс, ние никога не бихме могли да го разберем, не бихме разбрали преди всичко защо етапите на развитие имат специфичен стил на мислене, защо явление, достъпно за всички, е било забелязано в даден момент за първи път и почти едновременно от няколко изследователи. Така възникват на определен етап на развитие определени болестни образувания и този техен генезис обяснява някои от техните специални черти: Никъде извън медицината няма толкова много термини „псевдо“ и „пара“: например тиф-паратиф; псориазис-парапсориазис; ваксина-параваксина; анемия-псевдоанемия; псевдобулбарна парализа, псевдокруп, псевдоневрит на зрителния нерв, псевдоптоза, псевдосклероза, псевдотабес; по-нататък менингит-менингизъм; Паркинсон-Паркинсонизъм и др., и др. Тези конкретни имена съществуват в медицината, тъй като с напредването на медицинските познания за вече определения идеален тип заболяване трябвало да се разграничат отделни подтипове, напр. тиф-паратиф, които понякога се оказват напълно несвързани: tabes-pseudotabes. Колкото по-напред отива медицинското познание, толкова повече такива термини, такива доказателства за отклонение от първоначалния подход, възникват и ще възникват, защото първоначалната концепция се оказва твърде абстрактна, твърде идеална.

А каква роля играе интуицията в лекарското мислене, дори при простото разпознаване на дадена болест, се вижда най-добре от там, че фактически почти никога нямаме патогномичен симптом, който сам по

себе си би бил достатъчен, за да определи болестното състояние: дори микобактерията на тифа, израснала от изпражненията, не доказва, че индивидът има тиф, защото може да е носител на микроба. Само комбинацията от симптоми и преди всичко външният вид, хабитусът и целият актуален статус на пациента решават. Най-добрите диагностични най-често не могат да посочат от какво точно се ръководят при поставянето на дадена диагноза, като обясняват само, че целият външен вид е типичен за този и онзи случай на заболяването.

Тъй като медицинската мисъл вече е открила определени идеални типове в безкрайното множество на пръв поглед нетипични патологични явления, тя е изправена пред нов проблем: да ги сведе до общ знаменател, да анализира някои общи елементи, градивни елементи, тухлички, от които могат да се пресъздадат наблюдаваните явления. Така възникват елементите на анатомията и патологичната физиология. Но така постигнатите по този път комбинации от няколко непрекъснато повтарящи се мотива (възпаление, дегенерация, атрофия, хипертрофия, хипофункция, хиперфункция и др.) никога не отразяват богатството на индивидуалните характеристики на заболяването. Най-специфичните, най-характерните черти все още остават извън обхвата на подобен подход, доказвайки, че елементите на анатомията и патофизиологията са твърде общи.

Това отново е особеност на медицината. Никъде извън нея, в който и да е друг клон на знанието, видовете нямат толкова много специфични характеристики, т.е. характеристики, които не могат да бъдат анализирани, а специфичните особености на медицинското мислене водят до общи елементи. По този начин един много напреднал процес на абстракция създава понятието за вид, чиято фиктивност (фикцийност – б. пр.) е значително по-висока, отколкото във всяка друга област на знанието и понятието за елемент е от също толкова специфичен общ характер. В резултат на това има характерно несъответствие между теорията и практиката в медицината. Имам предвид несъответствието между книжното знание и живите наблюдения, а не разминаването между медицинските изкуство и наука, защото например и в химията има известна диспропорция между науката и приложното изкуство. Но никое

наблюдение не може да бъде противоречиво или дори извън обхвата на теорията. В медицината, от друга страна, известната фраза: „In der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor“⁴⁷ може да се прилага твърде често.

На практика не може без термини като: „настинка“, „ревматични болки“ или „невралгични болки“, които нямат нищо общо с ревматизма или невралгията в теоретичен аспект. Има различни болестни състояния и комплекси от субективни симптоми, които в теоретичната медицина не са намерили досега и може би никога няма да намерят място. Това несъответствие между теорията и практиката е още по-видимо в терапията и най-добре видимо е в опитите да се обяснят действията на лечебните средства, където това води до специална псевдологика. Наскоро камфорът беше забранен да се прилага при хемоптиза⁴⁸ – и това имаше своя мотивировка. Камфорът днес се препоръчва – и това също има своята „логическа“ мотивировка. Всеки терапевтичен метод, включително хомеопатията и психоанализата, има „строга, логична, почти математическа“ мотивация, най-често колкото е по-строга, толкова по-кратък е животът му. Никъде не е по-лесно да се намери такова псевдологично обяснение, както в медицината, защото колкото по-сложно е множеството от явления, толкова по-лесно е да се намери закон, който може да бъде проверен за кратко време, и толкова по-трудно е да се намери идея, която го обхваща. В медицината има едно уникално обстоятелство, че колкото по-лош е лекарят, толкова по-„логична“ е терапията му. Защото в медицината може да се симулира почти всичко, за да се докаже, че досега не сме обяснили реално нищо.

Покрай тези основни понятия за вид и елемент, медицинското мислене има и специфична концепция за връзката на болестните явления. Това невероятно сложно поле представя уникална картина от когнитивна гледна точка. Заедно с естествените науки медицинското мислене признава причинно-следствените връзки (въпреки че вече стана нещо обичайно, че лекарят винаги казва „след това“ и почти никога за

⁴⁷ „In der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor“: „На теория е невъзможно, но на практика се случва“.

⁴⁸ хемоптиза – състояние, характеризиращо се с бавно отделяне на малко количество кръв в храчките, във вид на жилки.

„заради това“). Както в биологията, обусловеността на явленията в медицината може да бъде развиваща, корелационна, сурогатна, синергична и антагонистична. Като доста специфичен фактор, обясняващ болестните явления, в медицинското мислене се появява и концепцията за вътрешна диспозиция и външна основа, тоест условия, които по някакъв начин *in potentia* съдържат дадено болестно явление. А освен това – епидемиологичен подход към болестните явления, и в никакъв случай не на последно място – телеология. По този начин медицинските явления са свързани помежду си с голям брой взаимоотношения като резултат и компенсация за първоначалната им атипичност.

Но множеството, чиито елементи са толкова различно обусловени, когато се разглежда като цяло и последователно от една гледна точка, е ирационално. Ние признаваме причинно-следствените връзки, но следствието никога не е пропорционално на причината, дори не винаги е същото. Действието на патогенна причина е резултат от нейната интензивност и разположение, така че към причинно-следствените връзки се присъединяват несъизмерими с тях фактори от еднократни разсейващи фактори. Но дори и като вземем предвид и двете серии от действия, не можем да изведем нищо в медицината, защото винаги може да има антагонистична реакция. Например, „*dermographismus albus*“ показва хиперфункция на надбъбречната жлеза според някои и (еднакво логично) според други хипофункция, дължаща се на антагонизъм на кожата и вътрешните органи. Законът за действието на стимулите на Шулц, различният ефект на малки и средни дози атропин и променливата реакция на зениците при анестезия, са други примери за тази ирационалност.

Дори задълбочено познаване на анатомията и физиологията на пикочния мехур и задълбочено познаване на туберкулозните процеси не биха предсказали интересния феномен, че туберкулозата на пикочния мехур отстъпва след отстраняване на туберкулозния бъбрек. По същия начин, от познанията по физиология на речта не може да се изведе фактът, че дори след като ларинкса е напълно отстранен, човек може да се научи да говори. Класическата теория за реакцията на Васерман предполага, че с активен серум ще получим по-голям брой отрицателни

резултати, докато е вярно обратното. Медицината има своите мотиви за това, но те вече не лежат по линията на тази класическа теория, а изискват промяна на мисловната позиция.

И е така с всеки медицински проблем: непрекъснато и непрекъснато се превръща в необходимост промяната на гледната точка, да се откаже от последователната мисловна позиция. Само така светът на болестните явления става ирационален като цяло, рационален в детайлите. Така както, от една страна, само далеч отиващата дейност по абстрахиране позволява на медицинската мисъл да открие типове сред нетипичните явления, така от друга страна, само резигнацията с последствията позволява прилагането на закона към неправилните явления. А резултат от това е непропорционалността на идеите, произтичаща от все по-различния начин на описание на болестните явления и водеща до там, че единният поглед върху тях е невъзможен. Нито клетъчната теория, нито хуморалната теория, нито самото функционално разбиране на болестите, нито тяхната „психогенна“ обусловеност, сами по себе си никога няма да изчерпят цялото богатство от болестни явления.

Доколкото все пак в медицината е невъзможно да се обхване цялата идея, като атомистиката в химията или енергетиката във физиката, то въпреки това определена методична идея, определен ръководен принцип за описание на медицинските феномени все по-ясно се очертава като доминираща позиция. Това е специфичен времеви и динамичен подход към болестните явления. Обектът на медицинското мислене, болестта, не е никакво продължаващо състояние, а непрекъснато променящ се процес, който има своя произход, ход и изчезване във времето. Тази научна фикция е единица, създадена чрез абстракция, базирана на статистика и интуиция, единица, наречена болест, която е ирационална, неуловима и невъзможна за еднозначно дефиниране, когато се разбира статистически, се превръща в конкретна единица едва във времето. Никога *status praesens*⁴⁹, а само историята на болестта (*morbī*) създава болестна единица. Първият дава в най-добрия случай синдром, синдром от симптоми като синдрома на Хоумър или синдрома на Банти, който съвременното медицинско мислене разграничава точно от болестта

⁴⁹ *status praesens* (лат.) – сегашно състояние.

(morbus). Тази историчност, темпоралността на понятието болест, е уникална. Тъй като болестта е развиваща се във времето, промяна в жизнените функции, които също имат свой собствен времеви ход, така че като вид разнообразие от промени в живота е двойно зависимо от момента. Ако е разрешено сравнение от далечна област, то болестта се отнася до нормалните функции както ускорението към скоростта. Животът като такъв има свой ход във времето. В този ход протичането на болестта се извършва донякъде независимо от него. Детето се развива по позната схема. В същото време туберкулозата му се развива със собствено темпо и по нейни си закони. По този начин болестта получава своя двоен или всъщност четворен генезис.

И така, на първо място, патогенезата на един конкретен случай: неговото разположение, диатеза, конституция или хабитус, неговата инфекция, първичен симптом, развитие на алергия, развитие на патологични симптоми и т.н. Бих го нарекъл подробна онтогенеза на заболяването. След това общата патогенеза на единичния случай на туберкулоза, т.е., например, предразполагащите фактори и протичането на туберкулоза или тиф или подагра в детството, юношеството, климактериума и пр. Бих го нарекъл обща онтогенеза на болестта. Трето, независима история на заболяване в определена социална или географска среда, история на определена епидемия или определена дегенерация. Бих го нарекъл подробна филогенеза на болестта. И накрая, общата история на развитие на болестта, нейната поява в човечеството и нейната трансформация. Бих го нарекъл обща филогенеза на болестта. Не знам за друга област на научната мисъл, в която основното понятие да допуска толкова много различни генетични съображения. Ембриологията или палеонтологията, или историята, или социологията познават само едно еднопосочно развитие. В патологията се комбинират две серии на развитие: онто- и филогенетично развитие на живо същество и развитие на болест. Този исторически поглед върху понятието за болест става все по-ясен и по-ясен.

Ще обърна внимание на две напълно модерни и плодородни концепции: концепцията за хигиогенеза и латентна инфекция (inapparente infektion – Weil). И накрая, концепцията за латентна болест,

например *lues latens*. Включените процеси не попадат в старата концепция за здраве или концепцията за болест. При тяхното осветляване на здравето е определено тяхно отношение към пато- и хигиогенетичните процеси, а всяка друга връзка в каквато и да е посока е болест. Тъй като различни органи и жлези могат да се заменят взаимно, а някои заболявания се компенсират взаимно, което води до по-благоприятно състояние, здравето трябва да се определя правилно последователно, макар и парадоксално, като най-полезното заболяване в даден момент. По този начин възниква специфичен динамичен подход към обекта, при който вместо постоянни причини имаме процеси, които си влияят взаимно. Отношенията между тях са различни и непропорционални, в зависимост от все още необходимата промяна на гледната точка. Ако към това добавим специфична абстрактност на понятието за болестна единица, получаваме обща картина на медицинския подход към въпроса.

Ако ми бъде позволено да използвам картинно сравнение, медицинското мислене се различава по същество от естественото мислене по това, че използва гаусовата координатна система, а естественото мислене използва системата на Декарт. Лекарското наблюдение не е точка, а малък кръг. Ние не го поставяме върху системата под постоянен ъгъл от наклонени прави координати, а върху система от всякакви пресичащи се криви, които не познаваме отблизо.

Известна корекция в тази картина се внася от обстоятелството, че, строго погледнато, множеството медицински явления могат да бъдат обхванати с известно приближение само в гаусовата система, тъй като точките ѝ не са еднозначно определими. Всъщност работата е там, че естественото мислене използва системата на Декарт за малки диапазони от явления, а тази на Гаус (теорията на относителността) за големи диапазони. Лекарското мислене, от друга страна, използва гаусовата система за малки диапазони и като цяло не намира никакъв последователен и рационален подход към явленията.

ЧАСТ II

АТРОПОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА

Данута Пенкала-Гавенцка

АНТРОПОЛОГИЧНИЯТ ВЪЗГЛЕД ЗА БОЛЕСТТА КАТО КУЛТУРЕН ФЕНОМЕН⁵⁰

Summary. Problems of a disease constitute an important position in research of medical anthropology, sub-branch of the cultural anthropology. In this paper the author presents different ideas of a disease comprehended from different points of view (disease, illness, sickness). She shows in a wider way cultural conditions of the diseases in the aspect of their occurrence and recognition as deviation from the health standard, also rooted in respect of culture.

Zusammenfassung. Die Problematik der Krankheit nimmt einen wichtigen Platz im Bereich der medizinischen Anthropologie, einer Subdisziplin der Kulturanthropologie ein. Die Autorin beschreibt im Artikel verschiedene Auffassungen der Krankheit, von verschiedenen Gesichtspunkten gesehen (disease, illness, sickness). Breiter stellt sie die Kultur-Bedingen der Krankheiten, sowie im Aspekt ihres Auftretens, wie auch ihres Erkennen, als Abweichung von der Gesundheitsnorm, ebenso in der Kultur festgewurzelt.

Резюме. Проблемите на болестта заемат важно място в изследванията на медицинската антропология, подраздел на културната антропология. В тази статия авторът представя различни идеи за болестта, схващани от различни гледни точки (disease, illness, sickness). Тя показва в по-широк план културните условия на болестите в аспекта на тяхното възникване и разпознаване като отклонение от здравния стандарт, също вкоренено в уважението към културата.

Проблематиката, свързана с болестта, е в центъра на интересите на медицинската антропология⁵¹ – субдисциплина на културната антропология, занимаваща се с човека като създател на културата и като социално същество. Тя възниква в края на 60-те- и през 70-те години на миналия век в САЩ от изследванията на знанията и терапевтичните

⁵⁰ Преводът е направен по: Penkala-Gawęcka, Danuta (1994) Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe. W: *Medycyna nowożytna*, Tom 1, z. 2, ss. 5-16, с любезното съдействие и съгласие на авторката.

⁵¹ Подробно обсъждане на развитието на медицинската антропология може да се намери в следните изследвания: D. Penkala-Gawęcka, *Antropologia medyczna i etnomedycyna. Rozwój, stan badań, perspektywy*, „Lud”, t. 67: 1983, s. 9-17 oraz D. Penkala-Gawęcka, *Etnomedycyna*, [w:] *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne*, pod red. Z. Staszczak, Warszawa-Poznań 1987, s. 100-102. Трябва да се добави, че днес терминът „медицинска антропология“ се приема все по-широко в Европа.

практики на неевропейските народи, а по-късно и от западния културен кръг, които се развиват от началото на етнологията и от антропологията.

Болестта и начините за справяне с нея се разглеждат в различни аспекти в рамките на етномедицинските изследвания; изследват се класификацията на болестите, символното значение и „езика на болестта“, така наречените „народни болести“, влиянието на етиологията и диагнозата върху терапията и много други въпроси. По този начин терминът етномедицина се отнася до „онези вярвания и практики, свързани с болестта, които са продукти на местната култура и които не произлизат ясно от концептуалните рамки на съвременната медицина“ (Ch. C. Hughes). От друга страна, медицинската антропология в по-голяма степен от етномедицината се занимава с културни проблеми, свързани със здравето и болестите в „западните“ общества. Характерно за американската медицинска антропология е нейният силно подчертан практически аспект.

Най-общо казано, антропологичният подход към изследването на болестта се отличава с третирането ѝ като културно релативизиран феномен. Това е контекстуален подход, който подчертава, че болестта е конструкция, която може да бъде разбрана само чрез позоваване на културата, в която е била създадена. Въпреки това има много теоретични и методологични подходи в рамките на медицинската антропология. Разликите между тях, по отношение на изследванията на болестта, могат само да бъдат очертани в тази статия.

Разглеждайки етномедицинските въпроси в обществата извън евро-американския културен кръг, изследователите отдавна обръщат внимание на разнообразието от понятия за здраве, нормалност и болест. Оказало се, че тези категории нямат универсално съдържание и са културно релативизирани.

Явленията, разглеждани в една култура като симптоми на заболяване, в друга, напротив, могат да бъдат признаци на здраве, а в трета култура е възможно да нямат значение за оценката на здравето. За илюстрация на тази теза са цитирани множество примери, вкл. заболявания, които са толкова често срещани в някои общности, че техните симптоми се приемат за нещо нормално. Те включват фрамбезия

при племето Мано от Африка, шистозомиаза (билхарциоза) сред египетските селяни или хелминтаза, заразяване с различни видове червеи, толкова често срещани, че например африканците Тонга считат глистите за съществени за храносмилателния процес⁵². По същия начин някои симптоми (като халюцинации, видения, транс), които биха се считали за психопатологични от психиатрична гледна точка, в някои общества могат не само да не се считат за симптоми на болестта, но дори са ценени много високо. Тяхната изява може да доведе до там, че индивида да изпълнява специални функции, обикновено свързани с висок социален статус, например магьосник или шаман⁵³. Трябва да се добави, че самото разделяне на „сома“ и „психе“ в никакъв случай не е често срещано, напротив, не се среща в повечето култури; освен това осъзнаването на договорната, културно и исторически обусловена природа на тези категории, произтичащи от декартовата концепция за дуализма на тялото и духа, също нараства в обществата от западния културен кръг.

Местните концепции за причинно-следствената връзка и класификациите на болестите заемат много място в етномедицинските изследвания. Широко разпространение получило предложеното от Г. М. Фостър⁵⁴ разделение на „натуралистична“ и „персоналистична“ етиология. Натуралистичната етиология обяснява болестта в безличен план в резултат на действието на природни сили или условия (например дисбаланс в равновесието между „топлина“ и „студ“ в тялото). От друга страна, персоналистичната етиология обяснява болестите в резултат на намеса на фактори от личен характер, например човек, „зъл дух,

⁵² Lieban, R. W. (1973) *Medical Anthropology* [w:] *Handbook of Social and Cultural Anthropology*. J. J. Honigmann (ed.), Chicago, s. 1044.

⁵³ Още през 30-те години на миналия век Р. Бенедикт (R. Benedict *Anthropology and the Abnormal*, „*Journal of General Psychology*”, vol. 10: 1934, s. 59-82) писала, че понятието за ненормалност трябва да се признае за относително. Също така Е. Акеркнехт, смятан за „бащата“ на медицинската антропология, в една от класическите статии от 40-те години на миналия век заяви, че: „Автонормални“ и „автопатологични“ ще наричаме само тези индивиди, чиято нормалност или ненормалност определя тяхното собствено общество; това е единственото истинско определение за нормалност, което признаваме“ (E. Ackerknecht, E. (1990) *Szamaństiuo i psychopatologia* [w:] *Psychologia wierzeń religijnych*, pod red. K. Jankowskiego, Warszawa, s. 107).

⁵⁴ Foster, G. M. (1976) *Disease Etiologies In Non-Western Medical Systems*. In: *American Anthropologist*, vol. 78, № 4, s. 773-782.

божество“ (примери могат да бъдат магьосничество или действието на „лоши очи“). Въпреки че това разграничение използва категориите на външния наблюдател, то все пак е по-адекватно от традиционно използваното произволно разделение на „естествена“ и „свръхестествена“ причинно-следствена връзка и дори повече от разграничаването на етиологията на „рационална“ и „ирационална“, според биомедицинската парадигма или от гл. т. на „здравия разум“.

Изследователите обърнали внимание на несъответствието между биомедицинската класификация на болестите и класификацията на локалните, „местните“ заболявания. Народните нозологии обикновено обръщат по-малко внимание на симптомите, отличителните черти на болестта и в по-голяма степен отчитат социалните и културните условия на болестта и най-вече причинно-следствените връзки. Често болестта се назовава и обяснява с причинно-следствени категории (примери за подобен подход могат да бъдат намерени и в полската народна медицина и общоизвестните медицински познания – нека споменем например „настинка“ или „разкъсване“). Местните таксономии понякога са много обширни и подробни, както показват анализите на когнитивните учени. Най-известният и често цитиран анализ на категориите заболявания (кожни заболявания) е от Субанун от южните Филипини, направен от С. О. Фрейк⁵⁵, който прави много подробни разграничения.

Много болестни единици, разграничавани в биомедицинската нозология, нямат своите еквиваленти или имат само приблизителни еквиваленти в народните класификации. И обратното, има „народни заболявания“ (folk illnesses) или „културни заболявания“ (cultural illnesses, culture specific illnesses) (специфични за културата заболявания), които не могат да бъдат отнесени към биомедицински болестни единици. Тези заболявания понякога са специфични за една култура, понякога за по-широк географско-етнически регион, а понякога дори в далечни култури, могат да бъдат намерени техните двойници. Изследователите отдавна се интересуват от този тип болест; върху тях е написана обширна литература, започвайки от най-известния амок от Малайзия и

⁵⁵ Frake, C. O. (1961) The Diagnosis of Disease Among the Subanun of Mindanao. In: *American Anthropologist*, vol. 63, № 1, s. 113-132.

Индонезия, през „арктическата истерия“, до такива болести, като *лято* в Малайзия и Филипините, *коро* в Китай и Малайзия или *сусто* в Латинска Америка. Мнозинството от тях, поради ясения си психологически компонент, представляват особен интерес за психиатрите, които се занимават с т. нар. транскултурна психиатрия. За определянето на този тип болести е създаден терминът „синдроми, свързани с културата“ (culture-bound syndromes)⁵⁶. Основната тема на спора сред изследователите е въпросът как тези синдроми се превеждат в диагностични категории, използвани в психиатрията. Някои изследователи, особено антрополозите, заемат изключително релативистична позиция, като твърдят, че „всички психични заболявания са културно ограничени, тъй като самата система за класификация е културно ограничена“⁵⁷. Други, като Р. К. Симънс и К. К. Хъгс⁵⁸, защитават умерено релативистични позиции; трети обаче (обикновено психиатри) са привърженици на универсален подход, насърчаващ универсалността на стандартните диагностични категории, използвани в психиатрията. Според мнозинството антрополози, занимаващи се с този въпрос, дори тези заболявания, при които неврофизиологичните фактори са от голямо значение, се проявяват по различни начини в различните култури. Това е документирано от интересни проучвания върху образа на психичното заболяване в различни културни среди, например депресията в Китай, Иран, индианците от Северна Америка, Нова Гвинея и Шри Ланка⁵⁹ или шизофренията в англо-американските и мексиканските американци⁶⁰. Терминът „културно обусловени синдроми“ най-често се използва само по отношение на психиатрични разстройства, които в този смисъл съставляват част от по-широката категория „народни болести“. Такова ограничение обаче не изглежда правилно, тъй като други заболявания,

⁵⁶ Тази проблематика се дискутира широко от авторите на: *The Culture-Bound Syndromes*, R. C. Simons, C. C. Hughes (eds.), Dodrecht 1985.

⁵⁷ Torrev, E. F. (1981) *Czarownicy i psychiatrzy*. Warszawa, s. 59.

⁵⁸ *The Culture-Bound....* s. 34-35.

⁵⁹ Kleinman, A., B. Good (eds.), (1985) *Culture and Depression*. Berkeley.

⁶⁰ Jenkins, J. H. (1988) Conceptions of Schizophrenia as a Problem of Nerves: A Cross-Cultural Comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. In: *Social Science and Medicine*, vol. 12, s. 1233-1243.

принадлежащи към тази по-широка категория, също са културно обусловени. Освен това, както вече споменах, разграничението между ум и тяло е чуждо на западните култури. Понякога този вид заболяване се описва като специфично само за общества извън западния културен кръг, но също така е установено, че се среща в американското и европейското общество (като пример, разстройството, наречено „умора“, известно от Франция⁶¹).

Поради факта, че болестите се проявяват по различен начин в различни културни контексти и очевидната несъвместимост на народните или местните класификации с биомедицинските нозологии, антрополозите започнали да използват терминологично разграничение между „disease“ и „illness“. То е предложено от Х. Фабрега, като терминът „disease“ означава болестта като патологични промени в организма, дефинирани от биомедицинската наука, а „illness“ означава културното измерение на болестта⁶². При такъв подход „disease“ би била постоянен, универсален, биологичен аспект на болестта, а „illness“ би била културно релативизирана променлива. Това разграничение показва елементи от емпиричен, позитивистки подход, който характеризира по-ранните етномедицински изследвания и все още се среща в литературата днес. Накратко ще обсъдя някои характеристики на този подход, свързани с категорията „болест“⁶³. В ранната си форма, извлечена директно от еволюционната парадигма, „вярванията за болестта“ са поставени в контекста на еволюцията на човешкото познание – от „примитивни“ или

⁶¹ Gaines, A. D. (1991) Cultural Constructivism, [w:] *Anthropologies of Medicine*, B. Pfleiderer, G. Bibeau (eds.), Braunschweig, s. 244-248.

⁶² Fabrega, H. (1972) Medical Anthropology. [w:] *Biennial Review of Anthropology* B. J. Siegel (ed.), Stanford, s. 167-229; Fabrega, H. (1973) *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*, Cambridge, Mass, s. 189-257-258. На тези термини съответства разграничението в немския език между „Krankheit“ и „Kranksein“, което е използвал вече предшественика на немската психосоматика Viktor von Weizsäcker (срав. Pfleiderer, B. *About the Origins of this Volume*, [w:] *Anthropologies...*, s. 7). В полския език, за съжаление, липсват еквивалентни термини. M. Sokółowska (*Sociologia medycyny*, Warszawa 1986, s. 14-15) препоръчала „болест“, като съответстваща на „disease“, а „чувство за дискомфорт“ като еквивалент на „illness“. Все пак такава разбиране на „Illness“, подчертаващо субективния аспект на болестта (повсеместно използвано в литературата по социология на медицината), се различава от антропологичното разбиране, поставящо акцент върху интересубективното преживяване на болестта в културен контекст.

⁶³ Изчерпателна критика на този подход е направил Good, B. (1994) *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, s. 29-47.

„протонаучни“ концепции за болестта чак до теорията на съвременната научна медицина. Както отбелязва Б. Гуд: „За тези, които са писали в рамките на (...) емпиричната традиция (...), представяне на болестта (illness representations) могат да бъдат класирани според йерархията на нарастващата рационалност.“⁶⁴ В същото време народните вярвания и научните познания са били рязко противопоставени. На тази традиция, също често наричана рационалистична, се противопоставили през 30-те години на миналия век релативистите, ръководени от Рут Бенедикт. Въпреки това тя все още се появява в литературата, например в дебата за връзката между „рационални“ и „ирационални“ елементи в „примитивната“ медицина, предизвикан от статия на Е. Акеркнехт⁶⁵. Тази нишка може да се намери и в съвременните изследвания на полската народна медицина, в които се говори за „рационални“ и „ирационални“ вярвания относно болестите и методите на лечение. Междувременно, от гледна точка на антрополога, такова разграничение е лишено от познавателна стойност; понятието „рационалност“ може да се използва в смисъла на „субективна, културно релативна рационалност.“ Така всякакви убеждения за болест могат да се считат за рационални, ако – според системата на знанията на групата – поведението, в съответствие с тези вярвания, води до желаните резултати. Следователно, както пише Б. Гуд⁶⁶, „това, което се отклонява от предполагаемото – от гледна точка на биомедицинската рационалност, не произтича от незнание или „суеверия“, а се корени в култура, в системата от вярвания и практики, които имат своя собствена „културна логика“ и изпълняват адаптивни функции“. Емпиричният подход се характеризира с противопоставяне на „вярванията“ за болестите, променливи, релативизирани – научни медицински познания, постоянни, обективни, безспорни, свободни от културни обусловения. Това неисторическо третиране на биомедицината е характерно по-специално за поведенческата медицинска наука, но е отразено и в литературата по социология, социална психология и

⁶⁴ Пак там, с. 29.

⁶⁵ Ackerknecht, E. (1947) *Primitive Medicine*, „The Transactions of the New York Academy of Science“, Series II, 8, New York.

⁶⁶ Good, B. (1994) *Medicine. Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, s. 29.

антропология, особено в работата на практикуващите, занимаващи се с приложна антропология. От тази гледна точка се смята, че биомедицинските категории отразяват естествените органични явления, които просто се наричат по различен начин в различните култури. Изразът на такова мислене е именно дихотомията „disease“/„illness”.

Фундаменталната промяна в подхода, която дори може да се нарече пробив в теорията на медицинската антропология, е свързана с ориентацията, която се развива от втората половина на 70-те години на миналия век, наричана сега „интерпретативна медицинска антропология“ или „културен конструктивизъм“⁶⁷. Трудно е тя да се обсъди подробно в тази статия, затова ще се занимаем по-подробно само с концепциите за болестта, разработени в рамките на тази ориентация.

Пробивът, за който говорим, идва от името на културния антрополог и психиатър Артър Клайнман. Клайнман⁶⁸ определя „медицинската система“ като „културна система“ и по този начин като отделно поле на антропологични изследвания. Той го разбира като символна система, изградена от значения, ценности и модели на поведение. Подобна система „артикулира болестта (illness) като културна репрезентация, която съчетава в себе си убежденията за причините за болестта, преживяването на симптомите, специфични модели на поведение при болест, решения относно избора на терапия, приложими практики на лечение и оценки на резултатите от лечението“⁶⁹. Следователно, здраве, болест, здравеопазване, като части от културна система, трябва да се разглеждат в тяхното взаимодействие. Болестта трябва да се изследва контекстуално, а не изолирано от други части на системата. Такава система е и биомедицината. Мнението, че биомедицината е културна, исторически променяща се система, а не естествена, обективна и

⁶⁷ Gaines, A. D. (1991) Cultural Constructivism, [w:] *Anthropologies of Medicine*, B. Pfleiderer, G. Bibeau (eds.), Braunschweig, s. 244-248. Тази посока на изследвания се оформила в рамките на общата антропологическа ориентация, наричана интерпретативна антропология.

⁶⁸ Kleinman, A. (1978) Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: *Social Science and Medicine*, vol. 12, , B, s. 85-93 // Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers In the Context of Culture*, Berkeley.

⁶⁹ Kleinman, A. (1978) Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: *Social Science and Medicine*, vol. 12, , B, s. 85.

„акултурна“, днес е широко разпространено в медицинската антропология⁷⁰.

Клайнман преформулира разграничението между „disease“ и „illness“, като третирал тези категории като два аспекта на болестта в общ смисъл или „sickness“. Нито „disease“, нито „illness“ са „нещо“ или „единица“ – те са просто различни начини за обяснение на болестта (sickness), различни „социални конструкции на реалността“⁷¹. „Обяснителният модел“ (explanatory model, EM) обяснява някои или всичките пет теми: етиология, симптоми, патофизиология, протичане на заболяването и лечение. „Disease“ е свързана с обяснителните модели на професионалните практики, както практиците на „съвременната“ медицина, така и на традиционните медицински системи, например на юрведическата или китайската медицина. Тези модели се отнасят до нарушения в биологичните и/или психологическите процеси, прилагат специални етиологични теории и нозологии, изразени в абстрактна, високо техническа, обикновено безлична форма. Докато „illness“ означава преживяването на болестта и социалните реакции към нея. „Това е начинът, по който болният човек, неговото семейство и социалната му мрежа възприемат, назовават, обясняват и реагират на болестта (disease)“⁷². „Illness“ е свързана с обяснителните модели на разговорната и народната сфера на медицинската система, използвани в семейния кръг и в народните, непрофесионални практики. Тези модели определят болестта в лични, не-технически, конкретни термини, свързани с житейските проблеми, породени от здравословното разстройство. Клайнман отбелязва, че взаимоотношенията в здравната система често се основават върху транзакции между обяснителните модели на „disease“ и „illness“.

⁷⁰ Срав. напр. Sullivan, M. (1986) In What Sense Is Contemporary Medicine Dualistic?. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 10, № 4, s. 331-350 // Gaines, A. D. (1991) Cultural Constructivism, [w:] *Anthropologies of Medicine*, B. Pfleiderer, G. Bibeau (eds.), Braunschweig, s. 244-248. // *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine*, M. Nichter (ed.), Amsterdam 1992 // Good, B. (1994) *Medicine. Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge.

⁷¹ Kleinman, A. (1978) Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: *Social Science and Medicine*, vol. 12, , B, s. 85-93

⁷² Пак там.

Както може да се види от горната дискусия, концепцията на Клайнман прекъсва с реифицирането на болестта, „денатурализира“ „disease“. Той не противопоставя биомедицината с други медицински системи. Нещо повече, той не третира „illness“ само като субективно преживяване на болестта (такова разбиране често се среща в социологическата литература), а включва социалния и културния контекст.

Въпреки това някои изследователи (напр. Р. Франкенберг, А. Йънг) критикували модела на Клайнман за ниското присъствие на „социалното измерение на болестта“ в него. А. Йънг⁷³ предложил (заедно с Франкенберг) да се трансформира подхода на Клайнман, разглеждайки „sickness“ като „процес на социализация“ на „disease“ и „illness“, като последната се разбира като индивидуално преживяване на болестта. „Sickness“ се отнася до процеса, при който поведенческите нарушения и биологичните признаци на болестта получават обществено признато значение – биват формулирани като симптоми и „социално значими последици“.

Други автори поставят под въпрос целесъобразността да се прави разлика между „disease“ и „illness“. Така например, М. Съливан⁷⁴ смята, че тази дихотомия е по-нататъшно развитие и в същото време е ненужна (или дори вредна) подкрепа на декартовия дуализъм на тялото и духа. Тази критика несъмнено е оправдана, ако разглеждаме „disease“ като „чисто биологично разстройство“, а „illness“ като „лично преживяване на разстройството“. От друга страна, не е адекватно, ако възприемаме и „disease“ и „illness“ като културни конструкти. Както отбелязват много изследователи, биомедицинският подход към „disease“ като патологични промени в организма е „редукционистки модел на болестта“, ограничен до биологичните аспекти и пренебрегващ културните и социалните й аспекти⁷⁵. От тази гледна точка болестта се третира като „абстрактно,

⁷³ Young, A. (1982) The Anthropologies of Illness and Sickness. In: *Annual Review of Anthropology*, vol. U, s. 270-274.

⁷⁴ Sullivan, M. (1986) In What Sense Is Contemporary Medicine Dualistic?. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 10, № 4, s. 332 и следващи.

⁷⁵ Виж напр. Lewis, G. (1981) Cultural Influences on Illness Behavior. A Medical Anthropological Approach, [w:] *The Relevance of Social Science for Medicine*, L. Eisenberg, A. Kleinmail (eds.), Dodrecht, s. 151-162. Този автор обръща внимание, че трябва да се

повтарящо се нещо със същото съдържание, където и да се среща, независимо от местните културни условия“⁷⁶. Междувременно, както показаха антрополозите, „disease“ също принадлежи към културата, „към специализираната култура на медицината“⁷⁷. Медицинските историци, които изучават променливостта на понятията за болестта в хода на развитието на медицината, също са наясно с това. Антрополозите все по-често се занимават с проявите и историческата променливост на народните теории за болестите и „културно обусловените синдроми“ в биомедицината. Те описват примери за този вид болести: синдром на хронична умора, менопауза, затлъстяване (посочени от М. Нихтер⁷⁸ като „културно стилизирани биомедицински заболявания“). В резултат на това се подчертава объркването при използването на термините „disease“ и „illness“, често погрешното разбиране на „disease“ „като категория, лишена от културни препратки, обременена с етноцентризъм, някои изследователи постулират да изоставят тази дихотомия. М. Нихтер⁷⁹ пише, че „по-скоро е в съответствие с етномедицинската перспектива да се признае, че болестта (disease) е конструкт, създаден и възпроизведен от всички медицински системи“. Изглежда, че ако искаме да запазим вече утвърденото разграничение между „disease“ и „illness“, то би трябвало те да се прилагат в съответствие с подхода на Клайнман, като се раздели професионалното (в различните системи) и непрофесионалното разбиране на болестта, а не на (предполагаемия) биологичния и културния ѝ аспект.

Подходът към изследванията на болестите, който е широко използван в интерпретативната антропология, е т.нар. „подход,

вземат предвид не само основния, но и индивидуалния аспект на болестта, „гледайки на нечия болест като събитие, личен фрагмент от биографията му“, за да я разберат, отколкото да я класифицират“ (пак там, с. 156).

⁷⁶ Helman, C. (1985) *Anthropology and Clinical Practice*. In: *Anthropology Today*, vol. 1, № 4, s. 9.

⁷⁷ Good, B. (1994) *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, s. 53.

⁷⁸ Nichter, M. (ed.) (1992) Introduction. In: *Anthropological Approaches to the Study of Ethnomedicine.*, Amsterdam.

⁷⁹ Пак там.

съсредоточен върху смисъла⁸⁰ – изследване, фокусирано върху откриване на значението на болестта, представящо представите за нея като културно конституирана реалност. Освен „обяснителните модели“ на Клайнман, обсъдени по-горе, представителите на тази ориентация прилагат и аналитичната концепция за „семантичната мрежа на болестта“ (semantic illness network), предложена от Б. Гуд. Тя се разбира като „мрежа от думи, ситуации, симптоми и емоции, които са свързани с болестта и ѝ придават значение за страдащия човек“⁸¹.

Тъй като болестта е културно конституирана, тя представлява „синдром на смисъл и опит“⁸², който може да бъде изследван само чрез специални интерпретационни процедури, наричани в антропологията културна интерпретация. Трябва да се помни, че този „смисъл и опит на болестта“ се разбира интерсубективно, като културен и създаден в хода на социалните отношения. Някои изследователи от този кръг подчертават по-специално значението на улавянето на променливостта на значенията на болестта във времето. Например Б. Гуд⁸³ в класическата си днес статия обърнал внимание на това как социалните и ситуационните промени влияят на промените в семантичната конфигурация на хронично заболяване – сърдечни заболявания при жителите на малък град в Иран. Също така А. Д. Гайнс⁸⁴ подчертава този аспект на изследването, постулирайки откритието на „културната история на болестта“. Интерпретативните изследвания, извлечени до голяма степен от философските предположения на феноменологията и херменевтиката, също се фокусират върху проблема за сложната връзка между преживяването на болестта и нейните културни форми, като например разказ (наратив).

⁸⁰ Този подход е развиван особено в американската медицинска антропология, но също и във Франция; срав. Интригуващия сборник: *Inteareting Illness*. In: M. Augé (ed.) *History and Anthropology*, vol. 2, p. 1.

⁸¹ Good, B. (1994) *Medicine. Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, s. 40.

⁸² Пак там, с. 54.

⁸³ Good, B. (1977) *The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran*. In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, № 1, s. 25-58.

⁸⁴ Gaines, A. D. (1991) *Cultural Constructivism*, [w:] *Anthropologies of Medicine*, B. Pfleiderer, G. Bibeau (eds.), Braunschweig, s. 244.

Тази ориентация не е единствената в медицинската антропология, но със сигурност е доминираща днес. Второто влиятелно направление е т.нар. „Критична медицинска антропология“, чиято критика е насочена именно срещу интерпретативната антропология. Изследователите от този кръг (между другото Р. Франкенберг, М. Сингър и Н. Шепер-Хюз) се интересуват от изследване на проблемите със здравето и болестта в по-широк политически и икономически контекст. Въпреки това в изследователската практика те срещат трудности при свързването на нивото на макросоциалните анализи с етнографските микроанализи.

Представители на „критичната медицинска антропология“ остро критикуват биомедицината, както и антрополозите от „конструктивисткия“ кръг, които се застъпват за адаптиране на определени концепции на социалните науки към медицинската практика с цел хуманизиране на медицината. Според последните разбирането от клиницистите за „моделите, обясняващи болестите“ на пациентите, може значително да подобри качеството и ефективността на лечението. В Съединените щати антрополозите отдавна участват в различни медицински институции, особено в болници и клиники, и особено в етнически разнообразна среда, в която културният опит на антрополог може да бъде много полезен. Също така във Великобритания антрополозите се включват в работата на медицински институции, въпреки че, както отбелязва К. Хелман⁸⁵, тяхната позиция обикновено е незначителна. В нашия полски контекст постулатите на такова сътрудничество биха били нереалистични. Въпреки това опознаването на антропологичната перспектива в изследванията на болестта, подчертавайки нейния културен аспект, може да помогне на представителите на други науки да осъзнаят променливостта на понятието за болестта и нейните социално-културни условия, също в контекста на нашата собствена култура. Това също може да хвърли нова светлина върху изследванията на историците на медицината.

⁸⁵ Helman, C. (1985) *Anthropology and Clinical Practice*. In: *Anthropology Today*, vol. 1, № 4, s. 9.

ЧАСТ III

СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА

Михал Скжипек

КЪМ СОЦИОЛОГИЯ НА ДИАГНОЗАТА. СОЦИАЛНИ ФУНКЦИИ НА МЕДИЦИНСКАТА ДИАГНОЗА В КОНТЕКСТА НА ПРЕЖИВЯВАНЕТО НА БОЛЕСТТА⁸⁶

Summary. The subject of analysis are the social functions of medical diagnosis, taking into account the ways of how diagnosis shapes the models of the experience of chronic illness, including functional health disorders (Medically Unexplained Physical Symptoms). The theoretical framework of this analysis is phenomenological sociology and the achievements gained as a result of its application in the field of the sociology of illness experience. This analysis complements the achievements of the sociology of medical knowledge, which point to medical diagnosis as a construct emerging at the meeting point of individual experience and biological, political, economic and especially social reality. The construct is therefore the result of a number of influences going beyond medicine. The present analysis emphasizes that the application of diagnosis to a specific patient is not only a clinical act of crucial importance in medical science and art, but also a social one, which, with the growing role of patients in medical care as subjects of rights, increasingly often becomes “a product” of social interactions and negotiations taking place in their course. This act has not only clinical but also social consequences, inter alia in modeling the ways of experiencing illness, in structuralizing the patient’s contacts with the medical system, or in the virtual collectivization of illness experience. The goal of the study is to start and dynamize scientific discussion on the cognitive identity of the new branch of medical sociology: the sociology of diagnosis.

Keywords: medical sociology, sociology of diagnosis, sociology of illness experience, sociology of chronic illness, sociology of uncertain illness, medical diagnosis.

Резюме. Предмет на анализ са социалните функции на медицинската диагноза, като се отчитат начините, по които диагнозата формира моделите на преживяване на хроничните заболявания, включително функционалните разстройства на здравето (медицински необясними физически симптоми). Теоретичната рамка на този анализ е феноменологичната социология и постиженията, придобити в резултат на нейното прилагане в областта на социологията на преживяването на болестта. Този анализ допълва постиженията на социологията на медицинското познание, които сочат медицинската диагноза като конструкт, възникващ в пресечната точка на индивидуалния опит и биологичната, политическата, икономическата и особено социалната реалност. Следователно този конструкт е резултат от редица влияния, които излизат извън рамките на медицината. В настоящия анализ се подчертава, че поставянето на диагноза на конкретен пациент е не само клиничен акт с решаващо значение за медицинската наука и изкуство, но и социален акт, който с нарастващата роля на пациентите в медицинските грижи като субекти на права все по-често се превръща в „продукт“ на социалните взаимодействия и преговори, протичащи в хода

⁸⁶ Преводът е направен по: Skrzypek, M. (2013) W stronę socjologii diagnozy. Społeczne funkcje diagnozy medycznej w kontekście doświadczenia choroby. W: *Acta Universitatis Lodzinensis. Folia Socjologia*, 45, s.s. 51-64.

им. Този акт има не само клинични, но и социални последици, включително при моделирането на начините на преживяване на болестта, при структурирането на контактите на пациента с медицинската система или при виртуалното колективизиране на преживяването на болестта. Целта на изследването е да се постави началото и да се динамизира научната дискусия за познавателната идентичност на новия клон на медицинската социология: социология на диагнозата.

Ключови думи: медицинска социология, социология на диагнозата, социология на болестния опит, социология на хроничната болест, социология на несигурната болест, медицинска диагноза.

1. Въведение: въстъпителни бележки за изследователското поле и познавателната идентичност на социология на диагнозата

Основната теза в социология на диагнозата гласи, че процесите на създаване на медицинските диагнози, а също и поставянето им на конкретен болен, имат очевиден социален аспект и могат да бъдат предмет на социологически изследвания. Защото създаването на нови болестни единици от социологическа перспектива са интерпретирани като произтичащи от много действия, прекрачващи границите на сферата на компетентност на биомедицината, обхващащи между другото културата, а също и разнородни групи за натиск, в т.ч. социалните движения (*health social movements*), които се стремят към медикализацията на определени проблеми и тяхното включване в медицинските нозологични системи или обратното – тяхното изваждане от там (Brown, Morello-Frosch, Zavestoski i in. 2011; Jutel 2009: 282–284). Социално измерение има и поставянето на диагноза в медицинската практика. Това е акт не само с клинично значение, структуриращ действията на медицинския персонал и релациите на болния с медицината, но и именно социален, в този смисъл, че остава под влиянието на социодемографски фактори (в т.ч. възраст на болния, пол и др.), а освен това в действителността на нарастващата субективност на болните в процесите на медицинската грижа, все по-често е „продукт“ на интеракциите лекар – пациент и протичащите в тях преговори (по тези въпроси виж Balint 2000: 21 и следващи, а също и Scheff 1987: 196).

Предмет на анализа е неразработената досега по-широко в полската социология на медицината *структуризация на начините на преживяване на болестта* през призмата на медицинската диагноза.

Авторът се позовава на класически, по-малко известни в Полша изследвания в областта на социология на преживяване на болестта и социология на неустановеното заболяване (*sociology of uncertain illness*; терминология на С. Нетлетон (Nettleton 2006: 1168–1169), предлагащи възможности за по-задълбочено проучване на споменатите тук въпроси. Тук е необходимо основание: социологическите изследвания на функционалните смущения в здравето (неустановените заболявания) разкриват взаимното проникване на професионалните и лаическите влияния при конструирането на медицинските нозологични системи посочвайки, че около усилията за създаване/получаване на диагноза, кристализират социални движения, активно лобиращи за медикализация на медицински неизяснени заболявания (сравни Zavestoski, Brown, McCormick и др. 2004), или изключване на определени проблеми от сферата на компетентност на медицината (виж повече Brown 2000: 90–92; Brown, Morello-Frosch, Zavestoski и др. 2011). Следователно тук имаме работа със социално конструиране на болестта в процеса на преговори между лаиците и институционалната медицина. Този вид наблюдения инспирирали Фил Браун, Мерседес Лисън и Таня Дженкинс (Brown, Lyson, Jenkins 2011: 939 и следв.) като предложили термина „социална диагноза” (*social diagnosis*), обръщащ внимание на факта, че тя е резултат от интеракциите на много социални актьори. От перспективата на темата на тази работа особено важен е все пак този аспект на постиженията на социология на неустановеното заболяване, който се отнася до стратегическата роля на диагнозата като „интерпретативен проект”, структурализиращ начините на преживяване на болестта и наративите на болните, който е условие *sine qua non* за създаване на желаните от болните реститутивни наративи за болестта, ориентирани към възможността за оздравяване (Whitehead 2006; Sim, Madden 2008).

2. Диагнозата като клиничен акт

Стремейки се да обясним понятието „медицинска диагноза“ ще се позовем на действащата в социология на медицината терминология, отнасяща се до явлението „болест“, подчертаваща неговия многоизмерен

характер и обхващаща термините *disease* и *illness*. Според Х. Фабреги (H. Fabregi) тези термини обръщат внимание на отделните, не винаги свързани по между си аспекти на болестта и боледуването, т.е. на биомедицинския аспект, който е предмет на интерес на биомедицината (*disease*), както и социокултурния аспект, който се отнася до субективното преживяване и е предмет на интерес на обществените науки (*illness*) (според: Penkala-Gawęska 2008: 229–230). Ще обърнем малко повече внимание на медицинското измерение на лекарската диагноза, анализирайки тези въпроси през призмата на същностното съдържание на понятието *disease*. А. С. Туадъл и Р. М. Хеслър обръщат внимание, че феноменът болест (*disease*) е специфичен за западния културен кръг и е бил развит на този терен на базата на позитивистката философия (Twaddle, Hessler 1977: 50–51). Тук се предполага, че състоянието „нездраве“ е „обективна действителност, която може да бъде наблюдавана, класифицирана, изяснена и която може да бъде предмет на академични действия“ (Twaddle, Hessler 1977: 51). Наименуването и класифицирането на състоянията на „нездраве“, т.е. диагностицирането на болестите, е активност, която се намира в центъра на медицинските науки и практика (Twaddle, Hessler 1977: 51). Поставянето на лекарска диагноза се базира върху вземането предвид на система от симптоми и показатели, установени при изследването на лекаря и търсенето на истинския етикет, т.е. вземането предвид на тяхното наименование. Този процес, както е отбелязала Барбара Урамовска-Жито (Uramowska-Żyto 1981: 145), „съдържа цялата наука и изкуство на медицината“. Защо на поставянето на диагнозата се признава толкова висок ранг в медицинската практика? Това произтича от там, че диагнозата детерминира по-нататъшните действия на лекаря. Както посочват А. С. Туадъли Хеслър (1977: 52), „познаването на етикета предполага познаване на лечението“. Последница от правилното разпознаване (диагноза), е следователно (като цяло) започването на адекватно медицинско лечение, но все пак трябва да се има предвид, че това е идеален модел, защото поставянето на диагноза не винаги „открива“ възможностите на причинно-следствено лечение.

3. Роля на диагнозата в процеса на преживяване на болестта от перспективата на феноменологическата социология

В началото на този етап на анализа ще се постареем да отговорим на въпроса кои аспекти на приносите на феноменологическата социология могат да бъдат отнесени към болестта и боледуването? Както е известно, в рамките на този подход се акцентира върху ролята на „субективните значения“ при обяснението на човешките действия. Алфред Шютц смята, че именно значенията конституират социалната действителност и от тази гл.т. трябва да бъдат водещ предмет на изследване на социологията (по Szacki 2002: 486–487). В социология на медицината е била използвана също и развитата от А. Шютц концепция за „крайни провинции на значенията“ (*finite provinces of meaning*), различни от реалността на ежедневиия живот, в чийто рамки, подчертал той, всяка от тях се определя от „специфичен начин на познание“ (*specific cognitive style*) и специфична активност на значение-творчество (Schutz 1962: 230), а преходът от действителността на ежедневиия живот към „крайните провинции на значенията“, винаги се свързва с преживяване на стрес/шок (Schutz 1962: 231). Следвайки идеята на Шютц, разглеждащ „светът на психичната болест“ (*the world of insane*) като една от крайните провинции на значенията (Schutz 1962: 232), се приема, че подобно на субективната реалност соматичната болест може да бъде интерпретирана по същия начин, защото се характеризира със специфичен начин на интерпретация на реалността, който се изразява чрез генерирането на нови значения на белязаната житейска ситуация на болния (Uramowska-Żyto 1989).

Към основите на феноменологическата социология се обръща пионерския изследователски проект на Фред Дейвис в сферата на социология на преживяване на болестта. Тук става въпрос за работата „Преминаване през кризата“ (*Passage Through Crisis...*), която е документация на качествените изследвания, проведени в периода 1953–1957, в Балтимор в рамките на „Проектът Полио“ („*The Polio Project*“) (Davis 1991; I wyd. 1963). Дейвис анализира преживяванията на семействата на боледуващи деца и отграничава фазите (етапите) на

преживяване на болестта, като обръща внимание, че тяхна особена черта са специфичните „перцептуално-интерпретативни процеси”, от които произтичат интерпретациите на лаиците на болестта и боледуването. Този изследовател изгражда модел на преживяването на полиомиелита като изписан на етапа на кризата, в протичането на която интерпретативната перспектива на лаика „се сблъсква“ с медицинската перспектива, а също и представя задълбочено изследване на „меренето на силите” между медицинската интерпретация на здравия проблем на детето, артикулирана под формата на лекарска диагноза и неговото бяснение, възникващо на основата здравия разсъдък на „ежедневното знание“. Дейвис документирал по какъв начин семействата на боледуващите деца (на етапа преди поставянето на медицинската диагноза, определен като „прелюдия”) постепенно изоставят здраворазсъдъчните интерпретации на проблема „нездраве“, обикновено настроени нормализиращо, създавайки пространство за приемане на медицинската интерпретация. За неизбежността на промяната на интерпретативната перспектива съдейства нарастващото разбиране на родителите на неадекватността на техните собствени интерпретации. Този процес се ускорява от проявите в детето на т.нар. предпазни сигнали (*warning cues*), в това число между другото и на драматични клинични симптоми (падане, нарушения в равновесието и др.), които безспорно сигнализират за изчерпване на „силите“ на разговорната ежедневна интерпретация. В резултат на това се повишава равнището на акцептация на първоначалната диагноза *полио*. Това не означава угасване на създаването на значения от страна на родителите: те продължават да се колебаят между диагнозата и интерпретациите на здравия разсъдък (Davis 1991: 23–29). Дори в момента на формулиране на сигурна и окончателна медицинска диагноза несигурността на родителите не изчезва изцяло: наистина намалява несигурността, предизвикана от незнанието за причините на проблема, но за сметка на това се появява нов вид несигурност – функционална несигурност, предизвиквана от лекарите при терапевтичните релации с инструментални цели, между другото и затова да се избегнат емоционални последици от съобщаването на неблагоприятна прогноза

(Davis 1991: 30). Това води до поддържане и динамизиране на „интерпретационната работа“ на родителите, които при липсата на еднозначно мнение на клиницистите, например за прогнозата за болестта, сами се опитват да интерпретират настоящата и очаквана здравна ситуация на детето (Davis 1991: 59, 61).

Анализът на Фред Дейвис показва процеса на „моделиране“ на преживяването на болестта през призмата на медицинската интерпретативна перспектива и особено през призмата на нейната „еманация“ – лекарската диагноза, която изтласква интерпретациите на лаиците на здравния проблем на детето. Ще добавим, че този автор засилил интереса на социолозите към проблема за несигурността в сферата на медицинското лечение, който е показан като интегрален елемент на преживяването на болестта и лекарската практика. В описваната от Дейвис реалност потенциала на лекарската диагноза в областта на редуциране на несигурността в преживяването на болестта (видим в съвременните изследвания) не е можел изцяло да се прояви, между другото поради ограничеността на днешното медицинско знание, последица от което е клиничната несигурност на лекарите, а също свързаната с нея функционална несигурност. Това се дължало и на все още слабото акцентирание върху субектността на болните в терапевтичните отношения, които не са разполагали с днешната сила на уважение от страна на лекарите към правото им на информация и не разполагали с достатъчна сила, за да се защитават от допуснатите от лекарите грешки в областта на комуникацията им с болните. Както се вижда от описанието на Дейвис диагнозата не е била отворен предмет на партньорска комуникация между лекарите и семействата на болните деца, което довело до там, че несигурността (в различните ѝ измерения) била интегрален, траен елемент от процеса на преживяване на болестта, стимулиращ на всички негови етапи интерпретационната работа на лаиците.

В следващия етап на анализа ще се занимаем с въпросите за социалните функции на лекарската диагноза в контекста на 70-те години на XX век, когато са реализирани изследванията върху множествена склероза (SM) на Дейвид Стюарт и Томас Съливан

(дълбочинни интервюта с 60 болни и членове на техните семейства в периода 1975–1977 г. в Сан Франциско; виж: Stewart, Sullivan 1994; I изд. 1982). Нейната ранна фаза се характеризира с нееднозначни притеснения и е доминирана от несигурността, което провокира интензивна интерпретативна активност в лаиците. Тогава се генерират разумни обяснения на проблема, обхващащи и самостоятелно поставяне на диагноза. Нейният край настъпва, подобно на случая при Фред Дейвис, в момента на изявата на първите, сериозни симптоми, спрямо които обясненията на ниво лаици, се оказват очевидно неадекватни. Това динамизира стремежа на болните да получат медицинска диагноза, при което те активно участват в този процес (за разлика от Дейвис), иницирайки консултации с лекари, отначало неубедителни, а също провеждащи собствени търсения в сферата на „системата на лаиците“ (тоз етап продължава средно 2,5 години). Крайната диагноза SM тук се явява като „продукт“ на социалните договаряния (направени по време на този процес), в които активно са участвали болните. Поставянето ѝ в значителна степен редуцира равнището на несигурност (за разлика от Дейвис), а освен това отваря желаната от болните възможност за окончателно влизане в социалната роля на болен и ползване на приписаните ѝ привилегии. Страданието на болните намира социална легитимност, стига се до овладяване на социалния конфликт и (парадоксално) до намаляване на стреса в болните (Stewart, Sullivan 1994: 24–26).

Нека сега да разгледаме проблема за социалните функции на диагнозата от перспективата на биографично профилираните британски изследвания, основаващи се на феноменологическата социология. Важни данни получаваме от класическата работа на Майкъл Бъри, който провел дълбочинни интервюта с лица с ревматоиден артрит в ранните етапи на заболяването. Той обърнал внимание, че в процеса на преживяване на това заболяване се създават нови значения на собственото „аз“, но трябва да се подчертае, че противно на твърдението на Елиът Фрайдсътн, в него релативно малка роля има мрежата на лаиците (Bury 1982: 172). Далеч по-важна е ролята на „интерпретативна оферта“ на медицината, която предлага възможността да смекчи несигурността, отнасяща се до личната

идентичност. Защото поставянето на диагнозата, показваща болестта като нещо обективно съществуващо, създава шансове за „концептуализация на болестта като феномен, отделен от индивидуалния „аз“ (Vury 1982: 172), а в резултат на това става възможно „задържането на болестта „на разстояние“ (Vury 1982: 173). Бъри отбелязва, че диагнозата се разглежда като начин на противодействие на несигурността – „обективен, стабилен пункт в сферата на несигурността” (Vury 1982: 179). Тук се докосваме до контролните функции на диагнозата, основаващи се на това, че получаването на знание за това, какво се случва, дава възможност на болния да намери „личен и емоционален контрол” (Brown 2000: 82). Диагнозата обаче не блокира творческата активност на болните по създаване на значения, които – като се позовават на ежедневно знание – се опитват да слоят абстрактното формално знание с личната си биография (Vury 1982: 174).

Анализът на посочените произведения позволява да се проследи от социологическа гледна точка извършващите във връзка с болестта промени в познавателните перспективи. На определен етап на „преживяването“ на болестта болните приемат „перспективата на болестта” (*problem as disease*), като отварят по този начин пътя за медицинска интерпретация на проблема „нездраве“. Все пак трябва да признаем, че много болни, като полагат усилия да живеят с хронична болест, избягват етикета „хронично болен” или „инвалид”, дефинирайки себе си на основата на други идентичностни конфигурации (Taylor, Vury 2007: 31). Приемайки перспективата на болестта се насърчават културните обусловености. Този процес в значителна степен доминира признаването на дадено болестно състояние в определен културен контекст за важен. Това се отнася например за онкологичните заболявания: в този случай социалния натиск като цяло принуждава приемането на „перспективата на болестта ” (Keyes 1985: 165 следв.).

4. Диагнозата (или нейното отсъствие) и преживяването на функционалните смущения на здравето

По-нататъшния анализ се отнася до преживяването на болестта в ситуация, когато медицината не е в състояние да предложи обобщаваща

интерпретация на страданието. Тук се докосваме до проблематиката на „социология на неопределената болест” („sociology of uncertain illness” – термин на Сара Нетлетон), в която се открояват три водещи специфични проблема: живот в условия на трайна и интензивна несигурност (*living with uncertainty*), липса на социална легитимизация на страданието (*issues of legitimacy*), а също и активна борба на болните за медицинска диагноза, с едновременно отхвърляне на психологическите интерпретации на страданието (Nettleton 2006: 1168). Преди да обърнем на тези проблеми по-голямо внимание трябва да отбележим, че те придобиват все по-голямо значение в контекста на съвременния „епидемиологически преход“, изразяващ се в нарастващото разпространение на функционални болестни синдроми, които не могат да се обяснят в рамките на биомедицинската референтна система, т.е. на биомеханичния медицински модел на болестта (*medically unexplained physical symptoms*). Нека обърнем специално внимание върху ситуацията на болните, страдащи поради неизяснени медицински симптоми, които не получават една от лекарските диагнози, като синдром на хроничната умора (*chronic fatigue syndrome*), соматоформно разстройство (*somatoform disorder*), фибромиалгия (*fibromyalgia*) или други, а с това техните симптоми не получават медицинска легитимизация. В такива случаи страданието на болните се характеризира с особено силна несигурност. Опитът за противопоставяне срещу нея е „информационната работа“ на лаика, която в реалиите на информационното общество се извършва преди всичко чрез ресурсите на интернет. В много изследвания е показано, че болните търсят адекватна, биомедицинска интерпретация на преживяваното страдание и активно се стремят да получат медицинска диагноза, като едновременно с това отричат психологическите интерпретации (охотно формулирано спрямо жени), защото те не отварят достъпа до ролята на болен и свързаните с нея привилегии (срав. Glenton 2003: 2247; Nettleton 2006: 1168–1169; Ware 1992), а освен това те са носители на силен стигматизиращ потенциал (Broom, Woodward 1996: 363; на това място авторите се позовават на тезата на Norma Ware; Glenton 2003: 2247). Формулираните тук тези потвърждават резултатите от метаанализите на изследванията върху

преживяването на *фибромиалгията*, реализирани от Дж. Сим и С. Мадън. Тези автори показали, че участието на болните е специфично „диагностично пътуване“ (*a diagnostic journey*) (Sim, Madden 2008: 57–67). Неговата цел в светлината на много изследвания, е „достигането до болестта“⁸⁷ (*the achievement of disease*) (Glenton 2003: 2249–2250; а също: Clarke, James 2003: 1393). Заслужава да се обърне внимание, че тази фаза на траекторията на хроничното боледуване, в която болестните симптоми „търсят“ медицинска интерпретация, а обобщената диагноза не може да бъде формулирана поради клиничната несигурност, е особено трудна за болните. Защото те са принудени да вземат решения, имащи далеч отиващи последици, отнасящи се например до ограниченията на социалната активност в ситуация на липса на адекватно обяснение на собственото здравословно състояние. Тогава те могат да използват стратегии за нормализация и да правят опити за нормално функциониране въпреки страданието, което може да доведе до влошаване на здравето (срав. Broom, Woodward 1996: 372). Все пак дори тези болни, които получават желаното разпознаване на един от медицинските функционални синдроми, понасят последиците от това, че това са „дискусионни диагнози“ или „поставени под съмнение“ (*contested diagnoses*). Тяхна специфична черта в това, че те са формулирани не на основата на органична патология (което е „златен стандарт“ в клиничната медицина), а на симптоми. Медицината не разполага и с биологични маркери, които биха могли да бъдат използвани в диагностичния процес, а диагнозите на такива заболявания често са основани на „метода на изключването“, формулирани са на основата на негативните резултати от изследванията в посока на други болести. Това води до там, че те са определяни като „не-заболявания“ (*non-diseases*) или „нелигитимни заболявания“ (*illegitimate illnesses*) (Cooper 1997: 186–187; виж също Dumit 2006: 579). Нека видим и социалните последици от диагнозата на един от функционалните синдроми. И така тя има място по време на непълната легитимизация на приемането на социалната роля на болен и като следствие от това правото на болния да я изпълнява може да бъде поставено под въпрос. Както изглежда тук имаме работа със специфична

⁸⁷ т.е. до диагнозата – бел.прев.

вариация на социалната роля на болен или с нейната „увредена” версия, която специфика е свързана с това, че не тя не предполага медицинско лечение, водещо до пълно оздравяване (това е елемент от концепцията на Т. Парсънс), защото целенасоченото лечение на причините в случаите на функционални увреждания не е познато. Трябва обаче да се подчертае, че дори несигурните, дискуссионните или поставените под въпрос диагнози са предпочитани от пациентите пред липсата на каквато и да било диагноза, защото в тези случаи те имат чувството, че тяхното страдание е разглеждано сериозно (Zavestoski i in. 2004: 170).

Процесите на функционалните проблеми на здравето се характеризират със значително ангажиране на болните и в голяма степен са ефект от преговори между болните и медицинските професионалисти. Пълно потвърждение намират от тази гледна точка наблюденията, направени още през 1957 от Майкъл Балинт (Michael Balint), който описал социалните процеси, протичащи в процеса на лечение, водещи до поставянето на диагнозата, обхващащи предложената от болния болест (*the patient „proposing an illness” to the doctor*), което било изходен пункт за по-нататъшни преговори, а също така обърнал внимание на фундаменталното очакване на болния, структуриращо терапевтичните релации, а именно очакването на диагнозата (*the request for a name for the illness*) (Balint 2000: 22, 25). Работата на М. Балинт, макар и писана от медицинска гледна точка и лишена от социологически препратки, донесла множество интуитивни прозрения, които не са загубили актуалността си и днес.

Обобщавайки направените констатации, можем да твърдим, че социалната роля на болния, описаната от Толкът Парсънс, включваща обкръжаващото болестта социално поведение, дефинираща привилегиите и задълженията на болния в обществото (Parsons 1966: 428 и следващи), не губи актуалност и продължава успешно да описва боледуването през XXI век.

5. Други избрани социални функции на диагнозата

Социомедицинските анализи на функционалните нарушения на здравето позволяват да се идентифицират и други социални функции на

медицинската диагноза. Диагнозата отваря достъпа до медицинска помощ и действа срещу изключването на болните от системата на здравеопазване (срав. Dumit 2006: 587). Тук обръщаме внимание на административната функция на диагнозата (Jutel 2009: 278), която се основава също върху структурализацията на по-нататъшните контакти на болните със здравеопазването, определяйки сферата на компетенциите на отделните ѝ елементи по отношение на конкретния болен (Jutel 2009: 279). Една от най-важните социални функции на диагнозата е свързана с социалната легитимизация на страданието (Dumit 2006; Broom, Woodward 1996). Тук се проявява описаната още от Е. Фрайдсън роля на медицината като авторитет, насочен към решението, кое състояние може да бъде признато за болест, което създава обществената възможност „да бъдеш болен“. Както е известно този изследовател твърдял, че медицината е „получила [...] изключителната юрисдикция да определя, какво е болест, а също и как хората трябва да се държат, за да могат да бъдат разглеждани като болни“ (Freidson 1970: 205).

Направените тук определения представляват противовес на тезите, формулирани в социомедицинското аналитично направление, позовавайки се на теорията за етикетирането, като обръщат внимание на негативните социални последици от медицинската диагноза, базирани върху иницирането на негативни социални реакции спрямо лицата, които са били обозначени с такъв етикет. Говорим за ситуации, когато медицинската диагноза задвижва процесите на създаване на нова, социална идентичност на лицата, етикетирани с диагностичен етикет. Познавайки се на вижданията на Ъ. Гофман, основани върху интерпретативната концепция за девиацията, се посочва, че лицата с някои видове медицински диагнози (от сферата на психиатрията, но също и от други сфери на медицината, като напр. СПИН) биват стигматизирани, т.е. признати от обществото за девианти (Goffman 2005). И ако все пак процесът на етикетирание се извършва без участието на заинтересованите, по инициатива на „социалните наблюдаващи“, то в случая на стремеж към медицинска диагноза болните активно се борят за правото да получат девиантната роля на болен – социалната роля на болен. Получените ползи обаче отиват отвъд правото на

прекръпяване/ограничаване на досегашните социални активности. По този начин болните получават и възможност за създаване на „реституционни наративи“ за болестта, в чийто рамки преживяването на болестта остава структурирано като процес, в който е възможно да се разграничи хронологичната секвенция на събитията, водеща в посока на здравето. Изследванията на Л. Уайтхед (L. Whitehead) показват, че създаването на такъв вид наратив за болестта е възможен в два етапа на процеса на преживяване на хроничното страдание: в началото на болестта, когато се имитира остра вирусна инфекция, а след това, само когато болните получат медицинска диагноза и могат законно да започнат да изпълняват ролята на болен (Whitehead 2006). Ще се позовем тук на виждането на Артър Франк, който посочил, че парсоновата социална роля на болния е особен тип културен „реституционен наратив“, основан върху предположението за временната болест и боледуване, а мощен пропагандатор на този вид наратив за болестта, е медицината (Frank 1997: 81–83). В ситуацията на липса на медицинска диагноза, както показват изследванията на Уайтхед (Whitehead 2006: 2244), наративите на болните носят белезите на „хаотичен наратив“ (*chaos narratives*) (Frank 1997: 97–114), лишени от логическа последователност, при което основна причина за тази формула на наратива – или по-скоро на ненаратива – е преживяването на промененото и непредвидимо тяло. Едва след навлизането на медицината в индивидуалния свят на преживяване на болестта тя възстановява реда и прави възможно изграждането на желаната хронология на събитията, водещи по посока на здравето. Медицината е причина за това, че реституционния наратив в преживяването на болестта става възможен (друг е въпроса за това, че очакванията на болните да получат ефективно лечение ще бъдат трудно удовлетворени).

Освен това медицинската диагноза прави възможна социализацията (колективизацията) на преживяването на болестта. Този въпрос можем да наблюдаваме в Интернет, където функционират виртуални общности, обединяващи хора, които страдат от медицински диагностицирани диагнози (според А. Джътъл (A. Jutel): „*a growing number of internet communities are diagnosis-focused*”). Те имат подкрепяща функция и са

интерпретирани с категориите на алтернативната „медицинска култура”, в чийто рамки водещо значение се приписва на субективния опит (Jutel 2009: 289).

Медицинската диагноза има и потенциала да мобилизира вниманието на общественото мнение по даден въпрос (сравни Zavestoski и др. 2004: 162). Тази функция се разкрива по-ясно при отношението към насилието над деца. Въвеждането в МКБ на единицата Т-74 (синдром на малтретиране), правеща възможно разпознаването му в малтретираното дете, до голяма степен е резултат от насочване на общественото мнение към този проблем, а също активизирало социалните и помощните институции да предприемат действия, които възпират и защитават и са насочени срещу насилието на деца.

6. Обобщение

На основата на направения анализ може да се твърди, че медицината продължава да изпълнява ролята на важен интерпретативен ресурс, използван тогава, когато във връзка със сериозно заболяване се оспорва „очевидността на ежедневните преживявания” (виж Keyes 1985: 166). Медицинската интерпретативна перспектива, прилагана при сериозна болест, може да бъде принципно разглеждана като една от „крайните провинции на значенията” при разбирането на това понятие, предложено от А. Шутц. Д. Х. Бруум (D. H. Broom) и Р. В. Уудуорд (Woodward) (1996: 375) посочват, че използването ѝ има значителна обяснителна сила (*a powerful explanatory tool*), радва се на голяма социална утвърденост и води до там, че болните отново могат да възприемат реалността като „логична и смислена” (Broom, Woodward 1996: 373). Трябва да се подчертае, че актуалното състояние на знанието в областта на социология на диагнозата потвърждава по-ранната интуиция на М. Балинт, както и на Т. Шеф, обръщаща внимание на интеракционния характер на диагнозата, която е „продукт” на преговорите между болния и лекаря. Масово разпространяващото се активно участие на болните в процесите на здравни грижи навежда към приемане на тезата, че диагнозата е своеобразен „интерпретативен проект”, разработван съвместно от лаика и професионалиста, които заедно се опитват да намерят обяснение на „не-

здравето”, удовлетворяващо двете страни в терапевтичната интеракция (Jutel, Nettleton 2011: 794).

Накрая на този анализ ще посоча постиженията на популярното в сферата на социология на медицината течение с критично-демаскиращ уклон, в рамките на което и от перспективата на критичната социология (Mucha 2002: 69–72) се анализират социалните функции на медицината. Анализите с такъв профил довели до формулирането на множество твърдения, разкриващи дисфункционалността на медицината, които са били като цяло придружавани от конструктивна противоположност под формата на препоръки за реформи, целящи да хуманизират медицината, т.е. да я приспособят до по-адекватна реакция към човешките потребности, които се проявяват в ситуацията на болест. Използваната в тази работа аналитична нишка, отнасяща се до социалните функции на диагнозата, като обръща внимание на позитивната роля на медицината в процесите на преживяване на болестта, е важно противодействие на тези определения, водеща до там, че е необходимо да се изследва по-реалистично представата за социалните функции на медицината. Защото медицинската диагноза предлага социалната легитимизация на страданието, противодейства на несигурността, свързана с хроничното боледуване и т.н. и в описаните ситуации със сигурност не изпълнява функцията да поставя социално вреден етикет, а е „обективен, стабилен пункт в сферата на несигурност” (Bury 1982: 179). Има цел, към която се стремят хронично болните, особено в началната фаза на болестта, а също тези, чийто здравни проблеми не са били поставени в системата на медицинската класификация на болестите. Постиганията на социология на диагнозата следователно позволява на социология на медицината да изгради по-реална и заедно с това по-конструктивна *диагноза* на ролята на медицината в съвременното общество.

Литература

1. Balint, M. (2000) *The Doctor, His Patient and the Illness*, Churchill Livingstone, London.
2. Broom, D. H., R. V. Woodward (1996) Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. In: „*Sociology of Health and Illness*”, Vol. 18, No. 3, s. 357–378.

3. Brown, P. (2000) Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. In: P. Brown (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*, Waveland Press, Long Grove, s. 74–103.
4. Brown, P., M. Lyson, T. Jenkins (2011) From diagnosis to social diagnosis. In: „*Social Science and Medicine*”, Vol. 73, s. 939–943.
5. Brown, P., R. Morello-Frosch, S. Zavestoski *et al.* (2011) Health Social Movements: Advancing Traditional Medical Sociology Concepts. In: B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod, A. Rogers (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, Springer, New York, pp. 117–137.
6. Bury, M. (1982) Chronic Illness as Biographical Disruption. In: „*Sociology of Health and Illness*”, Vol. 4, No. 2, pp. 167–182.
7. Clarke, J. N., S. James (2003) The Radicalized Self: The Impact on the Self of the Contested Nature of the Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome. In: „*Social Science and Medicine*”, Vol. 57, No. 8, pp. 1387–1395.
8. Cooper, L. (1997) Myalgic Encephalomyelitis and the Medical Encounter. In: „*Sociology of Health and Illness*”, Vol. 19, No. 2, pp. 186–207.
9. Davis, F. (1991) *Passage Through Crisis. Polio Victims and Their Families. With a New Introduction by the Author*, Transaction Publishers, New Brunswick–London.
10. Dumit, J. (2006) Illnesses You Have to Fight to Get: Facts as Forces in Uncertain, Emergent Illnesses. In: „*Social Science and Medicine*”, Vol. 62, No. 3, pp. 577–590.
11. Frank, A. W. (1997) *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*, The University of Chicago Press, Chicago–London.
12. Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Harper and Row Publishers, New York–Hagerstown–San Francisco–London.
13. Glenton C. (2003) Chronic Back Pain Sufferers – Striving for a Diagnosis. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 57, s. 2243–2252.
14. Goffman, E. (2005) *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
15. Jutel, A. (2009) Sociology of Diagnosis: A Preliminary Review. In: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31, No. 2, s. 278–299.
16. Jutel, A. (2011) *Putting a Name to It. Diagnosis in Contemporary Society*. The John Hopkins University Press, Baltimore.
17. Jutel, A., S. Nettleton (2011) Towards a Sociology of Diagnosis: Reflections and Opportunities. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 73, s. 793–800.
18. Keyes, C. F. (1985) The Interpretive Basis for Depression. In: A. Kleinman, B. Good (eds.) *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and*

Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. University of California Press, Berkeley–Los Angeles–London, s. 153–174.

19. Mucha, J. (2002) Socjologia krytyczna. W: *Encyklopedia socjologii*, t. IV, K. W. Frieske, H. Kubiak, G. Lissowski, J. Mucha, J. Szacki, M. Ziółkowski (red.), Oficyna Naukowa, Warszawa, s. 69–72.

20. Nettleton, S. (2006) „I Just Want Permission To Be Ill“: Towards a Sociology of Medically Unexplained Symptoms. In: *„Social Science and Medicine”*, Vol. 62, No. 5, s. 1167–1178.

21. Parsons, T. (1966) *The Social System*, The Free Press, New York.

22. Penkala-Gawęcka, D. (2008) Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze. W: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, s. 219–241.

23. Scheff, T. J. (1987) Negotiating Reality: Notes on Power in the Assessment of Responsibility. In: J. D. Stoeckle (ed.) *Encounters between Patients and Doctors. An Anthology*. The MIT Press, Cambridge–London, s. 193–213.

24. Schutz, A. (1962) Collected Papers. In: *The Problem of Social Reality*, Vol. I, M. Natanson (ed.), Martinus Nijhoff Publishers, Hague, s. 229–234.

25. Sim, J., Madden, S. (2008) Illness Experience in Fibromyalgia Syndrome: A Methasynthesis Qualitative Studies. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 67, s. 57–67.

26. Skrzypek, M. (2011) *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Wydawnictwo KUL, Lublin.

27. Skrzypek, M. (2012a) Geneza i ewolucja podstawowych kategorii analitycznych socjologii medycyny. W: *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, vol. 18, nr 4, s. 371–378.

28. Skrzypek, M. (2012b) Medycyna w polu badań socjologii choroby, zdrowia i medycyny w kontekście niemedykocentrycznej orientacji badawczej subdyscypliny. W: *Przegląd Socjologiczny*, vol. LXI, nr 2, s. 155–176.

29. Stewart, D. C., T. J. Sullivan (1994) Illness Behaviour and the Sick Role in Chronic Disease: The Case of Multiple Sclerosis. In: H. D. Schwartz (ed.) *Dominant Issues in Medical Sociology*, McGraw–Hill, New York, s. 16–27.

30. Szacki, J. (2002) *Historia myśli socjologicznej. Wydanie nowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

31. Taylor, D., M. Bury (2007) Chronic Illness, Expert Patients and Care Transition. In: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 29, No. 1, s. 27–45.

32. Twaddle, A. C., R. M. Hessler (1977) *A Sociology of Health*, The C.V. Mosby, Saint Louis.

33. Uramowska-Żyto, B. (1981) Diagnoza medyczna. W; *Studia Socjologiczne*, vol. 82, nr 3, s. 145–157.
34. Uramowska-Żyto B. (1989) Socjologia fenomenologiczna wobec problemów zdrowia i choroby. W: *Socjologia zdrowia i medycyny. Materiały z konwersatorium Sekcji Socjologii Medycyny PTS i Zakładu Socjologii Zdrowia i Medycyny IFiS PAN prowadzonego przez Magdalenę Sokołowską i Annę Titkow (1986–88)*, Sekcja Socjologii Medycyny PTS, IFiS PAN, Warszawa, s. 77–104.
35. Ware, N. C. (1992) Suffering and the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome. In: *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 6, No. 4, s. 347–361.
36. Whitehead, L. C. (2006) Quest, Chaos and Restitution: Living with Chronic Fatigue Syndrome / Myalgic Encephalomyelitis. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 62, s. 2236–2245.
37. Zavestoski, S., P. Brown, S. McCormick *et al.* (2004) Patient Activism and the Struggle for Diagnosis: Gulf War Illnesses and Other Medically Unexplained Physical Symptoms in the US. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 58, No. 1, s. 161–175.

Матеуш Шуберт

НАРАТИВНОСТ НА БОЛЕСТТА И ПОЯВАТА НА УТРЕШНАТА МЕДИЦИНА⁸⁸

Abstract: The aim of this article is to take a multifaceted approach to an illness as a biocultural phenomenon. Putting emphasis on the enormous potential that lies in narratives of one's physical and mental condition may lead to breaking the monopoly of natural sciences in this respect. Subjective perceptions of deterioration, defects and human fragility are combined with practices leading to the textualisation of illness and building new meanings around it. In humanistic medicine, the suffering person is placed at the centre of therapeutic activities. The article offers also some reflection on the current biotechnological revolution – a great project to improve the present version of humans in an attempt to move our species to another level.

Key words: illness, narratives of illness, textualisation of illness, humanistic medicine, human 2.0

Резюме: Целта на тази статия е да се възприеме многостранен подход към болестта като биокултурен феномен. Поставянето на акцент върху огромния потенциал, който се крие в разказите за физическото и психическото състояние на човека, може да доведе до нарушаване на монопола на естествените науки в това отношение. Субективните възприятия за влошаване на състоянието, дефекти и човешка крехкост се съчетават с практики, водещи до текстуализиране на болестта и изграждане на нови значения около нея. В хуманистичната медицина страдащият човек е поставен в центъра на терапевтичните дейности. Статията предлага и някои разсъждения за настоящата биотехнологична революция - голям проект за подобряване на сегашната версия на човека в опит да се премести нашият вид на друго ниво.

Ключови думи: болест, разкази за болестта, текстовизация на болестта, хуманистична медицина, човек 2.0

⁸⁸ Преводът е направен по: Szubert, Mateusz (2019) Narracyjność choroby i nadzieje medycyny jutra. W: *Kultura Współczesna* 4 (107). doi.org/10.26112/kw.2019.107.06, s.s. 76-92. Публикацията стана възможна благодарение на любезното съдействие и съгласие на автора.

Жалко, че вулгарните технически миазми на Hуbris са заменили епичността и трагизма. (Гуидо Керонети⁸⁹)

Наследеното ограничение обаче може да бъде заобиколено. Биологичната еволюция е създала вид, който може да мисли и да манипулира собствената си среда. На този вид му се отдава сега да намери и да подобри собствения си дизайн. Той също така е в състояние да преразгледа и промени основните догми на биологията. (Рей Курцвайл⁹⁰)

Увод

През 1988 година Юлиан Александрович, изключителен полски хематолог и интернист, във въведението към книга, която представлява диалог между лекар и поет, отбелязал:

„Не се практикува представители на такива на пръв поглед далечни области като медицина и поезия, природни науки и хуманитарни науки да поддържат общи мисли под формата на книга. Вероятно никой никога не се е опитвал да синтезира такива гледни точки, така че някой трябва да бъде първи. Такава форма, като не е традиционна, ще бъде иновативна и е резултат от общата цел, каквато е оцеляване на човечеството в здраве, добро и красота“⁹¹.

Тези думи могат да бъдат удобна отправна точка за размисъл върху мястото на хуманитарните науки в съвременната медицина. Трябва да започнем с твърдението, че естествените и хуманитарните науки, които функционират в продължение на много десетилетия в почти абсолютна изолация, все по-често (и по-охотно) се срещат помежду си. Формулирана през 1959 г. от британския химик Чарлз Пърси Сноу, концепцията за две култури, диагностицирала състоянието на пропастта между несъвместими различни миогледи и чувствителността на хуманитаристите, описани от Сноу като „интелектуалци от литературен произход“ и представителите на природните науки, заслужаващи титлата

⁸⁹ G. Ceronetti, *Milczenie ciała. Materiały do studiów medycznych*, tłum. M. Ochab, Słowo/obraz, terytoria, Gdańsk 2004, s. 152.

⁹⁰ R. Kurzweil, *Nadchodzi osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, tłum. E. Chodkowska, A. Nowosielska, Kurhaus Publishing, Warszawa 2018, s. 306.

⁹¹ J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, Oficyna Wydawnicza „Ston”, Radom 1991, s. 11.

представители на света на науката⁹². Конфликтът между елитаризма на първите и когнитивния монопол на вторите започва сериозно през втората половина на XIX век и според много изследователи от двете конкуриращи страни, е актуален и до днес.

Въпреки песимистичната визия на Сноу, днес можем да наблюдаваме както феномена на медикализацията на хуманитарните науки, така и феномена на хуманизацията на медицината, който е предмет на този извод. Тази тенденция се дължи главно на убеждението, че представителите на двете научни традиции понастоящем изпитват необходимост от интегриране на различни възгледи, практики и изследователски семинари. Когнитивният редукционизъм както под знака на биологизма, така и на културогизма или социологизма, все по-ясно губи своята привлекателност. В обществените и хуманитарните науки през последните десетилетия се наблюдава значителна промяна в отношението към тялото и биологията, което всъщност е опит да се напомни (след Марсел Мос и Бронислав Малиновски), че човешката физиология също обуславя развитието на културата. Наблюдаваното днес (свърх)присъствие на тялото в публичните и частните пространства ни позволява да говорим за специфична соматизация на културата. Това явление съвпада с концепцията на Брайън Търнър, който въвежда понятието „соматично общество“ (*somatic society*) в езика на социологията, обозначавайки основната роля на тялото в изграждането на постмодерната идентичност. „Тялото – както многократно подчертава Търнър – е социално конструирано чрез различни дискурси – медицински, морални, артистични и търговски“⁹³.

Идеята за соматизацията и медикализацията на културата в света на медицината съответства на нейната хуманизация. Това явление може да бъде успешно проследено предимно в областта на психиатрията, която, още от времето на Карън Хорни, Ерих Фром и в Полша, например на Антони Кемпински, възприема тезата за неврогенната роля на културата като безспорна парадигма. Културната психоанализа на Хорни

⁹² C.P. Snow, *Dwie kultury*, tłum. T. Baszniak, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.

⁹³ B. Turner, *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*, Routledge, London–New York 1992, s. 8. Ако не е отбелязано друго, преводът е на автора на статията.

значително променя самото разбиране на термина „невротик“, който оттук нататък не може да се използва без неговите културни импликации. Нейните думи: „Няма такова нещо като психология на нормалния човек, което да се отнася за цялото човечество“⁹⁴, може да представлява манифест на културния релативизъм. Концепцията за здраве (не само психично) се различава значително в зависимост от конкретната културна формация. Това знание бавно започва да се разпространява в много други научни медицински дисциплини. Нормообразуващата намеса, бидейки същността на действията на конкретните култури, не засяга само психичната сфера на човека, но и неговото тяло. Съвременната имунология, която е трудно да се „обвини“ в неочевидния статус на естествените науки в психиатрията, се основава на вярата в психосоциалните и следователно културни детерминанти на имунната система. Клиницистите посочват културния (екзогенен) фон на безброй заболявания и състояния.

Разбира се, отреждането на значителна роля на културните фактори в етиологията на болестта по никакъв начин не предопределя процеса на хуманизация на самата медицина. Това са независими един от друг механизми. Същността на хуманистичната медицина е отвореността към другия човек, способността да се вслушва в оплакванията му и да се опита да разбере света на болния човек. Болестта в хуманистичната медицина винаги е нещо повече от обикновена патология на тъканите или нервите. Превръща се в наративна ситуация, в история, не непременно вербализирана, за собствената, най-често нежелана промяна. Тук си струва да си припомним думите на американския писател и литературен критик Анатоли Бройард, борещ се с рака, чиито трогателни думи илюстрират най-добре идеята за хуманистично ориентирана медицина: „Какво очаквам от моя лекар сега, след като знам, че имам рак на простатата, лимфните възли и гръбначния стълб? Бих казал, че търся лекар, който да бъде внимателен читател на моята болест и добър критик на медицината“⁹⁵.

⁹⁴ K. Horney, *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tłum. H. Grzegółowska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976, s. 31.

⁹⁵ A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 56.

Homo medicus

Показателно е, че най-силният глас, постулиращ необходимостта от хуманизиране на медицината, принадлежи на лекар, изключителен специалист по вътрешни болести, кардиолог и пулмолог – Анджей Шчеклик, чиято трилогия „Катарзис“, „Коре“ и „Безсмъртие“ може да се третира като шедьовър на литературно-медицинската есеистика. За този изтъкнат лекар хуманист медицината е преди всичко интимна среща между лекар и друго човешко същество; специална среща, защото най-често се провежда в своеобразното пространство на страданието.

„Болният човек идва със своята болка, мъка, страдание, страх и вик за помощ. Този вик, разбира се, рядко е буквален. Той има различни форми на изразяване. Това може да бъде поток от думи, за да се избегне страхът, или може да е вкаменено лице, зад което се крие недоверие към лекаря. И болният разказва. Трябва да слушате, да изслушате историите. От време на време се задава въпрос, за да не се загуби основната нишка, някоя особено важна подробност, да се изясни хронологията. За разказвача тази история е от първостепенно значение. И слушателят трябва да помни, че една от тези истории ще стане негова собствена, една от тези болести ще засегне лекаря“⁹⁶.

(Раз)читането на езика на болката и опитът той да се дешифрира, са самата същност на медицинската професия. Това умение обаче изисква не само лекаря да има перфектна ерудиция, но също така, в не по-малка степен, изключителна съпричастност, непоколебима готовност да се изслушат оплакванията на страдащия, способността да се премахне умората и нетърпението (от болния и/или от неговата болест). Изкушението да напусне пациента може да се появи и в ситуацията на безсилие на самата медицина. „Трябва да имаш, разбира се, голяма сила – признава трогателно Шчеклик, за да намериш в себе си сили за влизане в отделението, знаейки, че там има някой, който може да предложи много малко. В такава ситуация ръката се просяга обратно към дръжката на вратата“⁹⁷. Няма съмнение, че именно лекарите стават първите жертви

⁹⁶ A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2006, s. 12.

⁹⁷ A. Szczeklik, *O sztuce lekarskiej*, [w:] K. Janowska, P. Mucharski, *Rozmowy na koniec wieku*, t. 1, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 1997, s. 269.

на безкритичната вяра в силата и мощта на съвременната медицина. Тяхното всемогъщество е един от най-трайните митове на западната наука; дава на хората блажено чувство за безгрижие, което обаче се заплаща с крайно разочарование. Мечтата за силата на медицината завършва в стаите за палиативни грижи.

Шчеклик, като прогнозира как ще изглежда бъдещата медицина, усеща преди всичко множество етични проблеми. Ерата на трансплантацията, евгениката и генното инженерство създават напълно нови заплахи, с които ще трябва да се справят настоящите и бъдещите лекари. Примерът на Изабел Диноар, 38-годишна францужойка, чието лице е изцяло трансплантирано от екип хирурзи през ноември 2005 г. – кожа, подкожна тъкан, мускули, включително костни фрагменти – цитиран от краковския учен, се оказва, че е преминаване на поредната граница в областта на трансплантологията. Уникалността на тази операция се дължи главно на факта, че за първи път е взето цяло лице от тленните останки на друга жена. Въпросът за идентичността, поставян досега само от хуманисти и философи, изведнъж придоби изключителен ранг в света на медицината. Кого вижда в огледалото жената, която „носи“ чуждо лице? Кого виждат нейните роднини? Възможно ли е да се интегрира нов външен вид в себе си? Неочаквано тези и подобни въпроси станаха обект на публичен дебат, особено на академични симпозиуми, отворени за гласа на етици и хуманисти. Философията на медицината, акцентираща върху аксиологичните проблеми, в съчетание със идеите и трудовете на велики хуманисти, може скоро да се окаже изключително полезна в практиката на „новата“ медицина.

Няма съмнение, че съвременната западна медицина създава изцяло нов свят, безпрецедентен свят, принуждаващ да се коригират съществуващите принципи на медицинската деонтология. Бързият напредък на медицината поставя лекаря в ситуация, за която той често не е бил подготвен по време на медицинското си образование. С разчитането на пълния човешки генетичен запис през 2001 г., ние сме на нов етап: постгеномна медицина (*post-genomic medicine*). Намесата в света на човешкия геном предвещава сценарий, известен само от научно-фантастичната литература. Геномиката и биоинформатиката скоро ще се

превърнат в основните дисциплини за клиницистите. Трудно е да устоим на усещането, че това е изпълнението на визията на Олдъс Хъксли от „Прекрасният нов свят“, публикувана за първи път през 1932 г. В допълнение към съвсем очевидните възможности, произтичащи от новата технология, съществуват редица, по-малко очевидни, заплахи, свързани с проблема за защитата на генетичния материал, изследванията върху човешките ембриони и техния подбор или социалните последици от все по-застаряващото общество. Франсис Фукуяма, следейки посоката на развитието на съвременната медицина, отбелязва:

„...най-голямата заплаха за съвременната биотехнология произтича от факта, че тя може да промени човешката природа и следователно да ни отведе в „постчовешкия“ етап на историята. [...] В много случаи медицинските техники ни предлагат да подпишем пакт с дявола: по-дълъг живот за сметка на понижаване на умствените ни възможности, освобождаване от депресия, но също така и от творчество и духовност, или терапии, размиващи границите между това, което правим сами и това, което ни позволява да правим наличието на различни химикали в мозъка ни“⁹⁸.

Хуманистичният размисъл, призоваващ за духовни и символни ценности, изглежда безценен по време на (безкритичен) технологичен ентусиазъм. Съвременната западна култура се храни с визия за свят, свободен от болести и старост, като по този начин допринася за изключителния натиск върху представителите на биомедицинските науки. Фармацевтичните компании, допълнително мотивирани от собствените си интереси, охотно отговарят на тези социални желания. Целевият им ефект е да противодействат на всички признаци на психофизичен дискомфорт – специфично изкореняване от човешкия пейзаж на болката и страданието. Културата на 21 век е ера на аналгетиците.

Уникалността на писанията на Шчеклик, тази изключително рядка комбинация от ерудицията на хуманист и лекар, е отбелязана от Адам Загаиевски:

⁹⁸ F. Fukuyama, *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, tłum. B. Pietrzyk, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2008, s. 20 i 21.

„Какъв късмет, че все още можем да срещнем Автор, който чете Данте, разбира – и споделя – безпокойството на стари и нови поети, който има толкова много хуманистични познания зад гърба си и в същото време ни помага да схванем сложната структура на най-модерната медицинска теория. Какво удоволствие е да прочета книга, която може да съчетае компетентна лекция по нова биология с интуицията на художник, който знае, че и физическото здраве, така необходимо за нас, така мечтано, толкова трагично отнето от някои хора, все още не е всичко, защото да бъдеш човек означава и да питаш за утре, за душата, за смисъла на живота, за безкрайността“⁹⁹.

Идеята да не се отделят – очевидно само, както се оказва – отдалечените и несъвместими светове на медицината и хуманитарните науки, е майсторски изпълнена в трилогията на Шчеклик. Краковският лекар и писател разкрива тайните на човешката физиология и духовност, плавно преминавайки от тълкуването на древни митове към представянето на нови медицински открития. Изненадващо е не само богатството от референции, но и произходът им. Митовете, символите, произведенията на изкуството, музикалните теории и философските трактати се сливат почти автоматично с природния свят, без да създават впечатление за изкуственост или несъответствие и за част от секундата. Цялото води читателят до очевиден, макар и рядко формулиран извод: медицината от самото начало на своето съществуване е велико произведение на културата, вкоренено в далечни магически практики. Историята на медицината отлично илюстрира значението на културните, социалните и религиозните фактори, които днес често се игнорират, за развитието на медицинските знания и практика. Струва си да се припомни, че бързото откъсване на медицината от философията и хуманитарните науки се е случило едва в средата на XIX век с развитието на микробиологията и, следователно, с раждането на клиничната медицина. Началото на самата технологизация на медицината е било придружено от значителна промяна в статута на лекаря, който от този момент нататък е имал все по-малко от предишните компетенции и страсти на лекаря художник и все повече се превръщал в експерт в специализираното знание на природните науки.

⁹⁹ A. Zagajewski, *Wstęp*, [w:] A. Szczeklik, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 2007, s. 7.

Опитът за разбиване на естествения фатализъм, допълнително изразен от неговия изтъкнат представител, със сигурност заслужава признание. За щастие този велик манифест на лекар-хуманист, който неизменно възприема медицината като изкуство, не е изолиран. Неговите есета се отнасят и до мислите на такива изключителни фигури в света на медицината (и хуманитарните науки едновременно) като Владислав Биегански, Антони Кемпински или Юлиан Александрович. Тези хора са били истинския елит на света на медицината, които са обучавали бъдещите поколения лекари в духа на уважение към културните ценности. Те са се ръководели от все по-общоприетото убеждение, че въпросът за здравето и болестите никога не може да бъде изключителна област на лекарите. Медицината, въпреки очевидния си прагматизъм и рационализъм, все още остава – модел на хуманитарните науки – търсене на истината за човека. И въпреки че този постулат чудесно се изпълнява от самата физиология, а през последните десетилетия и от генетиката, лекарите все по-нетърпеливо се обръщат към света на философията и културата, за да намерят там източника на „нови“ знания за човека. Струва си да си припомним пророческите думи на Юлиан Александрович:

„Факт е, че съвременната наука, особено медицината, която е попаднала в задънените краища на редуccionизма, неопозитивистката техника и терапевтичния nihilизъм, парализира личността на хората на науката, като се ръководи изключително от „мъдростта на стъклото и окото“. Междувременно науката, за да отговори на предизвикателството на нашето време, трябва да възстанови – на своите хора – онези „презрени“ качества, като емоции, въображение (преди всичко етично), интуиция, дори просветление“¹⁰⁰.

Езикът на болестта

Разказът за болестта не е само словесен. Може да се направи опит болестта да се изрази чрез звук или изображение; случаите на Фредерик Шопен, Карол Шимановски или Фрида Кало – за да се позова само на ярки примери – изглежда потвърждават очевидността на тезата.

¹⁰⁰ J. Aleksandrowicz, H. Duda, *U progu medycyny jutra*, Oficyna Wydawnicza „Ston”, Radom 1991, s. 9.

Следователно текстуализацията на болестта е опит за намиране на подходящ език за изразяване на драмата от промените на тялото и често на идентичността, която може да бъде значително изменена в резултат на преживяната травма. Културният (холистичен) разказ за болестта е опит за разбиване на едностранния, биомедицински модел на нейното възприятие. Болестта може успешно да се разбере като наративна ситуация. Маладическият дискурс е регистър на емоциите, впечатленията, настроенятията, страховете и притесненията, свързани със състоянието на соматичната дисфункция и нейното преживяване, реално или потенциално, свое или чуждо.

Днес болестта се разбира като (био)културно явление, очевидно съчетаващо нивото на физиология с по-малко очевидния социокултурен фон. Състоянието на физическо и психическо напрежение, недвусмислено свързано от медиците с болестта, може да се тълкува от различна гледна точка като афект, социална реакция на измама, прогонване или – за достигане на положителни стойности – разграничение и аванс. Диалектиката на здравето и болестта е конвенционална категория, арбитражността на която се определя от тенденциите и културните модели, доминиращи в дадена общност. Маладическият дискурс е многогласен, в неговия източник лежат тревожността и състоянието на напрежение, свързано със слабостта и крехкостта на човешкото тяло. Болестта кара хората да осъзнаят трудната за приемане истината за илюзорността и преходността на човешкия живот. Състоянията на физическо и психическо объркване трайно нарушават преди това изплетената мрежа от взаимоотношения, желания и цели; пациентите започват да гледат на себе си и на света от непозната досега перспектива. Придружаващото болестта обръщане към себе си, възприемано от другите като дезертъорство или отчуждение, е първият акт на настъпващата промяна. Анализът на специализираната литература, изградена около преживяванията на загубата на здраве, дава възможност да се издигне еднозначната теза: болестта има огромен наративен потенциал. Може дори да се създаде впечатлението, че говоренето за болестта не е възможност за болния, а необходимост.

Броярд изрично говори за необходимостта да се разкаже и прочете болестта:

„Не съм лекар, едва навлизам също в ролята на пациент. Но аз съм критик и като болен в критично състояние трябва да се възползвам от професията си. Отначало болестта беше поредица от несвързани шокове за мен и първият ми инстинкт беше да я укротя, като изградя разказ за нея. В крайни ситуации винаги създаваме разказ. Описваме това, което се случва, сякаш искаме да предотвратим катастрофата. Когато други хора разбираха, че съм болен, ми разказваха за собствените си болести и за болестите на приятели. Разказването на истории изглежда е естествена реакция спрямо болестта. Хората кървят от истории и аз се превърнах в тяхна кръвна банка.“¹⁰¹

Граничните ситуации имат разкриваща сила; те отварят в човека не винаги проявен и разпознат повествователен потенциал. Болестта принуждава да се разказва. Докато разказа продължава, играта/борбата продължава. Разказването се превръща в своеобразна противоотрова за собствената ограниченост.

Разказът на Бройард може да се прочете и като рядък пример за (мета)патография. Защото това е признанието на писателя, белязано от личната му борба с рака и в същото време критичен анализ на маладичния дискурс. Както може да се очаква, писателят Броярд се позовава на класически текстове, в които болестта и умирането са в центъра. Особено интересна е неговата полемика с класическото есе на Сюзън Зонтаг, което той оценява високо, като забелязва някои пукнатини в аргументацията на авторката на „Болестта като метафора“... „Зонтаг“ – отбелязва той, „се занимава по-скоро с концептуализацията на болестта, отколкото със самата болест. Обхващайки обекта панорамно, вместо да го погледне от перспективата на индивида, той се измерва малко прекалено от високо – над човека, обездвижен на болнично легло“¹⁰². Основният обект на критика обаче, направен от Бройард, е срещу антихерменевтичната декларация на Зонтаг, че „най-близо до възприемането на истината (на болестта – б.м. M.S.), както и най-

¹⁰¹ A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 34-35.

¹⁰² A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 33.

здравословният начин за боледуване, е изключително освободен от метафорично мислене и най-устойчив на него¹⁰³. Човек може да се запита защо Зонтаг – пациент в онкологично отделение – така категорично се противопоставя на всички практики за митологизиране и метафоризиране на болестта, виждайки в тях само разрушителен потенциал. Броярд, изразявайки твърдото си противопоставяне на императива на Зонтаг да демитологизира всички състояния на заболяване, също отбелязва, че метафорите на болестта са един вид „литературен аспирин“ и добавя:

„Метафорите са необходими както при болестта, така и при езика, защото те дават на пациента усещането за комфорт, точно както собствения халат и пантофи. Те дори са отдалечаване от медицинската терминология. Ако смехът има лечебна сила, метафората също може да има такава сила. Вероятно само метафорично може да се изрази объркването на човек, попаднал в опасност, неговият панически страх, примесен с опиянение. Зонтаг със сигурност не би искала да осъжда болните с изречения, подобни на тези при Хемингуей.“¹⁰⁴

Тези думи пише литературен критик, но и боледуващ от рак на простатата. Този мил манифест е написан и от сина, който си спомня как баща му е умираше от рак, когото е придружавал до последните моменти от живота му. Тези нелитературни обстоятелства напълно легитимират гласа на критика-пациент, който моли, също от името на други пациенти, да не приема културния аналгетик:

„Пациентът не може да осъзнае, че болестта му е катастрофа, повод за отчаяние или ужас, но трябва да я превърне в разказ, в история. Разказите са антители, предпазващи от болестта и болката. [...] Всичко е по-добро от чудовищността на мълчаливото страдание. Умирайки, ние вече не сме хора, смъртта ни дехуманизира – затова мисля, че езикът, речта и историите най-ефективно подкрепят нашата човечност.“¹⁰⁵

¹⁰³ S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1999, s. 7.

¹⁰⁴ A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 33.

¹⁰⁵ A. Broyard, *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*, tłum. A. Nowakowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2010, s. 35.

За Бройард най-забележителният „поет на съвременната медицина“ ще остане Оливър Сакс, чиито творби - „Пробуждания“, „Изправете се на крака“, „Мъжът, който взе жена си за шапка“ – потвърждават гения на пациента-лекар, надарен с прозрение.

Разказите за болестта, въпреки богатството и разнообразието си, следват определени модели, поради което е изкушаващо да се опитаме да ги систематизираме.

Тази задача беше поета от американския медицински социолог Артър У. Франк, за когото патографският текст е вид игра между изпращача и получателя на текста: „Преживяванията на болестта са много индивидуални и субективни, но ние не ги измисляме сами. Хората разказват свои собствени истории за болестта, но това, което според тях си струва да се разкаже и как ще подредят цялата история, вече не зависи само от тях”¹⁰⁶. Тази обща, макар и не очевидна, характеристика на всеки автобиографичен текст, позволила на Франк да класифицира наративите за болестта. Според него историите за болестта се разделят на три основни типа разкази. Това са:

- Разказ за реституция (*restitution narrative*) – боледуването тук е представено като борба, надпревара с времето, стремеж към преодоляване на поредните препятствия, неизбежно свързани с терапията. Крайната цел е оздравяването. Това е най-често срещаният модел на карцинография – свидетелства за оцеляване. Това е разказ за възстановяване от болестта и доказателство за победоносна борба срещу нея. Пример за болните и причина за прославяне. Фабуларизиране на болестта с ясен щастлив край.

- Разказ за хаоса (*chaos narrative*) – може би най-доброто описание за същността на хроничното заболяване. Хаосът е записан директно в реалността на болестта; тя е свързана както с невъзможността за усвояване на нова ситуация, излагане на нови усещания (болкови, социални), така и с трудността да се изразят неизвестни преди това преживявания, които се изплъзват от думите.

¹⁰⁶ A. Frank, *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago 1995, s. xiv.

- Разказ за търсенето (*quest narrative*) – вид разказ, който поставя пациента в ролята на човек, отворен за нови усещания и преживявания, способен да преодолее биологичния фатализъм. Това е разказ, в който болестта разкрива своя творчески и често епифаничен потенциал.

Всички видове разкази изразяват, макар и по различен начин, новата идентичност на човек, чийто живот е бил нарушен от деградиращата сила на болестта. Разказите за реституция/спасяване също са в съответствие с очакванията на лекарите и семействата на болните. Те са най-желани от общността на пациентите и „събратята по болест“. В същото време, вероятно поради надеждите на читателите, те звучат най-малко автентично. Често напомнят за сълзливите истории, за силата на волята за оцеляване; те са възхвала в чест на супергероите в борбата срещу рака. Социалното им послание (и значение) е доста просто: „и ти, скъпи читателю, можеш да спечелиш тази битка“, което обаче в никакъв случай не бива да обезценява жанра като такъв. Отличен пример за този тип разкази е канцерографията на Ланс Армстронг *Завръщане към живота (Powrót do życia 2000)*, в която авторът на дневник за болестта му, дискредитиран по-късно за употреба на допинг, сравнява собствената си борба с рака с участието си в Тур дьо Франс.

Разказите за хаоса прекъсват линейността на заболяването, те не водят по прав път от диагнозата до ремисията. Този начин на изповед се фокусира върху неприемливия трагизъм на болестта, върху поредица от пукнатини в новата, нежелана биография на болен-хроникьор. Разказите за хаоса разкриват непознатия досега свят на болестта, който може едновременно да ужасява и очарова със същата сила. Същността на хаоса е неговият анти-нарратив и анти-фабуларизъм, което би разположило преживяванията на субекта, изпитващ трагедията на болестта, по-близо до езика на поезията и нейната френетична метафорика.

На свой ред, в разказите за търсенето, както на самата болест, така и на начина на нейното преживяване/четене, могат да се променят коренно. Пример за това са трансгресивните концептуализации на болестта, присъстващи в творбите на Фридрих Ницше, Вирджиния Улф и Емил Чоран. Характеризира ги отвореността към новите усещания, идващи от вътрешността на тялото, опит за техния превод и прекодиране.

В групата от хора, създаващи разказите за търсенето, също трябва да се включат свещени мистици, които тълкуват болката от гледна точка на Божия дар, които намират сотерични сили и знак за Божието присъствие в опустошителните симптоми на тялото. *Quest narrative* свързва болестта със състоянието на най-високо напрежение, с усещането за изпадане в ясперсовата гранична ситуация. Тук се включва и анализирания по-рано пример за страдащия от рак на простатата Анатоли Бройард, за когото преживяването на злокачествен тумор е трябвало да бъде един вид завладяващо (макар и нежелано) приключение за тялото. Заглавието на неговото есе – „Опиянен от болестта“ – обяснява ярко тази връзка.

Прекрасният нов свят?

Ако приемем, че същността на културата е да допълва „пропуските“ на природата, тогава се оказва, че съвременното (био)инженерство постига тази цел перфектно. Човекът е протетично същество, зависимо от инструментите и техниките, които генерира. Биологичната еволюция е придружена от културна еволюция, при която непрекъснато се подобряват инструментите-протези. Последователните технологични революции доведоха до необикновено увеличаване на значението на човешките разширения. Този процес е достигнал толкова напреднало ниво, че е оправдано да се преразгледат настоящите знания за човека и неговото място в света. Homo sapiens е единственият вид в природния свят, който е решил да премине границите на собствената си биология като цел на своето съществуване; освен това се оказва единственият вид, който постепенно е придобил контрол над собствената си еволюция. Може да се създаде впечатлението, че напоследък човекът се създава наново, елиминирайки от своята вселена грешките и ограниченията на акта на сътворението. Поправянето на Създателя се превърна в обичайна практика, разглеждана от някои като богохулство, от други – като реален знак/ефект от антропоцентризма. Действията на генетиците и биоинженерите сега са насочени не само към премахване на болестите, но и към създаване на нова, по-съвършена версия на човека. Утрешната медицина е дългоочаквано съобщение за времената, когато човекът вече няма да зависи от капризните присъди на собствената си физиология.

Новият проект на човека е предизвикателство към съществуващите граници, които занапред губят естествения си статус. Позовавайки се на грандиозните постижения на съвременната медицина, може да се каже, че величието на човека израства от несъгласието му с това, което го ограничава.

Бързото развитие на имплантологията и протезирането също е резултат от продължаващи или минали военни конфликти. С началото на военните действия в Ирак и Афганистан (а по-рано и във Виетнам), САЩ започнаха засилени изследвания за подобряване на несъвършения човешки материал. Разбира се, те не са имали и нямат филантропски по своята същност характер, въпреки че много ветерани са спасени от трайно увреждане; тяхната същност е да създадат свръхсилен войник, устойчив на ограниченията на собствената си, дефектна биология. За щастие съвременната медицина също използва тези изследвания. Както се оказва, войската и войната са двигателите на медицинския прогрес. Историята на медицината дава много такива примери. Изследванията върху употребата на пеницилин и въвеждането му в широка употреба по време на военните операции от Втората световна война е друго доказателство за тази стратегия.

Иницирираната от войната биотехнологична революция довела до значителна трансформация на визията за самия човек, отворена както никога досега, към технологични заместители. Тези промени трябва да предвещават раждането на постчовека. Същността на постхуманизма е да насочи вниманието към бързото изчерпване на традиционния модел на отношение и разбиране на човечеството. Съдържащият се в префикса „пост“ подтекст за упадък, катастрофа, не трябва обаче да се свързва с настроението за апокалипсис. Последницата от здрача е раждането на новото.

Безпрецедентното в историята на човечеството бързо развитие на техниката и технологиите създаде качествено нов социален пейзаж, в който човекът започва да се подчинява на различни закони. Принципът на технологичния детерминизъм, формулиран от Нийл Постмън, намира многобройни потвърждения в ежедневието днес. Неотслабващата роля на експертите-инженери може да се разчете успешно като пикова фаза на

обявената победа на технопола¹⁰⁷. Според много техно-ентузиаста най-голямото желание на човечеството днес е да засили човешките постижения, да премахне всички бариери, да преодолее старите ограничения, физически и психически. Издигането на човека на „повисоко ниво“ трябва да гарантира новия начин за участие в подобрен свят, известен само от научно-фантастичната литература. Концепциите за болка, увреждане и страдание скоро ще станат анахронични. Тази футурологична визия днес отговаря на съвсем реалната идея на трансхуманизма, състояща се в използването на целия потенциал на науката и технологиите, за да се създаде по-добра, социално очаквана и желана „корекция“ на човека, един вид сливане на биологията с технологиите и роботиката. Трансхуманизмът пледира за пълната интеграция на човека и машината. Според Нанси Катрин Хейлс постхуманистичният субект е виртуална амалгама, колекция от разнородни компоненти, информационно-материален бит, чиито физически граници са обект на непрекъснато (пре)изграждане. Хейлс ясно разделя „въплъщението“ от „тялото“, защото за разлика от тялото, въплъщението е контекстуално, заплетено в спецификата на място, време, физиология и култура¹⁰⁸. Проектът на постхуманизма обяснява привилегированото положение на информацията по отношение на тялото, сведено при този подход само до ролята на материален носител, контейнер, съхраняващ информация и код. Нещо повече, американската изследователка не забелязва фундаментални разлики или съществени разделения между телесното съществуване и компютърната симулация. Тази радикално звучаща апология за безплътността на знанието се доближава до постулатите на трансхуманизма.

Проектът за нов човек предвижда неговата постепенна киборгизация – елиминиране на слабия биологичен материал за сметка на най-новите технологии. Трансхуманистите предвиждат бърз процес на замяна на дефектни (човешки) части с небιологични заместители. Дискутираните през последните години в науките за културата промени, отнасящи се до

¹⁰⁷ N. Postman, *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*, tłum. A. Tanalska-Dulęba, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1995.

¹⁰⁸ N. K. Hayles, *How We Became Posthuman. Virtual Bodies in Cybernetics, Literature and Informatics*, University of Chicago Press, Chicago 1999, s. 196.

разбирането и възприемането на човека в нови, биотехнологични условия, са свързани преди всичко с обявяването на нова версия на човека – човек 2.0. Според Рей Курцвейл преходът от модела на тялото 1.0 към следващата му версия означава преодоляване на крехкостта, присъща на човешката природа, създавайки по-траен, интелигентен човешки модел. Поради три ключови революции - които вече се случват в областта на генетиката, нанотехнологиите и роботиката - човешкият вид ще препрограмира собствената си биология, премахвайки повечето заболявания от нея, както и самата старост¹⁰⁹. Биотехнологичната революция в крайна сметка ще бъде велик проект, в който остаряването и следователно умираването вече няма да бъдат неизбежни.

„Докато някои от моите съвременници могат грациозно да възприемат стареенето като част от жизнения цикъл, моят подход е различен. Може да е „естествено“, но не виждам нищо положително в загубата на умствените възможности, острота на сетивата, гъвкавостта на тялото, желанията или каквито и да е било други човешки възможности. Независимо от възрастта, болестта и смъртта, аз виждам като нещастие, като проблеми за преодоляване“¹¹⁰.

Взети на сериозно, думите на Курцвейл би трябвало да означават културна революция, необходимостта от ново предефиниране на човешкия субект, в чиято конституция сега е записана смъртността. Биотехнологиите обаче не само трябва да бъдат отговор на недостатъците и дефектите до момента; основната им идея е да създаде версия на човек, която би била устойчива на механични повреди, но също така и на разрушителните ефекти на патогени, главно бактерии и (ретро) вируси. Съвременната медицина трябва да се превърне в наука, ориентирана към бъдещето. В момента се търсят начини за подобряване на човешката памет. Основателите на Google говорят за поставяне на приложението им в мозъка под формата на имплант. Невроните се свързват с интегрални схеми и се поставят импланти в мозъка. Светът на съвременната неврология не би постигнал значителен напредък ако се отдалечава от

¹⁰⁹ R. Kurzweil, *Nadchodzi osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, tłum. E. Chodkowska, A. Nowosielska, Kurhaus Publishing, Warszawa 2018, s. 203 и следващи.

¹¹⁰ Пак там, с. 208.

биоинженерството. Хората, въоръжени с нови технологии, скоро ще станат обект на завист от другите; това вече се случва в спорта. Протезата - както се вижда от случаите на Оскар Писториус, Ейми Мълинс и Манами Ито, за да се отнася само за хора, популярни в медиите - ще престане да бъде признак на липса или дефект и ще придобие чертите на нещо желано

Днес културната/технологичната еволюция значително изпреварва биологичната еволюция. Човешкият вид „вече няма време“ за следващата еволюционна стъпка, продължила милион години. Движението на трансхуманистите предсказва свят през следващите десетилетия, в който разликата между човек и машина постепенно ще се размие. Човекът във версия 2.0 преди всичко е голям проект за корекция на биологията; оттук и огромната ангажираност на „новите лекари“ за постепенно заместване на най-несъвършените, невралгични части на човешкото тяло. Оборудван с много изкуствени елементи, човекът ще бъде подчинен на нови закони, законите на биониката. Още днес много учени смятат смъртта за нещо, от което могат да бъдат предпазени бъдещите поколения. Дори е трудно да си представим какви последици би могло да има това за културата, чиято основа беше и все още остава съзнанието за човешката тленност. Новата версия на човешкото тяло, разбира се, ще изисква промяна в статуса на самия лекар, който занапред ще бъде предимно инженер по роботика. Може би през следващите години ще се роди хомо медикус 2.0.

Струва си да се добави, че доминиращата роля на новите технологии в ежедневието може да генерира т. нар технострахове или изпитване на ужас, свързани с постепенната киборгизация - практики за дехуманизиране на човешкия вид. Както подчертават Рената Танчук, Рафал Нахирни и Марта Бжезиньска-Паяк: „Страховете не са само от факта, че биомиметичните роботи, оборудвани с изкуствен интелект, ще завладеят света, но тревога поражда и новите технологии, които биха могли да поставят под въпрос антропоцентричния мироглед, вярата в нашата уникалност.“¹¹¹ От гледна точка на културната биоетика все по-често се издига гласът на противопоставянето на прибързаната,

¹¹¹ R. Tańczuk, R. Nahirny, M. Brzezińska-Pająk, *Technologie, lęki i imaginaria społeczne*, „Kultura Współczesna” 2 (101)/2018, s. 11. // Целият брой на „Kultury Współczesnej” 2 (101)/2018, е посветен на културното лице на страха от най-новите технологии.

изключително прагматична и утилитарна човешка механизация. Този проблем е перфектно уловен от Ив Мишо:

„Трансплантации, хирургична смяна на пола, намеса в репродукцията, подобряване на резултатите чрез използване на допинг, перспективите за модификация и клониране, „биотехнологични“ процедури – всичко това предвещава появата на човек мутант, син на собствените си избори и техники, а това се придружава от *двузначността*, основаваща се на това, че не се знае дали става дума за човек нечовешко същество, чрез дехуманизация, или за свръхчовек, който надхвърля човечеството, за да го носи по-далеч и по-нагоре, за да го изпълни [разграничение – MS“]¹¹².

Всеки напредък поражда нови проблеми и следователно изисква привеждане в съответствие с културата, в която се осъществява и на която, което е също толкова важно, дължи съществуването си. Социалното приемане на новите технологии не се основава предимно на признаването на нови възможности и обещания, които те носят, но и на идентифицирането на техните слабости и потенциални заплахи.

Човешкото тяло на 21 век неизбежно се автоматизира. Удължаването на живота на прекомерно експлоатираните части чрез тяхната технологична обработка ни позволява да говорим за връщане към посткартезианската, механистична концепция на тялото. Лекарят-инженер вече не толкова изследва, колкото разчита разширени диаграми и копия на изследвания. Томографът е машина, желана също от самите пациенти; неговият паноптичен, почти божествен поглед изключва всякакви потенциални недостатъци на изследователя. Поставянето на импланти в човешкия мозък става все по-често срещана практика, главно в областта на неврологията. Болестта на Паркинсон е класически пример за триумфа на технологиите над невродегенерацията. Имплантацията на пейсмейкър драстично подобрява качеството на живот на пациентите с това заболяване, като значително намалява треперенето на крайниците. Електростимулацията обаче е ефективна при лечението на симптомите, а не на самата болест. Изпращането на високочестотни вълни към

¹¹² Y. Michaud, *Wizualizacje. Ciało i sztuki wizualne*, [w:] *Historia ciała*, t. 3, red. J.J. Courtine, tłum. K. Belaid, T. Stróżyński, Słowo/obraz, terytoria, Gdańsk 2014, s. 400.

нефункционални части на мозъка намалява или увеличава тяхната активност. Биофизиката намира все по-голямо приложение; благодарение на методите, базирани на нея, днес е възможно да се води борба със затлъстяването (намаляване на чувството за глад), заекването, депресията или обсесивно-компулсивното разстройство, което не се поддава на фармакологично лечение. На опашка пред лекарските кабинети се редят все повече пациенти, които смятат за нещо естествено замяната на тазобедрена или коленна става. Кабинетите на специалистите са щурмувани от болни, чакащи импланти и електростимулатори. Може да се очаква, че в скоро парализирани ще стават от леглата си. Голямата мечта за силата на науката се сбъдва, вечният фантазъм на безсмъртието се връща с удвоена сила. Очакваната оферта за медицински лечения в средата на 21-ви век трябва да бъде негова характеристика¹¹³. Така че днес хората може да имат съвсем различен страх – дали наистина ще доживеят времето на прекрасния нов свят?

Повечето опасения, изразявани днес от биоетиците, се отнасят до проблеми с идентичността – напразен опит да се определи границата на външната намеса в човешкото тяло и психика. Сливането на човека с машината и изкуствените творения поражда редица страхове и опасения, познати досега, почти изключително от научната фантастика. Възниква въпросът: носи ли замяната на повечето биологични „компоненти“ с небиологичния им, по-съвършен материал, риск от промяна или загуба на идентичност? Основният въпрос за антропологията на тялото постоянно се завръща: тяло ли съм или имам ли тяло? В зависимост от приетия отговор се променя социалната оценка на текущия процес на човешката роботизация. Нивото на идентификация със собственото тяло изглежда толкова по-силно, колкото по-млад и здрав е човекът. Старостта и хроничните заболявания често означават, че човек гледа на собственото си тяло като на чуждо, с дистанция и непреодолимо чувство за нещо нежелано. Постхуманистите виждат човешкото тяло във версия 1.0 като дефектна, износена протеза, която трябва да бъде изоставена в името на

¹¹³ W. B. Schwartz, *Life without Disease. The Pursuit of Medical Utopia*, University of California Press, Berkeley–Los Angeles–London 1998.

по-нататъшното развитие на човешкия вид. За да може да продължи, човек трябва да се освободи от собствената си материалност. Приемането на версия 2.0 става толкова триумф за съвременната наука, колкото и голямото ѝ предизвикателство. Истинският проблем остава определянето на границите на технологичното усъвършенстване на човешкия вид или – постулирани от множество техно-ентузиастични – да се премахнат напълно. Следователно изглежда, че именно в областта на медицинската наука ще се случи първият сблъсък на две идеологии. Консерваторите и техноскептиците се опитват да пробият с изглеждащата очевидна теза за биологичната природа на човека, за неговата естествена несъвършеност и крайност. Трети се опитват да акцентират върху духовните ценности в човешкия живот, за да се забелязват трансценденталните потребности. Изглежда, че преодоляването на ограниченията на биологията не е и не трябва да бъде единствената или доминираща цел на действията на човешкия вид. Може би, обаче, направената забележка произлиза от остарял мироглед, обременен със старото безсилие на медицината.

Заклучение

Напредъкът на съвременните биомедицински науки, които разкриват толкова много мистерии и развенчават множество митове, не означава непременно пълната победа на биотехнологиите над културата. Човекът, независимо от протичащите през последните няколко десетилетия зрелищни биомедицински революции, все още остава обект, отворен за културно-творческа дейност. Остават въпроси, на които въпреки последователните научни открития напразно се очакват отговори. Ролята на културата обаче, не трябва да бъде да компенсира недостатъците на медицината, да коригира „грешките“ на природата или да облекчи страховете, които не са добре неутрализирани от бензодиазепините. Идеята за хуманизиране на медицината, особено днес, е належаща необходимост да се възстанови нейното естествено място и призвание.

Както може да се очаква, спорът между (био) консерваторите и трансхуманистите ще нараства през следващите години. Оценката на медицинския прогрес със сигурност не е еднозначна. Защото развитието

на биотехнологиите е свързано с многобройни страхове и опасения, свързани преди всичко с риска от дехуманизация; мащабът на ползите и обещанията, които се срещат днес в силата на медицината, изглежда неутрализира възможните ѝ слабости. Колкото повече обществото става светско, толкова повече не бърза да отиде в отвъдното. Тази донякъде саркастично звучаща теза определя пълната легитимност на действията на технократите. Съвременните специалисти по здраве и болести, са оборудвани с оръжия, които техните предшественици със сигурност не са имали. Поради тази причина е трудно да се говори за вечните принципи на медицинската деонтология. Лечението при хората скоро ще се провежда при напълно нови условия.

Близкото бъдеще изглежда като ерата на имплантите. Специалистите по роботика, биоинженерство, генетика и бионика ще определят новите пътища, по които, както е лесно да се предскаже, тълпите ще пътуват с нетърпение. Ограниченията на тялото и ума, дори ако те са съставно качество на човешкия вид, скоро ще бъдат поставени под въпрос в името на всеобщото благосъстояние. Ще бъде трудно да се пробие с апологията за увреждането в името на спасяването на всичко онова, което досега е представлявало същността на човечеството. Културата – изградена с чувството за кризата на тялото, с осъзнаването на човешката тленност и несъвършенство – в крайна сметка може да се отвърне от онези емоции и ценности, които преди са били третираны като негова естествена основа.

Литература

1. Aleksandrowicz, Julian, Harry Duda. *U progu medycyny jutra*. Radom: Oficyna Wydawnicza „Ston”, 1991.
2. Broyard, Anatole. *Upojony chorobą. Zapiski o życiu i śmierci*. Тълм. Agnieszka Nowakowska. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne, 2010.
3. Ceronetti, Guido. *Milczenie ciała. Materiały do studiów medycznych*. Тълм. Maryna Ochab. Gdańsk: Słowo/obraz, terytoria, 2004.
4. Frank, Arthur. *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

5. Fukuyama, Francis. *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Tłum. Bartłomiej Pietrzyk. Kraków: Wydawnictwo „Znak”, 2008.
6. Hayles, N. Katherine. *How We Became Posthuman. Virtual Bodies in Cybernetics, Literature and Informatics*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.
7. Horney, Karen. *Neurotyczna osobowość naszych czasów*. Tłum. Helena Grzegołowska. Warszawa: PWN, 1976.
8. Kurzweil, Ray. *Nadchodzi osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*. Tłum. Eliza Chodkowska, Anna Nowosielska. Warszawa: Kurhaus Publishing, 2018.
9. Postman, Neil. *Technopol. Triumf techniki nad kulturą*. Tłum. Anna Tanalska-Dulęba. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1995.
10. Schwartz, William. *Life without Disease. The Pursuit of Medical Utopia*. Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press, 1998.
11. Snow, Charles P. *Dwie kultury*. Tłum. Tadeusz Baszniak. Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka, 1999.
12. Szczeklik, Andrzej. *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*. Kraków: Wydawnictwo „Znak”, 2006.
13. Tańczuk, Renata, Rafał Nahirny, Marta Brzezińska-Pająk. „Technologie, lęki i imaginaria społeczne”. *Kultura Współczesna* 101, 2 (2018).
14. Turner, Bryan. *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. London: Routledge, 1992.

Магдалена Виечорковска

ТЕОРЕТИЧНИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ИЗСЛЕДВАНИЯТА ВЪРХУ МЕДИКАЛИЗАЦИЯТА – ОЧЕРТАВАНЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ¹¹⁴

Abstract: Medicalization in Poland is still a quite new and unexplored field, but is gaining popularity among medical sociology researchers. The sciences of medicine and sociology are in agreement that the process of medicalization is taking place, but each of them defines it differently. The science of medicine treats it as something natural and even desired, while medical sociology often underlines negative aspects and explores the dangers of over-medicalization. As one of first Polish texts on medicalization, this paper offers an outline of the main theoretical and methodological dilemmas which a researcher must address when undertaking research on the medicalization processes.

Keywords: medicalization, methods and techniques of research, process, indicators

Резюме: Медикализацията в Полша все още е доста нова и неизследвана област, но набира популярност сред изследователите на медицинската социология. Науките медицина и социология са единомислени, че процесът на медикализация протича, но всяка от тях го определя по различен начин. Науката за медицината го третира като нещо естествено и дори желано, докато медицинската социология често подчертава негативните аспекти и изследва опасностите от прекомерната медикализация. Като един от първите полски текстове за медикализацията, настоящата статия предлага очертаване на основните теоретични и методологични дилеми, с които трябва да се справи изследователят, когато предприема изследване на процесите на медикализация.

Ключови думи: медикализация, методи и техники на изследване, процес, показатели

¹¹⁴ Преводът е направен по: Wiczorkowska, Magdalena (2017) Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykacji - zarys problematyki. W: *Przeгляд Socjologiczny*, Vol. 66, nr 1, s. 33-52. DOI: [10.26485/PS/2017/66.1/2](https://doi.org/10.26485/PS/2017/66.1/2)

През последните 50 години бяха създадени множество текстове, посветени на медикализацията. Както социолозите, така и медиците са съгласни, че това явление съществува, въпреки че се разглежда малко по-различно от гледна точка на медицинските науки, в сравнение с гледната точка на социалните и хуманитарните науки. Първите възприемат процеса на медикализация като естествена последица от научния прогрес на медицината и го третират като положителен и желан. Последните показват медикализацията през призмата на медицинската власт и контрол, като не винаги я третират като неутрален процес. Изследванията на литературата, посветена на медикализацията, позволяват следните заключения:

- чуждестранната литература описва процесите на медикализация в западните общества въз основа на различни изследвания;
- полската литература представя въпроса за медикализацията като нов за Полша, поради което голяма част от работата е посветена на представянето на състоянието на съвременните научни знания, разработени главно в САЩ, Великобритания, Франция, Италия и Германия;
- в полската литература липсват емпирични знания, основани на изследвания, показващи спецификата на медицинските процеси в страната;
- процесът на медикализация в Полша все още има статут на ново явление, появата на което е свързано с промените, започнали след 1989 г., докато в гореспоменатите страни този въпрос има много по-богата традиция;
- в медицинските науки медикализацията се разбира като естествена последица от напредъка в медицината и фармакологията – фактът, че се медикализират следващи състояния и поведения, е резултат от по-добрата диагностика или разработването на нови лекарства. В социалните науки медикализацията се разбира като присвояване на поредните области от ежедневието и в този смисъл имплицитно се третира като негативно явление;
- социалните науки не поставят под въпрос медицинските основи на процесите на медикализация; вместо това те се опитват да покажат

последниците в индивидуалните и социалните измерения при признаването на определено състояние, явление или поведение като патологично в медицинския смисъл.

Вземайки предвид факта, че процесите на медицинализация в Полша се възприемат като ново явление, свързано, *inter alia*, с политическите трансформации, си струва да се направи опит за анализ на теоретичните и методологичните аспекти на този въпрос. Защото само една малка част от полските изследвания в тази област може да бъде продиктувана от факта, че широчината и сложността на процесите на медицинализация поражда редица когнитивни и методологични проблеми. Липсват и разработки, посветени на подобни проблеми. Тази статия се фокусира върху избрани аспекти на този проблем, без да изчерпва темата. В първата част ще бъдат обсъдени избрани теоретични въпроси, отнасящи се до естеството на самата медицинализация, докато във втората част ще се анализират методологически проблеми, свързани с изучаването на процесите на медицинализация.

Медикализация – предварителни уговорки и техните последници за научните изследвания.

Понятието „медикализация“

Най-цитираната дефиниция е предложена от Питър Конрад, американски социолог на медицината, експерт в областта на медицинализацията. Той смята, че медицинализацията е процес, при който немедицински проблеми се дефинират и третираат като медицински (обикновено като заболявания и разстройства) [Conrad 1992, 2007]. Конрад, който се занимава с проблемите на медицинализацията от 70-те години на миналия век, търси началото на интереса към тези проблеми през 60-те години на ХХ век. Той подчертава, че първите разработки са били посветени на медицинализация на девиацията [вж Pits 1968], но концепцията бързо намира приложение по отношение на много явления от ежедневието (тя е представена между другото в работите на Елиът Фрайдсън (Freidson 1970), Ървинг Зола (Zola 1972) или Айвън Илич (Illich 1976). Творбите на последните автори акцентирали върху медицинския империализъм, което се отразява в начина на разбирането

им за самата медикализация. По този начин Зола я разбирал като дефиниране на немедицински проблеми с медицински термини, обикновено разстройство и обикновено с предположението, че правилното действие ще бъде медицинска намеса или лечение [1972], като също така подчертава неговата експанзивност и подчиненост на медицинския контрол [1983]. Илич, от друга страна, писал за социалната ятрогенеза, която се отнася до увреждането на здравето на индивидите в резултат на медицински дейности, както и под влиянието на самата медицинска организация и във връзка с медицинския монопол, контролиращата функция на медицината за човешкия живот [1976]. В по-широк смисъл, медикализацията е описвал Пол Уайндлих, подчертавайки разпространението на рационални, научни ценности, характерни за медицината, в други обширни области на социалните дейности [1986].

Сам Питър Конрад в отличната си книга, озаглавена *Медикализацията на обществото. Относно трансформацията на човешките състояния в лечими разстройства* [*The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* 2007] многократно подчертава, че медикализацията е процес на правенето на нещо медицинско, състоящо се в дефиниране на феномен (или състояние) с използване на медицинска терминология, описаването му с медицински език, разбиране през призмата на медицински подход или подлагането му на медицинска интервенция. Авторът също така подчертава, че много произведения, включително и неговите, заемат критична позиция към медикализацията, но поради факта, че това е процес, не може да бъде взето предварително решение за „свръхмедикализация“ на някакво състояние. Решаващо значение има осъзнаването на това, че нещо, което се възприема като болест, не е *ipso facto* и трябва да бъде определено като такова от някой [Conrad 2007: 5]. В ранния модел на медикализацията медицинските рамки на проблемите са били давани от медицинските професии (медикализация отгоре-надолу), но в новия модел на медикализация все по-често дефинирането има характер отдолу-нагоре (медикализация отдолу-нагоре) и е под формата на претенции и натиск от групи и лица срещу институции и

органи за вземане на решения, с цел да признаят определено състояние като болест. В този смисъл това е социокултурен процес, в който представители на медицинските професии могат, но не трябва да участват [Conrad 2007; Wierzchowska 2012].

Други начини за разбиране на медикализацията, появяващи се в литературата по темата, имат оперативен характер и обикновено дублират съществуващите дефиниции, като основно се позовават на подхода на Питър Конрад и ги адаптират към техните потребности [Breggin, Cohen 1999; van Praag, 2000; Davis 2006; Szasz 2007; Brubaker, Dillaway 2009; Christiaens, van Teijlingen 2009; Sadler, Jotterand, Lee, Inrig 2009; Conrad, Barker 2010; Leźnicki 2013; Nowakowski 2015].

Тесен и широк подход към медикализацията

Когато се анализира понятието „медикализация“, може да се види неговата еволюция – от тясна медицинска перспектива, характеризираща естественото развитие на медицината и неговите последици (под формата на медикализация), чрез широк медицински подход, показващ разширяването на медицината в други области на ежедневието, които са обект на медицински контрол и юрисдикция, към съвременния, широк немедицински подход, който акцентира върху социално-културния процес на разширяване на медицинските категории и медицинските познания към всички аспекти на човешкия живот, „медикализация“ с или без участието на медицински специалисти, с нарастващото значение на „инструментите“ за медикализация - потребители, социални движения, биотехнологии, медии и фармацевтични компании. Днес медикализацията не се разбира тясно, като форма на медицинска доминация и контрол над социалния живот. В рамките на този процес се обсъждат явления, които не са *sensu stricto* свързани с медицинската система (те не се случват директно вътре в нея и не се нуждаят от медицински специалисти и медицина, за да направят нещо медицинско). В широк смисъл в процеса на медикализация се появяват примери, при които термините „болест“ или „разстройство“ нямат препратка, което обаче не пречи да бъдат анализирани в контекста на процесите на медикализация – възникват работи, посветени на медикализацията на

общественото здраве, здравословният начин на живот, расите и расизма [Wellman 2000; Prosen, Krajnc 2013; Томас 2014].

Медикализация от типа *top-down* и *bottom-up*

Както бе споменато по-горе, ранният модел на медицинализация подчертава, че това е процес отгоре-надолу (*top-down*). Позовавайки се на по-широкия социален контекст, е използвана политическата икономия, характерна за капиталистическите страни [Nowakowski 2015]. Чрез процесите на диференциация и специализация медицината разпространява своето влияние, присвоявайки следващите области на човешкото тяло и ум [Illich 1976]. Генерираните отгоре медицински потребности не могат да бъдат задоволени при всички, защото определени социални групи и категории разполагат с по-малко ресурси, което водело до неравенства в здравеопазването. Важна роля изиграл и биомедицинският модел на болестта, според който тя е дефект и трябва да се поправи. Следователно фокусът бил поставен върху лечението, а не върху откриването на причините – често със социална основа – за болестите. Известното твърдение на Барбара Уутън, че е по-лесно да се изгради клиника, отколкото да се унищожат бедните квартали [Wootton 1959, по: Meredith, Poitras 2009: 376], отразява същността на този подход. Моделът на медицинализация отгоре-надолу е популярен през 70-те години. В края на 80-те и 90-те години на миналия век започва да доминира перспективата на социалния конструкционизъм, според която всички знания, следователно и медицинските, са социален продукт. Това означава, че то се произвежда в процесите на тълкуване и договаряне, и оценката на дадено явление зависи от тях. По отношение на медицинските познания, определенията на заболяванията се разглеждат като резултат от взаимодействието между индивиди, както и между групи. В различна степен групите могат да създават знания за здравето и болестите, като по този начин създават неравенства в здравето. Медицинализацията се разглежда от тази гледна точка като процес отдолу-нагоре (*bottom-up*). Генерираното знание се опитва да получи статут на законно знание и в конкретни случаи определени лица или групи се определят като болни и изискват това състояние да бъде признато от

медицинските авторитети като болест, синдром или разстройство. Най-новите трудове в областта на процесите на медикализация подчертават значението на т.нар машини, посредници или инструменти на медикализация (*agents*), които генерират навлизане на медикализацията на микросоциално ниво [срав. Conrad 2007].

Прегледът на подходите за определяне на медикализацията води до следните заключения. Първо, медикализацията се третира като процес. Сложността и многообразието на явленията, подложени на медикализация, показват, че трябва да говорим за процесите на медикализация, като се акцентира върху техния различен ход, интензивност и степени, а не за хомогенен процес на медикализация. Второ, можем да говорим за тесен медицински и немедицински и широк немедицински подход към медикализацията, който има своите изследователски последици, което води до стесняване или разширяване на спектъра на научноизследователските въпроси. Днес при всички подходи безспорни примери са раждане, смърт, менопауза и остеопороза. Но нито в тесен, нито в широк медицински смисъл обаче, можем да говорим за медикализация на киберпространството, медикализация на частното или публичното пространство, медикализация на расизма или медикализация на образованието. Тези примери могат да бъдат разгледани само в последната от споменатите перспективи.

Трето, появяват се два пътя на медикализация - „отгоре-надолу“ (*top-down*), характерен за ранните процеси на медикализация, и „отдолу-нагоре“ (*bottom-up*), отнасящ се до съвременните процеси на медикализация на ежедневието¹¹⁵. Осъзнаването на тези разграничения има голямо значение за разбирането на протичането на процесите на медикализация и е необходима за определянето на изследователската проблематика. Защото процесите отгоре-надолу се изучават по различен начин от тези, които се раждат на микро ниво и се издигат към макроструктурите. Освен това заслужава да се отбележи, че съвременните процеси на медикализация са много по-сложни и могат да протичат в две посоки едновременно. Често фармацевтичните компании, които несъмнено могат да бъдат третирани като макросоциални представители,

¹¹⁵ Повече за ранния и новия модел на медикализация виж: Wiczořkowska 2012.

ескалират тревожността и създават болести (*top-down*), когато търсят пазарни обекти. Хората, убедени, че техният проблем има медицински характер и може да бъде решен чрез медицински мерки и процедури, започват да изискват легитимност на състоянието си, като оказват натиск върху вземащите решения на макросоциално равнище (*bottom-up*).

Накрая, четвърто, авторите, занимаващи се с този проблем, като показват процесуалното естество на медикализацията, се вписват в конструктивисткия подход към проблема. Медикализацията като социокултурен феномен е факт, който характеризира съвременните западни общества, но трансформацията на конкретно „нормално“ състояние в „патологично“ състояние, е социално конструирана. Пример, илюстриращ конструктивисткия подход към въпроса, е посттравматичното стресово разстройство (ПТСР / PTSD – *post traumatic stress disorder*). Американски войници, които след завръщането си от войната във Виетнам, изпитвали поредица от психосоматични симптоми, които са остатъци от военните им преживявания, започват да изискват техните психически и соматични проблеми да бъдат признати за болест, което се случило, когато през 80-те години на XX век посттравматичното стресово разстройство е признато за болест от Американската психиатрична асоциация и влиза в официалната класификация DSM-III¹¹⁶ и ICD-10¹¹⁷. Социолозите, занимаващи се с проблемите на медикализацията, анализират по какъв начин се достига до социално конструиране на болестите и какви са последствията от това. Конрад подчертава, че това, което се счита за болест, не е само по себе си такава - то трябва да бъде концептуално определено като болест, така че трябва да има медицинска категория за проблема, който досега е бил третиран като морален, правен или изобщо не се е разглеждал с такива категории [Conrad 2007: 5]. Медикализацията на дадено явление, състояние или поведение има контекстуален характер и зависи от културни фактори. „Болест“ е универсална категория, но това, което се крие в дефиницията ѝ, е релативно и зависи от много фактори. Медикализацията на епилепсията не предизвиква противоречия в западното общество,

¹¹⁶ Diagnostic and Statistical Manual, днес в сила пета ревизия (DSM-V).

¹¹⁷ *International Classification of Diseases and Related Health Problems*; Ревизия 10 (ICD-10) в момента е в сила.

неговите членове ще се съгласят с „медицинската” основа на проблема, но медикализацията на ADHD не е толкова очевидна и има своите привърженици и противници. Разбира се, някои южноамерикански общности биха сметнали медикализацията на двете състояния – епилепсия и ADHD – за абсурдно и неразбираемо. Нещо повече, медикализацията на едно и също състояние (напр. старост) ще протича с различна динамика в различните страни от западната култура, което е резултат от различни социални, политически и породени от традициите условия.

Теоретико-методологични дилеми в социологията и медикализацията

Както пише Марек Жиулковски във въведението към Съвременни социологически теории, социологията е съвкупност от противоречиви и често противоположни теоретико-методологически ориентации [Ziółkowski w: Nijakowski, Szacki, Ziółkowski 2006: 18]. Изследователят посочва няколко дилеми [Ziółkowski w: Nijakowski, Szacki, Ziółkowski 2006: 18–22], които възникват във връзка с опита за поставяне на процесите на медикализация в рамките на тези ориентации.

Първата, с която трябва да започнем, е онтологичният спор за същността на социалната реалност: обективизъм срещу конструктивизъм. Обективистката позиция, характерна между другото за социологизма (Емил Дюркем) провъзгласява, че съществува обективна реалност, независима от човешкото въображение, но формираща това въображение. Според радикалните конструктивисти не съществува такова нещо като обективна реалност, тъй като последната винаги е продукт на действията на участниците в социалния живот и следователно тя се конструира постоянно. По-меката версия на конструктивизма твърди, че хората интерпретират и конструират реалността, но те го правят при определени съществуващи социални условия. По отношение на медикализацията обективизмът може да се разглежда като характеристика на ранния модел на медикализация през 60-те и 70-те години, когато медикализацията се проявява главно като процес „отгоре-надолу“ (*top-down*), независим от човешкото въображение, но

модифициращ го. Конструктивизмът се отнася до новия, съвременен модел, в който индивидите и социалните актьори играят важна роля, а процесите на медикализация се състоят в придаване на медицинско значение на състояния, явления и поведения, което се извършва в актовете на интерпретация на действащите субекти (*bottom-up*).

Втората е методологическият спор: натурализъм срещу анти-натурализъм. Натурализмът твърди, че методите на социалните науки са (или трябва да бъдат) същите като тези на естествените науки и законите на социологията могат да бъдат извлечени от законите на психологията или биологията. Анти-натуралистичната позиция, предшественик на която е Дилтай, провъзгласява, че социалният свят трябва да се изучава с методи, различни от използваните в естествените науки; също така е невъзможно да се „редуцират“ законите на социологията до законите на биологията. В изследването на процесите на медикализацията доминира антинатуралистичната позиция, макар да не е изразявана *explicite*. Авторите обаче се съгласяват, че медикализацията на обществото е феномен, който няма аналог в природния свят и не може да бъде изследван със същите методи. Тук се използват техники и инструменти, характерни за анти-натуралистичната тенденция - качествен анализ на съдържанието, казуси, исторически изследвания или методология на обосноваването на теорията. Важно място заемат историческите анализи и дълбочинните изследвания, показващи процесуалността на конкретните примери за медикализация, както и тяхната динамика, като използват парадигмата на социалния конструктивизъм [срав. Conrad 2007: 10].

Третата, е свързана с епистемиологичния спор за същността на социологическото познание: неутралитет спрямо ценностите срещу оценяването. От една страна, имаме работа с позитивистка позиция, че задачата на социологията е да описва и обобщава „чисти“ факти от обективни изследователи-наблюдатели. Обратната позиция гласи, че е невъзможно да се прави наука без оценностяване. Тя приема три форми: 1) когнитивният конструктивизъм заявява, че цялото познание се опосредства от условията на познаващия субект; 2) социалният радикализъм твърди, че науката винаги се създава от определена социална позиция и в интерес на конкретни групи, 3) културният

релативизъм твърди, че когнитивните усилия винаги се опосредстват от ценностите на дадена култура. Що се отнася до медикализацията, то *implicite* се приема предпоставката, че тя е феномен на западната култура, като по този начин налага рамката на културния релативизъм. Ако се наложи на това контекста на капиталистическото общество, то може да се говори и за един вид социален радикализъм и третиране на медикализацията като инструмент в борбата на интереси (напр. на фармацевтични компании или групи пациенти). Ако човек се довери на твърдението на Конрад (което се посочва и от проучванията на литературата по темата), при анализите на медикализацията тези процеси се третираат като отрицателни, показващи „сврѣхмедикализирането“ и по този начин тук се наслагва системата от ценности на изследователя, полагащ когнитивно усилие. Такъв подход води и до някои изкривявания в изследователския процес - търсят се само аргументи в полза на медикализацията, като се пренебрегват проявите на демедикализация [срав. Babbie 2013: 23]. Заглавията на популярни книги доказват тенденциозността в подхода към въпроса: „Измисляне на болести и тласкане към хапчета. Фармацевтични компании и медикализация на нормалния живот“ (*Inventing Disease and Pushing Pills. Pharmaceutical Companies and the Medicalisation of Normal Life*. Jorg Blech), „Продаване на болести. Как най-големите фармацевтични компании в света превръщат всички нас в пациенти“ (*Selling Sickness. How the World’s Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients*. Ray Moynihan, Alan Cassels), „Предозирана Америка: нарушеното обещание на американската медицина“ (*Overdosed America: The Broken Promise of American Medicine* (John Abramson), „Психиатрия. Науката за лъжите“ (*Psychiatry. The Science of Lies*. Thomas Szasz), „Разпространители на хапчета: Битката на Биг фарма за фармацевтични пазари“ (*Pill Pushers: A Big Pharma Battle for Market Share*. Jennifer Moran, Ces Guerra), „Срамежливост: Как нормалното поведение се превърна в болест“ (*Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. Christopher Lane), „Луди като нас“ (*Crazy Like Us*. Ethan Watters), „Да слушаш Прозак“ (*Listening to Prozac*. Peter Kramer). Изследователските усилия обаче не трябва да допускат предварителната

оценка на това, дали медикализацията на дадено явление е добра или лоша. Подобна оценка трябва да бъде кулминацията на когнитивните усилия, като се вземат предвид обширни анализи на последиците от медикализирането на анализираният феномен. Самото понятие за медикализация не трябва да налага това, но е трудно човек да се противопостави на впечатлението, че разглежданото в началото понятие за медикализация има пейоративни конотации.

Четвъртата дилема е полемиката между холизма и индивидуализма. Според холизма обществото не е проста сума от индивиди и следователно има свойства, различни от индивидуалните. Свойствата на индивидите също не могат да бъдат разбрани без позоваване на характеристиките на цялото. При индивидуалистичния подход се приема обратното схващане – свойствата на социалните цялости могат да бъдат обяснени чрез позоваване на характеристиките на индивидите (тази позиция е в съответствие с методологичния редукционизъм). Медикализацията е процес, протичащ на много нива, но е трудно да се поддържа позиция относно възможността процесите, протичащи на макросоциално ниво, да се сведат до действията на индивидите. По-близо до медикализацията определено е холистичната позиция.

Петата дилема е спорът за естеството на индивида (между детерминизма и активизма). Детерминизмът, представен между другото от теориите за социално развитие, казва, че обществото се развива планирано и насочено, а следващите етапи са следствие от предишните и определят следващите. Тук индивидът се явява като *homo sociologicus*, действащ в съответствие със социалния натиск. Активизмът, от друга страна, набляга на индивидуалната и груповата активност, която създава социалния свят. При този подход индивидът е *homo creator*, приспособяващ се към действията на другите и свободно правещ избори. По отношение на медикализацията, детерминистичният подход е характерен за ранния модел на медикализация, а активизмът е подход, присъстващ в съвременните анализи на медикализацията.

Що се отнася до последния спор, относно същността на човешкото действие: рационалност срещу ирационалност, от една страна, е представена утилитарната позиция (напр. Теорията за рационалния

избор), която гласи, че хората се ръководят от своя егоистичен интерес, като се адаптират към външните условия. Противоположната позиция подчертава, че действията на индивидите се определят от вътрешен интерес и външни ресурси, но също така и от система от норми и ценности, които са контекстът на действието (напр. Теорията на Талкът Парсънс за социалното действие). Медикализацията е тясно свързана с рационалността на демократичните общества и нарастващото ѝ значение се дължи на изместването на религията от науката. Лицата, полагащи усилия в полза на медикализацията, често се ръководят от своите индивидуални егоистични интереси. В този контекст се говори за т.нар медицинско извинение (*medical excuse*) и за медикализация на „неефективността“ (*medicalization of underperformance*).

Медикализация и демедикализация – по посока на емпиричните решения

Повечето емпирични работи, посветени на медикализацията, се занимават с превръщането на дадено състоянието в медицинска категория (напр. медикализация на срамежливостта, ADHD, алкохолизъм, нарушенията на съня, архитектурата, интернетa). Това означава ли, че имаме работа само с еднопосочен процес на експанзия на медицината? Едновременно с това не е ли съпътстван от прояви на демедикализация? В тази част ще бъде показано взаимното проникване на процесите на медикализация и демедикализация, както и значението на тези релации за изследователските усилия. Медикализацията е процес, докато „фармакологизирането“ или също „медикализираността“ означава някакво състояние в определен момент от времето. В този контекст се говори за степени на медикализация, като се показва, че дадено състояние може да бъде медикализирано в малка степен, в голяма или изцяло [Conrad 2007: 6–7]. Най-често обаче се приема, че медикализацията е еднопосочен процес, а демедикализацията, или „премахването на медикализираността“, се третира като противоположен процес. Като се изследва литературата по предмета, може да се създаде

впечатлението, че днес имаме работа единствено с медикализацията¹¹⁸, а процесите на демедикализация не се появяват изобщо (единствените описвани примери са демедикализацията на хомосексуализма, който е заличен от списъка с болестите през 1973 г., както и частичната демедикализация на бременността и раждането). Тук заслужава да се отбележи, че такова мислене се благоприятства от определена тенденциозност при описването на процеса на медикализация. Обикновено се описват и наблюдават само тези факти и показатели, които фаворизират тезата за медикализацията. Допълнително, проведените анализи имат по-скоро повърхностен характер и не вземат предвид всички равнища и аспекти на процеса, които трябва да се вземат под внимание. Процесът на медикализация:

- протича с различна сила и с различен темп в различните страни;
- е процес, характерен за медицината, основана на доказателства (*evidence-based medicine*, ЕВМ), а чрез нея за страните, които се основават върху тази медицинска система (основно за западните, капиталистическите страни; знаем малко за медикализацията в арабските страни);
- се откроява с различните степени в зависимост от конкретното медикализирано явление;
- се характеризира чрез различните равнища, на които процесът също може да протича с различна динамика.

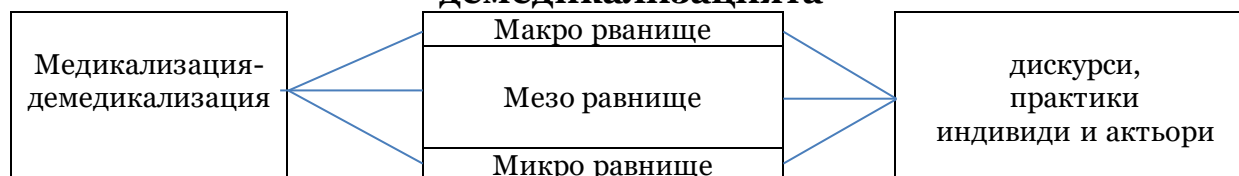
Медикализацията и демедикализацията не са противоположни процеси. Те могат да се проявяват съвместно и обикновено така се случва. Медикализацията и демедикализацията могат да проникват една в друга и те никога не са нещо завършено, наблюдава се тяхната постоянна динамика. Изследванията, проведени с приетото предположение за

¹¹⁸ Сред многобройните разработки тук могат да се приведат работите, посветени на медикализацията на настроението и емоциите [Mulder 2008, Parens 2011], женското тяло, бременността и майчинството [Abate 2010; Noel-Weiss 2007; Leźnicki 2013; Prosen, Крајнс 2013], юношеството [McCabe 2005], детството [Bakker 2007], когнитивните възможности [Coveney i in. 2011], расизмът [Thomas 2014; Wellman 2000], безсънието [Williams i in. 2008], отпусъкът по болест [Schierenbeck 2010], умирането [Goh 2012], образованието [Petrina 2006], киберпространството [Miah, Rich 2008], а също и работата на Питър Конрад и неговия екип, посветена на глобалния подход към процесите на медикализация [1992, 2004, 2007, 2010], както и позициите на други автори, разглеждащи цялостно процеса [Nye 2003].

еднопосочност, са ценни, защото показват специфичността на процеса, но в същото време укрепват позицията на медикализацията като доминиращ и всеобхватен процес, превръщайки се в своеобразно самоизпълняващо се пророчество.

Особено ценен инструмент е аналитичната рамка на Дрю Халфман [Halfmann 2011]. Като изходен пункт той възприема предпоставката за стадиалност на процеса медикализация-демедикализация, твърдейки, че тези явления съществуват съвместно и взаимно проникват един в друг. Нещо повече, вземането предвид равнищата и измеренията на анализа позволява да се представи цялостния образ на динамиката на тези процеси – определено състояние е възможно изцяло да бъде медикализирано на макроструктурно ниво и едновременно с това оспорвано на микроструктурно ниво (човек, признат обективно – на основата на медицинското знание и лекарската диагноза – за болен не признава болестта и не иска да се лекува, твърдейки, че е здрав). Фиг. 1 представя общото положение на равнищата и диференцираните в тях измерения. **Макро равнището** обхваща: законодателство, доклади, разпоредби, както и дебати на национални и международни организации като правителства, съдилища, корпорации, университети, пазари, фондации, медии, списания, организации с нестопанска цел. На **мезо равнище** Халфман разграничава мисии, доклади, реклами, локални процедури и регионални организации, такива, като предприятия, болници, медицински групи, клиници, домове за самотни възрастни хора, училища, центрове за социално подпомагане, затвори. Последното **равнище, микро**, обхваща интеракциите лице в лице, физическия контакт между доставчици и клиенти, а също и самоуправлението.

Фиг. 1. Равнища и измерения на медикализацията и демедикализацията



Източник: Собствена разработка на основата на Halfmann 2011.

На всяко от тези три равнища той разграничава 3 измерения, на основата на които е възможно да се анализира медиализацията-демедиализацията. На първото измерение се намират **дискурсите**, проявяващи се чрез биомедицинския речник и биомедицинските модели и дефиниции. В измерението **практики** са използваните биомедицински процедури и технологии, такива, като измерване, надзор, изследване, провеждане на лабораторни тестове, образна диагностика, оценка на здравните разходи и факторите на риска. Практиките се проявяват също и чрез инструменти, използвани за извършването на тези практики. Последното измерение са **индивидите и актьорите**, сред които Халфман диференцира учените, изследователите, представителите на медицинските професии, а също и медицинските институции, фармацевтичните концерни, медицинските училища, осигурителните агенции и професионалните сдружения.

Едва комбинацията от равнища и измерения, използвани за емпирични анализи, може да даде пълна и надеждна картина на процесите на медиализация (и демедиализация). Не е изключено, че предложението на Халфман може да срещне известна съпротива от научните и изследователските среди, които са свикнали с широко разпространените начини на изследване и анализ, но това е иновативно решение, показващо „сенките“ на медиализацията. Като се вземе предвид динамиката на съвременните процеси на медиализация и многопосочните действия на социалните актьори, групи, институции и организации, досегашните изследователски решения могат да се окажат недостатъчни и опростяващи. Тук не се поставят под въпрос досегашните постижения в областта на изследванията на медиализация, а се предполага само възможността за тяхното подобряване.

Показатели

Медиализацията е сложен процес, който може да се изследва единствено чрез неговите прояви. Показателите за медиализация могат да имат дефинитивен или работен характер, и това са частични измерители [Lutyński 2000; Nowak 2016]. По отношение на единствен процес на медиализация, изследователят обикновено трябва

да се справи с много показатели, които съставят една повече или по-малко пълна картина на изследваната област. Изследователят има избор от „твърди“ мерки, които характеризират изследваното явление или състояние по обективен начин, независимо от индивидуални, субективни фактори (настроение, емоции, отношение), основани най-често върху съществуващи данни. Грешката, която изследователят може да допусне тук, е изборът на неподходящ показател (за предпочитане е връзката между показателя и индикатора да бъде причинно-следствена). В случая на медицинализацията на старостта, фактическият показател ще бъде например броят на гериатричните отделения в болниците и броят на леглата в тези отделения, променящ се за определен период от време. По същия начин може да се използва информация за променящия се брой на различните видове здравни заведения и грижи за възрастните хора или за броя на болестите в напреднала възраст.

Вторият тип показатели ще бъдат тези, които биха могли да бъдат наречени „меки“, защото се основават на субективните чувства и мнения на отделните лица. Тези измерители са застрашени от два вида грешки. Първо, изследователят може да избере грешен показател. Второ, може да получи фалшиво измерване поради влиянието на човешкия фактор (слаба памет, умишлено заблуждаване). Ако един от показателите за медицинализация е увеличаването на консумацията на лекарства от здрави хора (например за превантивни или профилактични цели), тогава сред анкетираните ще се намерят хора, които няма да признаят, че консумират лекарства, например от страх да не бъдат считани за пристрастени към лекарства.

Проблемът за определянето на показателите е отбелязан само тук, за да ни осведоми, в съответствие с постулата на Лутински, за връзката между дефинирането на понятието „медицинализация“ и понятията, свързани с процесите на медицинализация, тяхната конкретизация, избора на индикатори и операциялизация [Lutyński 2000].

Трябва също да се подчертае, че изследователите, използващи някои качествени методи или метода на обоснованата теория, изхождат от напълно различни предположения и се отклоняват от процедурата за определяне на показателите.

Изследователски възможности за изследване на процесите на медикализация

Както вече беше многократно подчертано, медикализацията е процес, а последицата от това (често омаловажавана от изследователите на медикализацията), е необходимостта от приемането на времева перспектива в провежданите изследвания на медикализацията. Това от своя страна диктува начина на провеждане на изследванията и – до известна степен – избора на техники и изследователски инструменти. За да е възможно да се улови процесуалността, изследванията трябва да имат динамичен или псевходинамичен характер [Babbie 2013; Lutyński 2000]. Първият тип анализ е труден за извършване поради времето и разходите за този тип изследвания; обикновено изследователите използват псевходинамични изследвания. От гледна точка на проблематиката и предмета на изследванията и видовете методи за изследване, които могат да се използват по отношение на процесите на медикализация изобщо не представляват скромна колекция. По-долу ще бъдат представени възможностите и ограниченията на избрани изследователски методи и техники. Този преглед може да се разглежда като наръчничково предложение за начинаещите в тази област изследователи, доколкото досега няма никакви разработки, отнасящи се до тези въпроси. Предложението по-долу отваря дискусия в тази област.

Анализът на съществуващи източници е изключително ценен и често използван инструмент, както като независима, така и като спомагателна техника. Такъв анализ обикновено има характер на исторически анализ, проследяващ формирането на дадено явление във времето. Често може да придобива вид на *анализ на съдържанието*. В случая с процесите на медикализация на анализ се подлагат официални документи (нормативни актове, закони, наредби, документи, намиращи се в службите по вписванията, църквите, документи, с които разполагат полицията и съдилищата, лични документи – индивидуални папки на студенти, работещи, документи, с които разполагат здравните служби, търговски документи, отчети за дейността на институции и организации, трудно достъпни документи – доноси, писма до редакции, до канцеларията на президента), общо информационни документи

(телефонни и адресни бележници) и времеви документи (листовки, афиши), статистически годишници, резултати от социални и медицински изследвания, научни и комерсиални доклади, медийни източници (преса, интернет, телевизия) и архивни документи [сравни Weziak-Białowolska i in. 2013]. Пример за такъв вид изследвания може да бъде анализът на разходите, свързани с диагностицирането и лечението на определен вид заболявания за определен период от време. Такива изследвания е провеждал Питър Конрад заедно със своя екип, като анализирани медикализацията в над дузина щати [Conrad i in. 2010]. Подобни изследвания с използване на наличните данни са провеждали Майес и Хорвитц [Mayes, Horwitz 2005]. Те анализирани нарастването на броя на диагностичните категории в поредните ревизии на DSM (Класификация на психичните нарушения на Американската психиатрична асоциация). Общият брой на страниците в класификацията се повишил от първата до четвъртата ревизия с около 750 – от 130 през 1952 г. (DSM-I) до 886 през 1994 г. (DSM-IV). Общият брой на диагнозите нарастнал почти трикратно – от 106 в първата ревизия на 297 в четвъртата ревизия. Този тип изследвания могат да бъдат под формата на обикновен анализ на времеви редове или анализ на времеви редове с модификатор (напр. Въвеждане на закон, медицинско регулиране, поява на ново лекарство на пазара, преломно медицинско откритие и др.). Предимството им е относителната достъпност на материалите, а недостатъкът им – доста големите времеви разходи.

Изследванията от типа *case study*, т.е. научният анализ на отделен случай, са много добър метод за анализ на процеса на медикализиране на конкретно състояние, поведение или явление. Тази техника е много подробна, сравнително пълна и изчерпателна и взема предвид динамичния аспект, така че е напълно подходяща за изучаване на процесите на медикализация. Изследването е фокусирано върху анализиране на детайлите, които могат да направят предмета на изследването типичен или уникален. То се провежда в естествен социален контекст и отчита връзките между обекта на изследване и този контекст. Това също е метод, който съчетава в себе си използването на количествени и качествени техники, а от тук някак естествено използва

триангулацията; нейната същност е да комбинира различни изследователски техники, за да анализира въпроса възможно най-точно. *Case studies* по отношение на процесите на медикализация най-често се отнасят до конкретен пример (медикализация на майчинството, на киберпространството, на срамежливостта), с повече или по-малко точно определени времеви рамки (конкретни векове или конкретни периоди от време в години) и обикновено ограничена територия, въпреки че много изследвания предполагат това имплицитно (обикновено това се отнася за американски изследвания).

Друг ценен пример за качествени изследвания, са *свободните интервюта, наративният анализ, дълбочинните интервюта*. Днес много изследователи използват специфични групи за подкрепа, създадени от и за пациенти (реални и виртуални), за да създадат наративи за болестта и значението, което тя е придала на техния живот. Тези проучвания също се провеждат в две области - както несъмнени състояния, така и оспорвани (или от обществото, или от медицинската общност). За да назовем няколко от многото интересни трудове, посветени на конкретни случаи на медикализация, заслужава да се спомене изследването на Жанет Л. Арментор [Armentor 2015], която използвала дълбочинни интервюта (*in-depth interviews*) за анализ на ситуацията на жени, страдащи от фибромиалгия, изследванията на Моник де Боер Соломон [Solomon 2015], която използвала наративен анализ на *on-line* изказвания на пациенти, страдащи от психични заболявания, или изследванията на Фриджеро, Монтали [Frigerio, Montali 2016], които си послужили с етнографски подход в изследванията на групи за подкрепа на родители на деца с ADHD (Хиперкинетично разстройство с нарушение на вниманието, на английски: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*).

Друго решение е използването на качествени техники (*свободно, структурирано, задълбочено интервю*) за псевдо-динамични, поколенчески изследвания. Разглеждайки поколенията като представители на различни исторически моменти, може да се събере ценен материал, илюстриращ как са се развивали процесите на медикализация в конкретни области. Много добри изследвания от този

тип биха могли да се открият в сферата на медикализацията на детството или медикализацията на образованието, служещи като пример, как определени видове поведение и реакции на децата от описвани с морални категории започнали да се описват с медицински категории, самите деца от лоши станали болни, а проблемите в науката престанали да бъдат единствено въпрос на умения, работа и интелектуален капитал, като станали болестни единици, класифицирани в МКБ-10 или в споменатата DSM-V. Положителната страна на този тип изследвания е по-краткият (в сравнение с наративните и биографичните изследвания) цикъл на реализация, а получените материали имат дълбочинен характер.

Изучаването на общественото мнение и оценките на обществото за процесите на медикализация не изглежда безсмислено, така че тук си струва да се споменат и изследванията с помощта на анкети и структурирани въпросници. С помощта на количествени техники може да се проверява състоянието на знанието на обществото и неговото мнение на тема нови болести, да се помоли за оценка на процесите на медикализация или посочване на условията им. Тези изследвания са относително евтини и позволяват да се събере голямо количество материал за кратко време, но те могат да изпълняват само разпознавателна и допълваща роля при изследването на процесите на медикализация.

Изглежда очевиден фактът, че изследването на медикализацията не трябва да се ограничава до една техника, а да се основава на триангулацията. Свързването на различни методи и изследователски техники предоставя по-пълнен образ на изследвания фрагмент на действителността, а също така позволява да се елиминират потенциалните грешки и неверните заключения.

Вместо заключение

Засегнатите в статията въпроси не изчерпват теоретичните нито методологическите въпроси, свързани с медикализацията. Представеният контур на проблема е първият по рода си в полската литература по въпроса. Повече място е отделено на някои въпроси, както и на самата концепция за медикализация, за да се покаже

действителното състояние, от една страна, и от друга страна, изследователските последици от разбирането на процесите на медикация по специфичен начин. Също така изглежда оправдано да се постави въпросът за медикализацията сред доминиращите теоретически и методологически дилеми и да се покажат взаимните връзки между избора на конкретна теоретична опция и изследователските възможности. Преминавайки към съображенията за възможни изследвания на процесите на медикализация, беше представена концепцията на Дрю Халфман. Нейният автор, представяйки медикализацията и демедикализацията като съпътстващи се, а не взаимно изключващи се процеси, също предлага сложен инструмент за анализ на тези взаимопроникващи процеси, който в новия модел на медикализация може да стане изключително ценен. Последните части бяха посветени на процедурата за определяне на показателите и възможностите за прилагане на методи и техники за социални изследвания на процесите на медикализация. Някои проблеми, поради техния илюстративен и систематизиращ характер, са представени като в Наръчник (въпроси за методи и техники), но те са подкрепени с примери за произведения, съответстващи на дискутираните въпроси. Задълбочените анализи на проблемите, подчертани в статията, остават отворен въпрос.

Медикализацията, поради своята специфичност, динамика, сложност, многоаспектност и интердисциплинарност, несъмнено е една от най-трудните изследователски области. Това обаче не трябва да се разглежда като пречка, а напротив, трябва да се превърне във вдъхновение за предприемане на многоаспектни, интердисциплинарни изследвания в тази област. Полагайки тези усилия обаче, винаги трябва да се имат предвид някои основни теоретични и методологични въпроси.

Литература

1. Abate Michelle Ann. 2010. "‘Plastic makes perfect’: My beautiful mommy, cosmetic surgery, and the medicalization of motherhood". *Women’s Studies* 39: 715–746.

2. Armentor Janet L. 2015. "Living with a contested, stigmatized illness. Experiences of managing relationships among women with fibromyalgia". *Qualitative Health Research* 27(4): 462–473, on-line: December 14. Doi: 10.1177/1049732315620160.
3. Babbie Earl. 2013. *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: PWN. 50 Magdalena Wieczorkowska
4. Bakker Nelleke. 2007. "Sunshine as medicine: Health colonies and the medicalization of childhood in the Netherlands c. 1900–1960". *History of Education* 36(6): 659–679.
5. Boer Solomon Monique de. 2015. *Managing the medicalization of madness: A narrative analysis of personal stories about mental illness online*. http://theses.ucalgary.ca/bitstream/11023/2251/2/ucalgary_2015_solomon_monique.pdf [dostęp: 23.03.2017].
6. Breggin Peter, David Cohen. 1999. *Your drug may be your problem, revised edition: How and why to stop taking psychiatric medications*. Massachusetts: Perseus Books – Reading.
7. Brubaker Sarah Jane, Heather E. Dillaway. 2009. "Medicalization, natural childbirth and birthing experiences". *Sociology Compass* 3(1): 31–48. Doi:10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x.
8. Christiaens Wendy, Edwin van Teijlingen. 2009. "Four meanings of medicalization: Childbirth as a case study". *Salute e società* 8(2): 123–142. Doi: 10.3280/SES2009-EN2009.
9. Conrad Peter, Kristin K. Barker. 2010. "The social construction of illness: Key insights and policy implications". *Journal of Health and Social Behavior* 51(1): S67–S79. Doi:10.1177/0022146510383495.
10. Conrad Peter. 1992. "Medicalization and social control". *Annual Review of Sociology* 18(1): 209–232. Doi: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233.
11. Conrad Peter. 2005. "The shifting engines of medicalization". *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1): 3–14.
12. Conrad Peter. 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
13. Conrad Peter, Valerie Leiter. 2004. "Medicalization, markets and consumers". *Journal of Health and Social Behavior* 45(1): S158–S176. Doi:10.2307/3653830.
14. Conrad Peter, Thomas Mackie, Ateev Mehrotra. 2010. "Estimating the costs of medicalization". *Social Science & Medicine* 70(12): 1943–1947. Doi:10.1016/j.socscimed.2010.02.019.
15. Coveney Catherine, Jonathan Gabe, Simon Williams. 2011. "The sociology of cognitive enhancement: Medicalisation and beyond". *Health Sociology Review* 20(4): 381–393.

16. Davis Joseph. E. 2006. "How medicalization lost its way". *Society* 43(6): 51–56. Doi: 10.1007/bf02698486.
17. Frigerio Alessandra, Lorenzo Montali. 2016. "An ethnographic-discursive approach to parental self-help groups, the case of ADHD". *Qualitative Health Research* 26(7): 935–950.
18. Goh Cynthia R. 2012. "Medicalization of dying: Are we turning the corner?". *Journal of Palliative Medicine* 15(7): 728–729.
19. Halfmann Drew. 2011. "Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities". *Health*: 1–22.
20. Illich Ivan. 1976. *Medical Nemesis*. New York: Pantheon Books.
21. Leźnicki Michał. 2013. "Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych". *Scientia et Fides* 1(1): 213–230.
22. Lutyński Jan. 2000. *Metody badań społecznych*. Łódź: ŁTN.
23. Mayes Rick, Alan V. Horwitz. 2005. "DSM-III and the revolution in the classification of mental illness". *Journal of History of Behavioral Science* 41: 249–268.
24. McCabe John. 2005. "Who are the experts? Medicalization in teen magazine advice columns". *Sociological Studies of Children and Youth* 11: 153–191.
25. Miah Andy, Emma Rich. 2008. *The medicalization of cyberspace*. London: Routledge.
26. Mulder Roger T. 2008. "An epidemic of depression or the medicalization of distress?". *Perspectives in Biology and Medicine* 51(2). Spring: 238–250.
27. Noel-Weiss Joy. 2007. "Medicalizing Motherhood: Maternity Care in Canada in the 1920s and 1930s". http://www.asklenore.info/parenting/resources/maternity_care.pdf [dostęp: 11.03.2017].
28. Nowak Stefan. 2016. *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN.
29. Nowakowski Michał. 2015. *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej.
30. Nye Robert A. 2003. "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century". *Journal of History of the Behavioral Sciences* 39(2): 115–129.
31. Parens Erik. 2013. "On good and bad forms of medicalization". *Bioethics* 27(1) January 2013: 28–35.
32. Petrina Steven. 2006. "The medicalization of education: A historiographic synthesis". *History of Education Quarterly* 46(4): 503–531.

33. Pitts Jesse. 1968. "Social control: The concept". *International Encyclopedia of Social Sciences* 14. New York: Macmillan.
34. Poitras Geoffrey, Lindsay Meredith. 2009. "Ethical transparency and economic medicalization". *Journal of Business Ethics* 86: 313–325.
35. Prosen Marko, Marina T. Krajnc. 2013. "Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: The implications in Slovenia". *Revija za sociologiju* 43(3): 251–272.
36. Sadler John Z., Fabrice Jotterand, Simon Craddock Lee, Stephen Inrig. 2009. "Can medicalization be good? Situating medicalization within bioethics". *Theoretical Medicine and Bioethics* 30: 411–425.
37. Schierenbeck Isabel. 2010. "Medicalization of sickness absence". *Work* 37: 241–250.
38. Szasz Thomas. 2007. "The medicalization of everyday life". *The Freeman: Ideas on Liberty*. December: 17–19.
39. Thomas James. 2014. "Medicalizing racism". *Contexts* 13(4): 24–29. Doi: 10.1177/1536504214558213.
40. Weindling, Paul. 1986. "Medicine and modernization: The social history of German health and medicine". *History of Science* 24: 177–301.
41. Wellman David. 2000. "From evil to illness: Medicalizing racism". *American Journal of OrthopsychiatryMental Health & Social Justice* 70(1): 28–32.
42. Węziak-Białowolska Dorota, Jolanta Perek-Białas, Małgorzata Rószkiewicz, Agnieszka Zięba-Pietrzak. 2013. *Projektowanie badań społeczno-ekonomicznych*, Warszawa: PWN.
43. Wieczorkowska Magdalena. 2012. „Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej”. *Przegląd Socjologiczny* 61(2): 31–56.
44. Wieczorkowska Magdalena. 2013. „Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości”. *Przegląd Socjologiczny* 62(2): 109–134.
45. Williams Simon. J., Cleve Seale, Sharon Boden, Pam Lowe, Deborah L. Steinberg. 2008. "Medicalization and beyond: The social construction of insomnia and snoring in the news". *Health. An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 12: 251–268.
46. Zola Irving K. 1972. "Medicine as an institution of social control". *The Sociological Review* 20(4): 487–504. Doi: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x.
47. Zola Irving K. 1983. *Socio-medical inquiries: Recollections. Reflections and reconsiderations*, Philadelphia: Temple University Press.

Марчин Москалевич

МЕДИКАЛИЗАЦИЯТА: ПАТОГЕНЕЗА И СИМПТОМИ¹¹⁹

Съвременната медицина е институция за социален контрол, чиято цел е да премахне страданието, но нейната функция е да контролира населението и да насърчава конформизма.

През 1934 г. в Ню Йорк е проведен следният, днес смятан за класически, експеримент¹²⁰. От 1000 11-годишни деца, посещаващи държавни училища в Ню Йорк, на 610 са били отстранени сливиците по здравословни причини. Останалата група от 390 „зdravi“ ученици е била прегледана от друга група лекари, без те да знаят за предишния преглед. Те решили, че на 45% от децата трябва да бъдат премахнати сливиците. В резултат на това останали 215 деца с предполагаемо здрави сливици и те били отново изпратени за преглед при друга група медици. Този път 46% от тях са били насочени за операция на сливиците. Друг аналогичен преглед е бил направен на 116 деца и ситуацията се е повторила. От първоначалната група от 1000 деца останали само 65. На този етап експериментът бил прекратен поради липсата на налични УНГ специалисти.

Двадесет години по-късно, също в САЩ, в болницата „Света Елизабет“ във Вашингтон, Ървинг Гофман провеждал между другото изследване на използвания от психиатрите и персонала на болницата език. Оказало се, че общезитията за пациентите, в които те пребивават,

¹¹⁹ Преводът е направен по: Moskalewicz, Marcin (2012) *Medykalizacja: patogeneza i objawy*. W: *Czas kultury*, № 6, ss. 24-35. Публикацията стана възможна благодарение на любезното съдействие и съгласие на автора.

¹²⁰ American Child Health Association, *Physical Defects: The Pathway to Correction*, New York 1934, s. 80–96. Цитат по: Illich I. (2010) *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London, New York, s. 93.

всъщност са отделения; лишаването от свобода в изолация е преместване; промените в самочувствието на пациентите към по-добро, са спонтанни ремисии, промените в самочувствието към по-лошо, са рецидиви на заболяването; намаляването на шума вечер се нарича фармакотерапия, а работата, извършвана от обитателите, е трудова терапия. Най-екстремните примери, това са премахването на матката, като лечение на сексуална разюзданост и екстракцията на зъби, известно като лечение на хапане¹²¹.

Горе-долу по същото време била публикувана първата класификация на психичните разстройства, създадена от Американската психиатрична асоциация – Диагностично-статистическо ръководство за психични разстройства (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). В първото ѝ издание от 1952 година са диференцирани 106 категории психични разстройства. Във второто издание, публикувано през 1968 г., се появи допълнителни категории болести – сега те били 180. Третото издание било публикувано 12 години по-късно, през 1980 г. и е отговор на кризата в психиатрията през 70-те години. Предполагало се, че тя трябва да е съвместима с Международната класификация на болестите и здравословните проблеми, издавана от СЗО, и била почти 500 страници и описвала 265 категории заболявания. Преработената версия на това издание от 1987 г. е съдържало 292 категории. Четвъртото издание на DSM от 1994 г. описвало подробно 350 категории психични разстройства на 886 страници. По това време, както и днес, диагнозите са били симптоматични и не били резултат от молекулярни състояния на мозъка, които, в съответствие с биомедицинската парадигма на психиатрията, са отговорни за патогенезата на определени нарушения¹²². Поредното, пето издание на „Библията“ на американските психиатри, трябва да бъде публикувано през 2013 г., но поне десетилетие поражда не само много надежди, но и противоречия¹²³.

¹²¹ Goffman, E.. (2010) *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. przekł. Waśkiewicz O., Łaszcz J., Sopot, s. 356–357.

¹²² Rose, N. (2007) *The Politics of Life Itself. Biopolitics, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, Oxford, s. 198–199.

¹²³ Виж: *DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis*, American Psychiatric Association, www.dsm5.org (20.12.2012)

Трите посочени тук примера илюстрират три аспекта на медикализацията – явление, състоящо се в прогресивното определяне на предимно (макар и не непременно по същество) немедицински феномени като медицински явления и по този начин от описанието им с помощта на използването на медицински език, включително в областта на компетенциите и правомощията на лекарите и справяне с тях чрез средства, считани за медицински¹²⁴. Експериментът „сливици“ е чудесна илюстрация на презумпцията за заболяване – диагностичен предразсъдък срещу пациента, което според Айвън Илич е един от белезите на съвременната медицина. Вторият пример се отнася до експанзията на медицинския език извън строго болестното състояние върху цялата екзистенция на болния¹²⁵. Третият пример показва възможността за увеличаване на категориите заболявания и тяхното специфично раздуване. Освен чисто количественото увеличение на категорията, има – (не само в психиатрията) – увеличаване на обхвата на симптомите, характерни за дадено „заболяване“ и по този начин *de facto* увеличаване на броя на хората, диагностицирани като „болни“. Най-важното обаче е, че медикализацията означава разширяване на силата на медицинските институции, лекарите и помощния персонал, чиито действия се предприемат във все по-голям мащаб, вече не на лица, а на групи, и те получават допълнителна правна обосновка. Според критиците на този процес съвременната медицина е институция за социален

¹²⁴ В разговорен аспект медикализацията се разбира преди всичко като увеличаване на наличността и консумацията на лекарства и парамедикаменти, макар че строго погледнато тук трябва да говорим за фармакологизация (или по-точно фармацевтикатализация – бел.прев.), която е само едно от нейните проявления.

¹²⁵ Гофман е един от първите изследователи, който критикува практическите, осезаеми последици от използването на език, който може да се превърне в истински инструмент за контрол и влияние, способен да създаде нова реалност. Авторът отбелязва, че когато се описват житейските истории на пациентите, областите на тяхното непатологично функциониране се игнорират и нормалното поведение се възприема и тълкува като маски, прикриващи действителното заболяване. Използването на медицинска номенклатура - категориите за наблюдение, диагностика и лечение - е вид рационализация на действията, предприети като медицински действия. Социалните проблеми, както и расовите и класовите проблеми, са автономизирани и предефинирани като проблеми на определен пациент: „Термините се превръщат в магически начин за превръщане на природата на пациента в едно цяло: същество, подлежащо на медицински услуги“. Goffman, E.. (2010) *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. przekł. Waśkiewicz O., Łaszcz J., Sopot, s. 349.

контрол, чиято цел е да премахне страданието, но нейната функция е да контролира населението и да насърчава конформизма спрямо приложимите в момента ценности, които са натурализирани и деполитизирани от него¹²⁶.

Измерения на медикализацията

Очевидно дадените примери не изчерпват богатството на смисъла на термина. В исторически план анализът на феномена медикализация се извежда, от една страна, от социологията на Толкът Парсънс и неговата функционална концепция за болестта, както и от изследванията върху социалната роля на пациента, освобождаваща го от отговорност и задължения¹²⁷. Тази тема е засягана от много социолози и антрополози на медицината, които обръщат специално внимание на последиците от използването на езика. От гледна точка на така наречената теория за социалното етикетиране, медицинското етикетиране е поне неопределено от биологично разбраната патология и може да има вторично въздействие не само върху социалните отношения, но и върху самата болест¹²⁸. От друга страна, в по-критично измерение, анализът на медикализацията идва от леволибералните кръгове, особено активни през 60-те и 70-те години на миналия век – социолози, историци, философи и различни критици на културата, потопени в широко разбираната хуманитаристика, както и, макар и не често, от самите лекари, имащи негативно отношение към капиталистическата система и символните измерения на социалното потисничество, особено расовите, класовите и джендър въпроси. Едва по-късно, през 90-те години, започват да се изтъкват положителните аспекти на процеса на медикализация, а именно фактът, че свързаните форми на контрол често са много по-малко потискащи от традиционните и че медицината повишава качеството на индивидуалния и колективния живот.

¹²⁶ Lock, M. (2004) Medicalization and the Naturalization of Social Control. In: Ember, C. R., M. Ember (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Tom 1, New York, s. 116–125.

¹²⁷ Parsons, T. (1951) *The Social System*. Glencoe.

¹²⁸ Waxler, N. E. (1980) The Social Labeling Perspective on Illness and Medical Practice. In: Eisenberg, L., A. Kleinman (eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht, Boston, London, s. 283–306.

За по-голяма яснота ще разграничим две хронологични вълни на процеса на медицинализация. Днес най-често коментирани са феномените от периода на втората вълна, т.е. втората половина на XX век, широко описани в литературата по темата от изследователи като Ървинг Зола, Питър Конрад, Питър Крамер или Алън Хорвиц и отнасящи се до проблемите на ежедневиия или обикновен живот, „нормалният“ безпроблемният, който е предмет на интереса на възстановителната медицина. Това е така, защото явленията от първата вълна или не ни изненадват днес, или просто ни забавляват. Защото първата вълна включва, от една страна, природни събития като раждане, стареене и смърт, а от друга страна, девиантно поведение като онанизъм¹²⁹.

В случай на медицинализация на естествени явления, със специално институционално измерение, ние сме склонни да забелязваме техните положителни последици, видими в статистиката за детската смъртност или възможността за удължаване на живота. Те не винаги са еднозначни, както може да се види ясно във физиологията на репродукцията – контрол на плодовитостта и менопауза, и андропауза. В зависимост от перспективата и наличните инструменти (ин-витро оплождане, хапчета), за нарушение на нормалното функциониране може да се разглежда както безплодието, така и плодовитостта. Хронологичните граници между така дефинираните вълни, разбира се, са подвижни. Медицинализацията на средната възраст при жените започва през XIX век, но набира скорост с откриването на ендокринната система. Благодарение на нея менопаузата може да се разбира като заболяване, произтичащо от дефицит на естроген, а здравето на жените се наблюдава по отношение на повишения риск от развитие на сърдечни заболявания, остеопороза и Алцхаймер¹³⁰.

¹²⁹ Разграничението между четирите вида медицинализирани феномени идва от Джоузеф Дейвис, сравни: Davis, J. E. (2010) *Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering*. In: Cockerham, W. C. (ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chichester, s. 211–241.

¹³⁰ В случая с менопаузата в референт (норма) се превърнаха жените в детородна възраст и младежките популации, в които менопаузата не се проявява толкова ясно. В същото време са пропускани еволюционни и социални аргументи (като например необходимостта от грижи за възрастни стерилни жени за оцеляването на младото поколение). Сравни: Lock, M. (2004) *Medicalization and the Naturalization of Social Control*. In: Ember, C. R., M. Ember (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Tom 1, New York, s. 122–123.

Що се отнася до девиантни явления, които включват социално неприемливо сексуално поведение, както и, наред с другото, пристрастяване към алкохол или опиати, основният фон за тяхната медикализация е прогресивната секуларизация и даването на поле чрез сакралната власт на новите институции на съвременната държава. Този процес е добре отразен в израза на Конрад „от злото към болестта“¹³¹. Някои изследователи също различават междинен етап под формата на наказателни действия. Тогава концептуалният преход се осъществява в триадата: грях – престъпност – болест, при която последните две все още са – както се вижда от примера със затворите, които според Гофман са специален случай на тотални институции – тясно свързани помежду си.

Също така втората вълна на медикализацията се състои от два типа явления. Това са, първо, неприятни житейски преживявания от рода на страховете, травмите или ниското ниво на настроение. Тук липсва място за класически примери, за по-задълбочен анализ – синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието (ADHD), посттравматично стресово разстройство (PTSD), генерализирано тревожно разстройство (GAD) или социална фобия (SAD), които се появиха през втората половина на XX век. С тях е свързано също така, нарастването на производството и консумацията на лекарства. Учебнически пример е използването на Paxil (търговското наименование на paroksetyn), принадлежащ към групата на селективните инхибитори за обратно поемане на серотонина, произвеждан от фирмата GlaxoSmithKline. Използва се в САЩ от 1996 г. за лечение на депресивни разстройства, а по-късно и за страхови нарушения, такива като GAD и SAD. Според критиците на фармакологизацията този препарат е допринесъл за медикализирането на нежеланите емоции и ескалацията на тяхната диагноза, както и за появата на многобройни и тежки странични ефекти. Леката промяна в диагностичните критерии между DSM III и DSM IV, наличието на ново поколение лекарства и рекламирането не толкова на

¹³¹ Conrad, P., J. W. Schneider (1992) *Deviance and Medicalization, From Badness to Sickness*. Philadelphia.

лекарствата, колкото на самите заболявания, е трябвало да доведат до безпрецедентно нарастване на „честотата“ на тези „болести“¹³².

В допълнение, втората вълна включва нормален, а не патологичен живот, просто живот. От тази гледна точка можем да разграничим областта на медицината, известна като подобряваща или укрепваща, основаваща се на подобряване на това, което е здраво, което се среща предимно в козметичната хирургия и в онези прояви на фармакотерапията, в които става дума за подобряване на „естествените“ резултати. По този начин медицината започва да подпомага здравите хора по пътя им към още по-добро здраве. В този случай медикализацията не започва с проблем – грях, трансформиран в болест или притесняващи живота ежедневни проблеми, а от здрав човек, който може да стане още по-здрав. Целта ѝ не е да лекува, а да повиши ефективността¹³³. Примерите включват ниският ръст, лекуван със синтетичен хормон на растежа, козметичната хирургия, която е финансово и технически успешна и възможността за избор на пола на детето по време на ин-витро оплождане. Както подчертава Джоузеф Дейвис, основната културна предпоставка за подсилващата медицина, е потребителската култура на индивидуализъм и конкуренция, за които контролът върху себе си и околната среда, както и професионалният успех, представляват специална ценност, създаваща надежда за освобождаване от ограниченията на човешкото състояние¹³⁴.

Радикална критика на ятрогенезата: Айвън Илич

Нека се опитаме да обсъдим накратко най-важните произведения на двама автори, принадлежащи¹³⁵ към класическите критици на процеса на медикализация, нека добавим, критици, изключително радикални и безкомпромисни – освен Мишел Фуко, чиято влиятелна концепция за биовластта пропускам само защото е най-известна. Имам предвид Айвън

¹³² Conrad, P. (2007) *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, s. 10–13.

¹³³ Kramer, P. D. (1993) *Listening to Prozac*. New York.

¹³⁴ Davis, J. E. (2010) Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering. In: Cockerham, W. C. (ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Chichester.

¹³⁵ Сравни: Moskalewicz, M. (2010) *Medycyna nie istnieje*. Historia medycyny w ujęciu Michela Foucaulta. W: Supada, J. (red.) *Szkice z dziejów medycyny*. Łódź, s. 387–398.

Илич – католически свещеник от австрийски произход и с ляво-анархистична критика на културата, чиято книга „Medical Nemesis, The Expropriation of Health“ (1975) най-радикална от която и да било друга, поставила проблема за ятрогенезата, или за влиянието на съвременната медицинска култура върху разпространението на болестите, както и Томас Шаш – американски психиатър с унгарски корени, чийто „The Myth of Mental Illness“ (1961) е на свой ред една от най-философски осъзнатите критики на съвременната психиатрия и по-специално на самата идея за психични заболявания¹³⁶.

Със сигурност критичната стойност на мисълта на Илич, също поради нейните метафори, е по-голяма от нейната непосредствена, емпирична когнитивна стойност. Като пише в духа на левите критици на модерността и нейната парадигма за рационализиране на природния свят, авторът въвежда няколко важни теоретични концепции, които се колебаят около идеята за съвременната, качествено безпрецедентната ятрогенеза. При това той разграничава три нейни категории: клинична, социална и културна ятрогенеза.

Както и по-рано социалните историци на медицината (включително Томас МакКеън), авторът на *Medical Nemesis* твърди, че краят на ерата на инфекциозните болести на Запад не трябва да се свързва с практическото приложение на теорията за микропатогените и „изобретяването“ и производството на антибиотици, а с общите промени в условията на живот. От друга страна, действията на самите лекари и медицинския персонал допринасят за разпространението на болести, главно чрез нежелани странични ефекти на фармакотерапията, известни отдавна, но засилващи се след Втората световна война. Защото фармакологичната „инвазия“ унищожава традиционните начини за справяне със здравословните проблеми, изработени в продължение на стотици години и по този начин по същество днешната алтернативна медицина е детронираната ортодоксия на медицинския свят преди научната революция.

¹³⁶ Ilich, I. (1975) *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*. // Szasz, T. (1972) *The Myth of Mental Illness*, New York.

Социалната ятрогенеза е резултат от консуматорския подход към здравословните проблеми и се състои в намаляване на медицинските ценности – които според Илич са морални ценности – до нивото на икономиката и логиката на обмяната на стоки. Това е свързано с нарастващото значение на превантивната медицина и управлението на медицинския риск, както и с гореспоменатата презумпция за болестта. Диагностичният империализъм, както го нарича Илич, излиза извън сферата на лечебните заведения и обхваща всички области на ежедневието, като носи осезаеми правни и социални последици. В резултат на това не трябва да бъдеш болен, за да се превърнеш в предмет на заинтересованост от страна на медицината. Най-добрият пример за това е медикализацията на умирането, а неефективният, макар и технологично да е ефективен, „танц на смъртта“ около терминални пациенти в болниците на западния свят, е за автора най-доброто доказателство за това, че самото състояние на човека днес се е превърнало в болест.

Символичното измерение на социалната ятрогенеза от своя страна се състои в квазирелигиозни и магически функции, изпълнявани от медицинския персонал. Те се тълкуват от Илич като източници на ноцебо ефекта, а не на плацебо ефекта. По негово мнение сакрализацията на научната медицина и нейните средства допринася за отрицанието на терапевтичната ефективност на природните, екологични и семейни фактори, както и за „моралната деградация“ на човек, който се предава като счупена машина в ръцете на безлична система от професионалисти, действащи като свещеници.

Културната ятрогенеза обхваща най-широко разбраните странични ефекти от производството на здраве, свързани с унищожаването на човешката готовност за страдание и несъвършенство. Във физиологично измерение културната ятрогенеза означава намаляване на толерантността и способността за справяне с физическата болка, която съвременната медицина свежда до физическо „чувство“ и лишава от елемента „преживяване“ и свързания с него в традиционните култури „смисъл“. Според Илич култура, която не признава болката и създава илюзията за свят без нея, не се отървава от самата болка, а от

способността да се справи с нея. Затова историята на анестезиологията, която за по-голямата част от медицинските историци е неоспоримо доказателство за напредъка на терапевтичната наука и практика, няма положителен, а отрицателен смисъл.

Радикалната критика на психиатрията: Томас С. Шаш

Първоначално Томас Шаш се интересувал предимно от истерия, която представлявала особен интерес за психоанализата. Един от основните импулси, които го подтикнали да напише „Митът на психичните заболявания“ (*The Mith of Mental Illness*), както и цял набор от свързани статии, било неговото противопоставяне на задължителната хоспитализация на хора, считани за психично болни. По този начин авторът допринесъл за укрепването на т. нар. анти-психиатрично движение през 70-те години, от което самият той решително се разграничил. Въпреки далеч отиващото решение на проблема със затворените центрове, някои основни философски интуиции на американския психиатър обаче не са остарели.

Според Шаш целият проблем с „психичното заболяване“ – независимо дали съществува или не – всъщност е проблемът с езика и неговото неразрешено използване. Психичните заболявания са метафора, която в днешното терапевтично общество играе роля, аналогична на религиозната метафора в теологичните общества – тя е инструмент на властта. Извън чисто научните диагностични причини, Шаш обръща внимание и на ненаучните причини, които стоят зад нарастващото значение на психиатрията. Това са чисто професионални причини – свързани със социалния престиж, юридически причини – свързани със санкциониране за принудително лечение или освобождаване от наказателна отговорност, както и политико-икономически причини – свързани с увеличаване на разходите за здравеопазване.

Ще отбележим, че Шаш в никакъв случай не е постмодернист, а позитивист и материалист от плът и кръв. В съответствие с парадигмата на патологичната анатомия от XIX век, в сила след появата на концепцията за клетъчната патология от Рудолф Вирхов от 1858 г.,

условието за съществуването на заболяване в силен онтологичен смисъл, е наличието на органично увреждане на клетки, тъкани или органи¹³⁷. По този начин увреждането на организма - аналогично на златния паритет в икономиката – определя стабилна отправна точка, като поне относително откъсва диагнозата от моралната преценка и междуличностните интереси. В парадигмата на уврежданията да се преструваш на болен или да играеш болестта не е болест, а в най-добрия случай лъжа. Междувременно, в новата парадигма на психиатрията, иницирана от Жан-Мартин Шарко и Зигмунд Фройд, „фалшифицирането“ на заболяване само може да се превърне в болест. Тук настъпва объркване на два вида представяне.

Според Шаш понятието психично разстройство всъщност се отнася до ценностните преценки, които някои хора правят за други или за себе си. Най-доброто доказателство за това е увеличаването на броя на разстройствата и болните хора заедно с предполагаемия напредък на медицината. В подхода на Шаш психиатрията е метасвързана с неврологията и други специалности, тъй като не касае части от тялото и неговото функциониране, а връзката между знаците и това, което те представят. Отношението тяло-ум за него не е отношение на два вида явления, а на два различни начина на представяне. Мислите и настроенията не са материални обекти, които трябва да се гледат – в най-добрия случай техните материални корелати могат да се възприемат и анализират. Ако например, признаем болящото рамо за изключително органично явление, защото е свързано с тялото, тогава всичко, свързано с тялото, трябва да се счита за органично, включително четенето на този текст. Психиатричната презумпция за заболяване се състои, *inter alia*, във факта, че всеки, който разкрие неразположение вербално (което може да се разбере като органични симптоми), се счита за болен. Междувременно понятието за симптоми всъщност означава три различни типа явления: болести, изразени вербално, явления, забелязани от самия лекар (като припадъци или треска) и обективирани заболявания. За да се диагностицират последните, е необходимо да се направят изводи въз

¹³⁷ В съвременната натуралистично ориентирана психиатрия се смята, че тя може също да приема формата на нарушения в биохимичното равновесие на мозъка.

основа на повторяемостта на наблюдаваните явления и обективирани увреждания. Затова, според Шаш, откритието, че даден пациент, който е диагностициран с психично заболяване, всъщност страда от мозъчно увреждане – какъвто е случаят например в резултат на сифилис или мозъчен тумор – не е доказателство за психично заболяване, а за наличие на заболяване на мозъка. Редукционистичният аргумент „от мозъка“ е саморазрушителен в смисъл, че ако се установи, че всички „психични разстройства“ са мозъчни заболявания, то понятието психично заболяване ще загуби смисъла си.

От разсъжденията на Шаш следва, че трябва – като се използва концептуалното разделение, широко използвано в медицинската антропология – ясно да се разграничи болестта като *disease* – болест, от болестта като *illness* и като *sickness*¹³⁸. Психичното заболяване е мит в този смисъл, че е своеобразен хибрид между *illness* (индивидуално страдание) и *sickness* (отклонение от социалната норма), напълно различно от обективираната *disease*. Проблемът на съвременната психиатрия, от друга страна, е, че психиатрите са успели да убедят не само научната общност, но и медиите, съдилищата и обществото като цяло, че техните метафори се отнасят до реални субекти. Междувременно психиатрията е клон на правото, който изпълнява функцията на светска религия. По аналогия със законодателя, който не открива престъпно поведение, но очертава границата между това, което е законно, и това, което е незаконно, психиатърът не открива психични заболявания, а поставя граница между това, което е нормално и приемливо в дадена общност, и това, което е патологично и се счита, че изисква лечение.

Омагьосване на света

Критиката на Шаш се основава на разграничаването на твърденията за факти от твърденията за ценности и на разграничаване на два начина на представяне. Объркването им, което трябва да служи на различни интереси, според него е в основата на проблема с медикализацията. Последната се състои в превземането на все повече области от точните

¹³⁸ Aho, J., K. Aho (2009) *Body Matters: A Phenomenology of Sickness, Disease and Illness*, Plymouth.

науки под ръководството на практически ориентираната медицина, в технологизацията и „натурализирането“ на ежедневието. При повнимателно разглеждане се оказва, че този вид натурализация не е поредният аспект на съвременното разочарование на света и освобождаване от символния и метафизичен багаж на практически дейности, присъстващи в западната култура. По отношение на психичните разстройства то се състои, напротив, в такова омагьосване и митологизиране на телесните заболявания, че символното (психическо) се възприема като нещо естествено и независимо от човешките намерения. Омагьосването на символната култура означава непризнаване на нейната автономност – неразрешено, защото се основава на скрити оценностяващи предпоставки – и свеждане на съвкупността от социокултурни феномени до природни явления. След това този вид обяснения служи на нормативни цели, тъй като оправдава необходимостта от намеса и промяна. Крайният, метафорично казано, случай на такова омагьосване е убеждението, което често присъства в съвременната невропсихология или натурализирана когнитивна наука, че - по думите на датския физиолог от 19-ти век Якоб Молешот - „мозъкът излъчва мисли по същия начин, по който бъбреците отделят урина“¹³⁹. Най-доброто практическо „доказателство“, че това е така, е „хирургическата парадигма“, която в своята крайна форма се свежда до изпълнението на заповедта „извади!“, чиито скандални исторически случаи са доста известни. Тук имам предвид евгенични практики, особено популярни в Съединените щати, Германия и Скандинавия, и практиката на левкотомия или лоботомия, дълбоко потопени в индустриалния култ към производителността и ефективността. В случая с тези последните „причина“ за нарушенията, чиито симптоми бяха прекаленото и дотягащо в живота мислене, се оказваха самите челни лобове.

От тази перспектива понятието „здраве“ се оказва само претекст за присвояването на всички културни явления, защото зад тях се крият всички ценности, свързани с това, което е желано от определени общности, всякакъв вид цели. При този подход здравето е основната регулаторна предпоставка за действията, едно от водещите понятия за

¹³⁹ Szasz, T. (1972) *The Myth of Mental Illness*, New York, s. 293.

цел (Zielbegriff), за да използвам конкретната дефиниция на школата на Билефелд за историята на концепциите, характеризиращи съвременната култура. Според Шаш – позитивисти и материалисти – се пренасяме с това на равнището на политиката и морала, а не на науката. Медицината, както знанието, така и практиката, „натурализира“ своите скрити нормативни и културни предпоставки – тоест определени ценности, свързани със самоконтрола, личностните норми, границите на отговорност, красотата, нивото на толерантност към неприемливото – като по този начин лишава другите (социални и индивидуални) източници от стойността на възможността те да бъдат дефинирани еднакво влиятелно. По думите на Ървинг Зола, „днес стойността на всяко нормативно твърдение се засилва – ако не е обосновано – когато се формулира чрез медицински идиом“¹⁴⁰.

Надзираваща медицина

Пионерските работи на Илич и Шаш, както и анализите на Фуко, които са създадени приблизително по същото време, показват появата на напълно нов вид медицина през втората половина на 20-ти век, неутрално наричана социална и по-критично надзорна¹⁴¹. Специфичността ѝ ясно се вижда, когато я разглеждаме от гледна точка на по-старите модели и свързаните с тях функции – хипократовата и болничната медицина¹⁴².

В случая на традиционната хипократова практика „до леглото на болния“, симптомът обикновено съответства на индивидуализираната болест, а сферата на дейност на лекаря е частната сфера. В болничната медицина от XVIII и XIX век симптомът вече не е синоним на заболяването, което с раждането на анатомопатологията – описано от Фуко в „Раждането на клиниката“ – придобива собствено триизмерно пространство, разположено в публичната сфера на болницата. За наблюдаващата медицина референтната точка не е нито индивидът, нито

¹⁴⁰ Zola, I. K. (2005) *Medicine as an Institution of Social Control*. In: Scambler, G. (red.) *Medical Sociology. Major Themes in Health and Social Welfare*, t. 1, London and New York, s. 191.

¹⁴¹ Armstrong, D. (2005) *The Rise of Surveillance Medicine*. In: *Medical Sociology. Major Themes in Health and Social Welfare*, t. 1, London and New York, s. 234–244.

¹⁴² Bynum, W. (2008) *The History of Medicine, A Very Short Introduction*, Oxford.

органът, нито микроскопичната патология, а популацията, чиито стандарти се превръщат в стандарти на медицинската норма. Медицинските категории вече не се обективизират в лаборатория или клиника, а се простират отвъд тях, на терена на социалния живот. Пространството на отделното тяло и пространството на болницата се заменят с пространството на социалното тяло, включвайки в него природната среда, груповите вярвания и зоната на микросвета.

Докато в болничната или клиничната медицина, границата между здравето и болестта все още е била ясна, то в надзираващата медицина имаме работа с вездесъщността на болестта или по-точно с приемствеността между тях. Здравето и болестите по същество са еднакви, доколкото всички сме здрави и болни, дотолкова все още можем да станем по-здрави. По този начин става ясна връзката между надзираващата медицина и хоризонта на съвременността, който се отдръпва толкова по-бързо, колкото по-бързо се приближаваме до него. Непрекъснатата промоция на здравето се превръща в една от основните стратегии на държавата и другите участващи субекти, интернализирана от общество, обсебено от мания за различни патогенни и про-здравни фактори.

Докато в болничната медицина всяка болест е като точка на пристигане, в надзираващата медицина всяка болест е отправна точка за друга болест – нейният рисков фактор. Тези рискови фактори включват по същество всичко, което хората правят с тялото си, ядат, дишат, работят някъде, как и къде се движат. По този начин всяка от човешките дейности може да бъде класифицирана като „увеличаваща“ или „намаляваща“ риска от развитие на дадено заболяване. Хроничните заболявания вече имат водеща роля, като се увеличава тяхното разпространение, видно от докладите на СЗО. Именно в случаите на тези заболявания, особено на сърдечно-съдовите заболявания, времевата ориентация към бъдещето става ясно видима. Хоризонтът на възможно бъдещо здраве е едновременно и хоризонт на заболяването, а веригата от рискови фактори става практически безкрайна. Всеки симптом и всяка болест сега сочат към нещо извън себе си и се превръщат в рисков фактор за друго заболяване или фактор, който инхибира потенциалното му

развитие. Проблемът е не толкова в разпространението на медицинската юрисдикция в нови области и създаването на нови заболявания, а в широко разпространеното убеждение, че самият живот е опасен за здравето.

Приключвайки този текст, нека първо отбележим, че медикализацията – също в тесния смисъл на разширяване на дефиницията на болестта – не е линеен, насочен процес, основаващ се просто на растеж или натрупване. Имаме работа и с едновременен процес на демедикализация. Известен пример за последното е хомосексуализмът, който на Запад „престана“ да бъде болест през 70-те години на ХХ век, или мъжката мастурбация и студенината на жените, лечението на които е прекратено много по-рано. Друг пример, интересен поради неговата изкривена съдба, е пристрастяването, по-специално „твърдата“ зависимост към опиатите. Историята на последните е проникновено описана от Конрад, показвайки по какъв начин са преминали пътя от широко достъпни медицински и рекреационни наркотици, през криминализация, свързана в САЩ между другото с расови предразсъдъци срещу китайците, отново медикализация, свързана с употребата на хероин за лечение на зависимости, след това демедикализация и повторна криминализация, та чак до днешния концептуален хибрид, където употребата на опиоиди може да бъде както грях, така и медицинска процедура, престъпно деяние или болест¹⁴³.

Второ, факторите, благоприятстващи медикализацията, не са еднородни и макар терминът медикализация да се прилага по-скоро към надзорната медицина, не бива да се изключват социалните потребности и индивидуалните очаквания за този тип контрол. Няма съмнение, че медикализацията не е изключително процес отгоре надолу, чийто субекти са големи групи по интереси, медицински и фармацевтични корпорации и лекарски организации. Често е резултат от масови социални действия на организирани групи за натиск. Например, медикализацията на пристрастяването може да бъде свързана с движението на анонимните алкохолици и наркоманите,

¹⁴³ Conrad, P., J. W. Schneider (1992) *Deviance and Medicalization, From Badness to Sickness*. Philadelphia, s.110-144.

медикализацията на инвалидността с движението на ветераните от Първата световна война, медицинацията на посттравматично стресово разстройство с дейността на ветераните от Виетнам, а нарушенията на менструалния цикъл, менопаузата и безплодието с движенията на жените.

Накрая, трето, медицинацията не е само по себе си негативно явление. Оценката му зависи, разбира се, от гледната точка и ще бъде напълно различна в медицинските общности. Поради тази причина не бива да се изненадваме, когато попаднем на съдържанието на споменатата по-горе концепция за медицинация, маскирана като „напредък“ в медицинската литература или в разговор с нашия лекар.

Статията е създадена с финансовата подкрепа на Националния научен център, проект № 2011/01/D/HS1/04262.

ПОСЛЕСЛОВ И БЛАГОДАРНОСТ

Обикновено е прието при създаването на такива сборници съставителят (или преводачът) да пише предговор, който най-често се превръща във встъпителна студия. В случая не го направих по много причини, три от които според мен са най-важни:

(1) Полската философия, антропология и социология на медицината имат вековни традиции и са се превърнали в научни и културни вселени, богато изпъстрени с проблемни полета, авторски тези, идеи и позиции, които е много трудно – бих казал невъзможно – да бъдат систематизирани и анализирани за кратък период от време. А и такава цел не е стояла пред мен при създаването на Сборника. Тъкмо обратното. Моята цел беше повече от скромна: да откряна завесата, скриваща това съкровище за българския изследовател и културен читател, който би проявил интерес в тази посока. И тази цел е вградена в заглавието на Сборника: „Фрагменти от полската...“.

(2) Винаги съм смятал, че най-доброто представяне на даден феномен е чрез оригинални, изворови текстове, които дават възможност на читателя сам да се запознае с пъстротата и богатството на социалния феномен.

Всичко това ме накара да подбера определени статии, да ги превода и да ги представя пред „съда“ на „Негово Величество Читателят“.

Философия, антропология и социология на медицината в България доскоро не са били развивани. Едва през последните две или три десетилетия отделни изследователи като мен и доц. Юлия Васева-Дикова заработиха в тези проблемни полета. А полските изследвания в тези може би най-важни обществени науки, както споменах вече, имат вековни традиции. Нещо повече, развитието на полската школа по философия на медицината, както и по социология на медицината, ги е превърнало в едни от водещите научни центрове в света в тези области, които не отстъпват по нищо като качество на разработките и изследванията в сравнение с другите два водещи научни центъра – Североамериканския и Британския.

(3) Накрая, този Сборник е една своеобразна реакция на несъгласие и протест срещу широкото навлизане на английския език в обществените

науки и постепенното засенчване и унищожаване на националните изследователски специфики, особено когато това е добре подкрепено от гонитбата на точки, публикации в списания с висок импакт фактор и въобще в гонитбата само и единствено на количествени показатели, без да се обръща особено внимание на качеството.

Включените в сборника статии представят, освен всичко друго, и широтата на мисълта и сериозната аргументираност на всяка теза, представена от полските колеги.

Искам да изкажа своята огромна благодарност към всички автори, които откликнаха много положително на моята молба за публикуване на техните статии в Сборника и дадоха безусловно съгласие. Длъжен съм да благодаря и на проф. Яромир Йешке – главен редактор на списание „Съвременна медицина“ (*Medycyna Nowożytna*), че подкрепи моята идея.

Голяма благодарност дължа и на д-р Вера Любенова, която има голяма заслуга за крайния вид на книгата.

Ето какво ми написа проф. Данута Пенкала-Гавенцка в своя отговор до мен, изразявайки съгласието си за публикуване на нейната статия „Антропологични перспективи на болестта...“: „Вашето начинание е много важно и ценно... Надявам се, че полските текстове по философия, антропология и социология на медицината ще се окажат интересни и полезни за българските изследователи“.

С тази надежда отдавам Сборника в ръцете на читателите.

проф. д-р Божидар Ивков



Божидар Ивков е доктор на социологическите науки, професор. Работи в сферата на социология на инвалидността, социология на медицината, социология на здравеопазването и др. Автор е на повече от 15 книги и монографии, 11 студии и над 60 статии и доклади по различни проблеми на инвалидността и хората с инвалидност. Има публикувани преводи от руски, полски и английски език на научна и научно-популярна литература. Автор е и на учебна литература в помощ на хората с инвалидност и техните организации.

По-известни произведения: монографиите: *„Социология на инвалидността“*. Издателство „Фабер“, 2019; *„Инвалидност и отношение към хората с инвалидност през вековете“*. Издателство „Фабер“, 2019; *„Социален контекст на видимата инвалидност“*. Издателство „Омда“, 2010; *Модели и концепции за инвалидността*. Издателство „Славена“, Варна, 2006; студиите: *„Медицинската диагноза и хроничната болест, като знак, значения и смисли. Перспективата на болния“*. В: *„Знаци и значения в теоретична интерпретация и прагматичната комуникация“*. ИК „Фабер“, В. Търново, 2019; *„Медико-социални и социологически класификации на видовете инвалидност“*. В: *LiterNet, е-списание за литература, критика и хуманитаристика*, No 3 (76). Издателство „LiterNet“, Варна, 2006 и др. Студията му *„Траектории на страданието и болката: Биографични микронаративи на хора с периневрални кисти на Тарлов. Резултати от един социален експеримент. Дескриптивен анализ“*. Сдружение на тарловите пациенти в България - Лечение без граници, Проблемна група по философия и социология на медицината при БАН. Стара Загора, София, е издадена през 2021 г. като самостоятелна книга.

Съавтор е и в три колективни монографии: *“Здраве и качество на живот, свързано със здравето“* (2017); *„Разходи за здраве от джоба и неравенства в здравето в България“* (2017); *„Населението на България в началото на XXI век“* (2011).

Заместник председател и съосновател на Българска асоциация по философия на медицината (БАФМ).