

Dominika Łęcka  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika

## **KLASYCZNA SOCJOSOMATYKA I JEJ NIEKLASYCZNA ODMIANA. WKŁAD SOCJOLOGII ZDROWIA I CHOROBY W DYSKURS O ZABURZENIACH SOMATYCZNYCH I ETIOLOGII CHORÓB**

Artykuł ma na celu przedstawienie nowego spojrzenia na somatyzację i jej przyczyny. Jest odpowiedzią na psychosomatokontekstowy paradygmat, jaki reprezentuje w socjologii między innymi koncepcja „choroby funkcjonalnej”. Referuje podstawowe założenia klasycznego podejścia socjosomatyki i bazując na jego słabościach wprowadza nową jej wersję. Czy istnieje możliwość wypracowania kategorii o charakterze społecznym, która byłaby w swej funkcji analogiczna do tej, jaką pełni stres w podejściu psychosomatycznym? Czy mogą istnieć choroby socjosomatyczne? Artykuł ten jest próbą odpowiedzi na te pytania.

Główne pojęcia: socjologia zdrowia i choroby, socjosomatyka, somatyzacja, psychosomatyka, lokalne biologie.

### **Wprowadzenie**

Zdrowie jest w centrum zainteresowania wielu dyscyplin i subdyscyplin naukowych (por. Heszen i Sęk 2007; Uramowska-Żyto 1992). Każda z nich wykorzystuje inne jego rozumienie, stosuje inne założenia metodologiczne, inne też są ich paradygmaty i interesujący je przedmiot. Ta różnorodność podejść związana jest z nie do końca ustaloną i zintersubiektywizowaną definicją kluczowego pojęcia, jakim jest zdrowie. Konsekwencją kłopotów związanych z jego operacjonalizacją są podobne problemy, wydawałoby się tak odległej przedmiotowo, aczkolwiek nie analitycznie, kategorii choroby. Ta – będąc w niektórych paradygmatach na drugim końcu kontinuum jednego wymiaru wobec zdrowia lub będąc jej przeciwieństwem w innych (Heszen i Sęk 2007: 47–48) – zajmuje wielu badaczy ze względu na bezpośrednie zagrożenie dla człowieka, zarówno w sensie filogenetycznym, jak i ontogenetycznym. Ten fakt stanowi punkt wyjścia wielu przedsięwzięć intelektualistów, ale też praktyków, których celem jest zminimalizowanie efektów ostatecznych oddziaływań choroby, jakim jest śmierć osoby.

Taki stan rzeczy powoduje, że interesujące nas kategorie nie są analizowane holistycznie, a wyniki badań ich dotyczące nie są syntetyzowane. Utrudnia to dyskusję badaczom zajmującym się tymi samymi zagadnieniami: medycynie – z jej podejściem biomedycznym, psychologii oraz innym naukom społecznym, w tym socjologii, z jej subdyscypliną, jaką jest socjologia zdrowia i choroby. Czy jednak socjologia zna swoje miejsce w dyskusji o zaburzeniach somatycznych czy etiologii chorób? Czy stanowi równoprawnego partnera w rozmowie dotyczącej konkretnych chorób czy zaburzeń somatycznych, nienazwanych przez samą medycynę, ale też potencjalnego pacjenta?

Artykuł stanowi próbę odpowiedzi na tak postawione pytania. Przedstawie jedną z propozycji, jaką jest *klasyczna perspektywa socjosomatyczna i jej nieklasyczna odmiana*. Obok kategorii „choroby funkcjonalnej” (por. Bielecki 2007; Sokołowska 1980: 34) może ona stanowić wkład socjologii w dyskusję wokół problematyki zdrowia i choroby. Przyjęcie jej w dyskurs analityczny może przyspieszyć „profesjonalizację medyczną” tejże nauki. Nie jest ona konkurencyjną propozycją wobec podejścia psychosomatycznego czy medycyny w określaniu etiologii chorób, ale jest ich uzupełnieniem (por. Jenkins i Cofresi 1998: 439; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 663; Ranjith i Mohan 2006: 144–145). Ten sposób myślenia o elementach życia społecznego wymaga jednak zmiany patrzenia na nie same. Dotąd wykorzystywane były jedynie jako czynniki różnicujące, usposabiające (por. Barański i Piątkowski red. 2002: 27; Bielecki 2007: 143) czy sprzyjające w procesie pojawiania się chorób lub zachowań zdrowotnych. Często utożsamiane były ze stylem życia czy postawą wobec zdrowia, zwłaszcza w badaniach epidemiologicznych (por. Jenkins i Cofresi 1998: 440; Karasz 2005: 163). Nie miały jednak możliwości włączenia się w dyskusję o ich etiologii w rozumieniu przyczynowo-skutkowym. Mogło to się wiązać ze statusem nauk społecznych względem medycyny w kontekście tego typu rozważań oraz brakiem możliwości wskazania bezpośredniego związku między zmianą w przebiegu procesów biologicznych a zjawiskami społecznymi bez pośrednictwa czynników psychologicznych (np. stresu). Czy jednak fakt, że nie możemy wskazać go teraz, oznacza, że taki związek nie istnieje?

Perspektywą, która pozwala włączyć się do dyskusji na ten temat, jest *socjosomatyka*, a w szczególności jej nieklasyczna odmiana. Pojawienie się tej pierwszej włączyło czynniki społeczne w ten dyskurs. W początkowej, klasycznej swojej odmianie, była odpowiedzią socjologii na pojawiające się w praktyce medycznej zaburzenia czy choroby o medycznie niewyjaśnianej etiologii pod postacią *somatyzacji*. Na to zjawisko zwrócili uwagę Laurence Kirmayer i współpracownicy w artykule *Explaining Medically Unexplained Symptoms*, w którym określił, że stanowią one od 15–30 procent wszystkich

zgłaszanych lekarzom zachorowań (Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 663)<sup>1</sup>. W Polsce na ten problem zwróciła uwagę, o wiele wcześniej, Magdalena Sokołowska (por. Bielecki 2007: 15). Lekarze, nie chcąc zostawić pacjenta bez odpowiedzi, za główną przyczynę tego stanu rzeczy uznawali czynniki psychologiczne, zwłaszcza stres. Czas pokazał jednak, że nie udało się nim wyjaśnić wszystkiego (Karasz 2005: 163; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 663). To właśnie zjawisko skłoniło badaczy zajmujących się zagadnieniami zdrowia i choroby w perspektywie socjologicznej do zajęcia się tą tematyką (por. Bielecki 2007). Czy świadczy to o ograniczeniach wiedzy medycznej? Czy może charakter etiologii tych chorób ma inne podłoże niż biologiczne?

Chociaż na gruncie socjologii medycyny prowadzone są badania nad zjawiskiem niewyjaśnionych medycznie objawów pod postacią „choroby funkcjonalnej” (tamże; Sokołowska 1980: 34), przedstawiony przeze mnie model rozumienia socjosomatyki w jej nieklasycznej odmianie wyłącza zmienne psychologiczne ze swoich analiz (np.: stres), choć nie zaprzecza ich roli w tym procesie. W kręgu swoich zainteresowań ma wyłącznie związek soma-socjum. Próba przedstawienia tej relacji jako impulsu do badań w tym kierunku nie ma mieć charakteru redukcjonistycznego, ale ma być niejako lupą, która przybliżając jedynie tę relację, pozwoli ustalić, czy związek taki może rzeczywiście istnieć.

Podjęmę próbę opisaną perspektywy nieklasycznej, wynikającej z podejścia socjosomatycznego, będącej jednym z elementów paradygmatu psychosocjosomatycznego, a nie psychosomatokontekstowego, jaki dominuje obecnie w badaniach socjologicznych. Ten zabieg pozwoli wskazać wyjątkowość nieklasycznego myślenia socjosomatycznego i jego miejsce w dyskursie o etiologii zaburzeń czy chorób o nieznanej medycznie etiologii. Postaram się też odpowiedzieć na pytanie, co oznacza ona dla socjologii zdrowia i choroby, czy może stać się partnerem zarówno dla psychologii zdrowia, jak i medycyny w dyskusji o przyczynach chorób.

### **O pojęciu zdrowia i choroby w kontekście perspektywy socjosomatycznej**

Począwszy od czynników biologicznych warunkujących zdrowie, które podkreślało podejście biomedyczne (por. Fabrega 1992: 561; Heszen i Sęk 2007: 47), poprzez traktowanie go jako potencjału czy właściwości człowieka (por. Heszen i Sęk: 48), zwińczeniem było określenie interesującego nas pojęcia w perspektywie holistycznej przez Światową Organizację Zdrowia

---

<sup>1</sup> Dla Polski i Wielkiej Brytanii współczynnik ten wynosi 30–50 procent (za Bielecki 2007: 15).

(WHO) w 1948 roku. W tym ujęciu definicja zdrowia określona została jako „pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” (WHO 1948)<sup>2</sup>, niezwiązany z brakiem objawów chorobowych (por. Firkowska-Mankiewicz 1990; Heszen i Sęk 2007: 47–48). Przyjęta definicja otworzyła drogę innym naukom, które niekojarzone do tej pory ze zdrowiem czy chorobą mogły umieścić ją w centrum własnego zainteresowania. Fakt ten wpłynął na pewno na pozycję nauk medycznych w tym zakresie. Chociaż medycyna ciągle ma dominującą rolę w dyskusjach na ten temat, coraz częściej inne nauki wnoszą ważny wkład zarówno w obszar teoretycznych rozważań, jak i rozwiązań praktycznych. Coraz częściej także medycyna, będąc bezsilną, posiłkuje się osiągnięciami psychologii zdrowia, socjologii medycyny czy socjologii zdrowia i choroby. Otwarcie się medycyny na inne paradygmaty opisujące zdrowie, niebędące rozwiązaniem biomedycznym, sprzyja współpracy interdyscyplinarnej wokół konkretnych problemów. Takim partnerem do dyskusji może być także socjologia zdrowia i choroby z jej podejściem socjosomatycznym.

Posiłkując się definicją zdrowia WHO, spróbujmy zastanowić się, jaka będzie definicja choroby, aby móc wskazać miejsce perspektywy socjosomatycznej w naukach o zdrowiu. Skoro zdrowie to *pełen dobrostan*, możemy stwierdzić, że jego brak lub niepełność nie będzie zdrowiem. Nie wiemy jednak, czy staje się chorobą. Co ważne, dokonać to może się w każdym z wymiarów ujętych w definicji, na ich styku lub tylko w jednym z nich. Dodajmy, że z różnym natężeniem. W sytuacji, kiedy zaburzeniom podlega sfera fizyczna, mamy do czynienia z chorobami somatycznymi. W innym przypadku, jeżeli takie samo zjawisko dokonuje się w części psychicznej z jednoczesnym oddziaływaniem na ciało, mówimy o chorobach psychosomatycznych lub somatopsychicznych. Zastanówmy się, czy mogą istnieć *choroby socjosomatyczne*, które wynikałyby z wpływu czynników społecznych na zmianę w procesach somatycznych, a w dalszej perspektywie na pojawienie się chorób, bez udziału zmiennych psychologicznych? Czy istnieje może czynnik, którego rola podobna byłaby do tej, jaką odgrywa stres w podejściu psychosomatycznym, ale ma wyłącznie społeczne pochodzenie (por. Łęcka 2009)?

O ile w pierwszym odruchu przychodzi nam do głowy odpowiedź „tak”, co stanowi logiczny ciąg przyczynowo-skutkowy (por. Karasz i Dempsey 2008: 417), o tyle po dłuższym zastanowieniu potrzebne są dodatkowe ustalenia, aby można było uznać takie rozumowanie za poprawne. Po pierwsze, nie mamy tutaj na myśli czynników społecznych, które pełniłyby rolę pośredniczącą lub

<sup>2</sup> Woryginalne: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*. Preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia ogłoszonej w trakcie International Health Conference w Nowym Jorku 19–22 czerwca 1946 roku, podpisanej 22 lipca 1946 roku przez reprezentantów 61 krajów. Zaczęła obowiązywać 7 kwietnia 1948 roku.

różnicującą w procesie pojawiania się choroby (np. zmienna wykształcenia, która różnicuje osoby na świadome zagrożen i niezachowujące się ryzykownie oraz takie, które świadomości takiej nie mają). Nie jest ona też zmienną antropologiczno-kulturową wpływającą na występowanie lub niewystępowanie pewnych chorób, ewentualnie na różną ich ekspresję w zależności od miejsca i kontekstu. W przypadku zaburzeń w sferze fizycznej mamy na myśli czynniki będące bezpośrednią przyczyną choroby lub zaburzeń somatycznych nieposiadających statusu choroby (np. zmiana tętna czy ciśnienia krwi bez pośredniczącej roli stresu, a będących odpowiedzią na elementy sfery socjum). Podobnie sytuacja wygląda w przypadku naruszenia sfery *psyche*, która stanowi bezpośrednią przyczynę zmian w sferze *soma*, a główną rolę odgrywa tutaj stres. Czy zatem elementy społeczne mogą stanowić bezpośrednią przyczynę pojawienia się zmian somatycznych, nawet tych niezauważalnych dla konkretnej osoby, co w konsekwencji może prowadzić do zachwiania w dobrostanie, jakim jest zdrowie? Czy twory społeczne (ich forma i/lub treść), a nie osoby w nich uczestniczące i ich cechy, mogą stanowić przyczynę bezpośrednią pojawienia się zaburzeń w sferze zdrowia (por. Hudson 1978: 54)? Potwierdzeniem niech będzie fakt, że w języku angielskim istnieje, już chociażby na poziomie słownictwa, rozróżnienie pomiędzy chorobami mającymi różną etiologię, wśród których wyróżniono choroby mające swe przyczyny w elementach życia społecznego. Oto te rozróżnienia:

- *disease*: oznacza chorobę, której symptomy mają charakter biologiczny (por. James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 548), ich analizą zajmuje się medycyna,

- *illness*: to choroby mające swoje źródło w procesach psychologicznych osoby (Karasz 2005: 163), są w centrum zainteresowania psychologii zdrowia, w tym psychosomatyki,

- *sickness*: dotyczy społecznego wymiaru choroby zorganizowanego wokół kulturowych kategorii określanych poprzez metafory, których analizą zajmuje się socjologia medycyny, socjologia zdrowia i choroby czy socjosomatyka w obrębie nauk społecznych (Barański i Piątkowski red. 2002: 23; Becker 1998: 431; Kleinman 1998: 390; Kleinman i Petryna 2001: 2; Nichter 2008: 187; Sokołowska 1980: 125–126; Uramowska-Żyto 1992: 59).

Potwierdzając niejako holistyczny obraz zdrowia, przy jednoczesnym uwzględnieniu przyczynowości chorób o charakterze społecznym, moglibyśmy posłużyć się przykładem medycyny chińskiej. Nie rozróżnia ona chorób psychicznych od fizycznych, ale umieszcza ciało w społecznym, ekologicznym systemie. Konfucjanizm zwracał uwagę na dysharmonię w relacjach jako potencjalną przyczynę chorób, ale ta dysharmonia nie jest rozumiana w kategoriach konfliktu, próby wywalczenia niezależności, a w przestrzeganiu zasad społecznych, które ją sankcjonują (Hudson 1978: 54; Kirmayer i Young 1998:

426). Badania etnograficzne prowadzone na ten temat wskazują, że symptomy pewnych zaburzeń wpasowują się w kod kulturowy i stanowią system komunikacji. Jego zadaniem jest przekazanie, w sposób akceptowany, informacji, mającej na celu zmianę, wynikającą z naturalnych procesów rozwojowych w obrębie świata społecznego danej osoby (por. Kleinman i Petryna 2001: 2).

Doskonałym przykładem tego zjawiska jest sytuacja spotkania w gabinecie lekarskim, opisana przez Laurence'a Kirmayera. Zasady działania ustala w nim Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD, oparta na diagnozie nozologicznej, według której przyczyną pojawiającej się choroby są zaburzenia w obrębie sfery biologicznej człowieka. Uczestnicząc w tej sytuacji lekarze i pacjenci wierzą w to, że można dane zjawisko wytłumaczyć i wyleczyć za pomocą osiągnięć tej właśnie nauki. Kiedy leczenie eliminuje objawy, wyjaśnianie to daje pewne uspokojenie i pocieszenie, które pozwala pacjentowi planować przyszłość. Jeżeli nie ma to miejsca, wytwarza się niepokój wynikający z dwuznaczności i braku pewności co do sytuacji. Podważa niejako zasadność uczestniczenia w tej relacji – którą czują zarówno pacjenci, jak też lekarze (Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 664). Związane jest to ze zdejmowaniem odpowiedzialności za chorobę z pacjenta i oczekiwaniem od lekarza wyleczenia. Wynika to z jego roli, podtrzymuje strukturę i użyteczność relacji (tamże, s. 666). Wykorzystanie do tego celu przyczyny o innej etiologii zaburza istniejący porządek. Przyczyna i wina zostaje przypisana pacjentowi, za co lekarz nie bierze odpowiedzialności. Aby jednak podtrzymać we własnym obrazie zasadność swej roli, lekarze przekazują pacjentom z objawami o niewyjaśnionej medycznie etiologii, informację o ograniczoności nauk medycznych i/lub innej, najczęściej psychologicznej ich przyczynowości. Okazuje się, że lekarze z różnych krajów stosują różne argumenty, tłumacząc sobie przyczynę wystąpienia tych właśnie symptomów.

Dla przykładu, w Wielkiej Brytanii lekarze interpretują takie symptomy jako: produkt psychologiczny, zmniejszającą się tolerancję na zaczynające się symptomy somatyczne, stygmat związany z chorobą psychiczną. Analizują je też jako indywidualny zysk z roli chorego (tamże, s. 668; Bielecki 2007: 18–34). Dla porównania, lekarze w Szwecji brak możliwości wyjaśnienia przyczyn choroby tłumaczą sobie, przede wszystkim, poprzez: psychologiczne przyczyny (por. Hudson 1978: 53) i ograniczenia wiedzy medycznej. W dalszej kolejności wskazują na nierealistyczne wymagania pacjenta wobec medycyny, wynik traumatycznej zmiany w statusie społecznym chorego czy jako drogę do czerpania zysku ze wsparcia społecznego. Temu sposobowi analizy towarzyszy jednocześnie stan bezradności (Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 668). Wskazane powyżej elementy zawierają wytłumaczenia o charakterze społecznym, jednak jak wynika z badań, lekarze nie artykułują tego pacjentom wprost (tamże).

Ci pacjenci, którzy nie otrzymują wytłumaczenia objawów choroby w społecznie usankcjonowanych sytuacjach, jaką jest wizyta u lekarza, tworzą własne, wynikające z przynależności do konkretnej kultury (por. tamże). Ich forma, jak i treść ukształtowana jest przez elementy życia społecznego: normy, zasady, wartości itd. Sytuacja ta wymaga zauważenia, gdyż pewne choroby nie są objęte w klasyfikacji medycyny tradycyjnej. Mowa tutaj o takich chorobach jak: *susto*<sup>3</sup> (Ameryka Łacińska), *windigo*<sup>4</sup>, *agonias*<sup>5</sup> czy *latah*<sup>6</sup> (por. Hudson 1978: 52), które uruchamiają jednak w otoczeniu chorego zachowanie typowe dla tej roli, zarówno jego, jak i otoczenia.

Efektom dość często pojawiających się symptomów, dla których medycyna nie potrafiła znaleźć wytłumaczenia, w celu ochrony własnej pozycji i zmniejszenia dysonansu związanego z rolą lekarzy, w wyżej wspomnianej klasyfikacji utworzono oddzielną grupę (F48.8). Miała ona zaklasyfikować niewyjaśnione zjawiska jako „inne specyficzne zaburzenia nerwicowe” (James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 549). W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD, która jest, w pewnym rozumieniu, modelem idealnym, nie da się jednak tego odnieść do doświadczeń pojedynczego człowieka w jego lokalnym życiu, w jego niepowtarzalnym świecie społecznym (tamże: 547; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 664; Sing 1998: 448).

Jednym ze sposobów poradzenia sobie z tym problemem było stworzenie przez nauki biologiczne teorii dotyczącej *lokalnych biologii* (por. Kirmayer 2006: 129; Łęcka 2009; Lock 1998: 411, 417; Nichter 2008: 165–166). Jak się okazuje, biologia i zjawiska dla niej charakterystyczne, traktowane przez medycynę jako uniwersalne, pełne są różnic w zależności od przestrzeni kulturowej i społecznej, w jakiej znajdują się analizowane osoby (por. James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 549). Antropolog biologiczny, Peter Ellison wyjaśnia to następująco: „to co mamy wspólnego jako członkowie pojedynczej przestrzeni nie jest związane z charakterystykami biologicznymi tak bardzo, jak elastyczna biologiczna odpowiedź na różne czynniki z zewnątrz. Kultura i społeczeństwo odgrywają ogromną rolę w kształtowaniu kontekstu, w którym te odpowiedzi się ujawniają, zwłaszcza jeżeli chodzi o kształtowanie znaczenia, jakie przypisujemy naszym doświadczeniom w związku z tymi odpowiedziami” (za: Kleinman 1998b: 390). Tak przedstawiona treść otwiera niejako miejsce naukom niemedyce, w tym socjologii, na prowadzenie badań nad tym, w jakim za-

<sup>3</sup> Cierpienie wynikające z przekonania, że dusza opuściła ciało człowieka, staje się przez to depresyjny i introwertyczny.

<sup>4</sup> Psychoza u Indian Algonkianz, w centralnej i północnej Kanadzie, która ogarnia osobę i wywołuje u niej kanibaliczne myśli.

<sup>5</sup> W oryginalne *falta de ar*, objawiająca się utratą oddechu, wzroku, słuchu i brakiem snu.

<sup>6</sup> Osoba nią ogarnięta boi się, staje się pasywna, wykonuje polecenia wydane przez innych, nawet ją ośmieszające.

kresie kultura i społeczeństwo kształtują kontekst, kiedy objawia się biologiczne zachwianie zdrowia (por. Łęcka 2009). Tym właśnie zagadnieniem zajęła się socjologia medycyny i klasyczna socjosomatyka.

Zanim dojdzie do otwarcia się nauk społecznych na to zaproszenie, należy zauważyć, że życie społeczne dawno już dokonało wyboru. Przykładem mogą być tutaj lokalne systemy wiedzy medycznej, niezwiązane z klasyczną medycyną. Dostrzegają one związek pewnych chorób z problemami natury psychologicznej, jak i społecznym kontekstem (Karasz i Dempsey 2008: 417; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 667; James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 547), czego przykładem była już przeze mnie opisana medycyna chińska. To potwierdza tylko, że „lokowanie etiologii symptomów w świecie społecznym w opozycji do indywidualnego ciała otwiera nowe perspektywy interpretowania chorób przed pacjentem, ale też klinicystami” (za: Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 667), nie stanowiąc jednocześnie zagrożenia dla ich relacji.

Rola kontekstu społecznego i opisane powyżej fakty jeszcze raz potwierdzają miejsce, jakie zajmują nauki społeczne, w tym socjologia, w dyskusji wokół etiologii chorób. Ze względu na ich charakter nie mieszczą się w biomedycznym ich obrazie, ale są respektowane przez praktykę życia codziennego. Narzędziem, dzięki któremu socjologia może wyjaśniać te zagadnienia, jest właśnie klasyczna socjosomatyka. Znaczenie socjosomatyki zostało podkreślone poprzez poświęcenie jej jednego z numerów prestiżowego czasopisma „Psychosomatic Medicine” (nr lipiec–sierpień 1998). Wstępem opatrzył go Arthur Kleinman wykładając podstawowe jej założenia i możliwości eksploracyjne (por. Kleinman 1998). Wśród badaczy opisujących własne osiągnięcia w tej dziedzinie byli psychiatrzy, wykorzystujący metody antropologiczne (Sing Lee, Laurence Kirmayer), Elizabeth Miller i Anne Becker łączące medycynę z antropologią, Janis Jenkins i Norma Cofresi (1998), Margaret Lock i Allan Young, Norma Ware (por. tamże: 389–390). Wśród chorób analizowanych z tej perspektywy, swoje miejsce w nim znalazła: menopauza (por. Lock 1998), syndrom chronicznego zmęczenia (Ware 1998), syndromy kulturowo specyficzne: *AIDS neurosis*<sup>7</sup> w Japonii (por. Miller 1998), *na tadoka ni vasucu* na wyspach Fidżi<sup>8</sup> (Becker 1998) oraz psychiatrycznie sklasyfikowane choroby: depresja czy zespół stresu pourazowego (por. Kirmayer i Young 1998: 425). Celem było pokazanie problemów zdrowotnych w kontekście ich społecznych konsekwencji i często społecznych korzeni (Kleinman 1998: 390), niewynikające z myślenia przyczynowo-skutkowego, ale związków cyrkularnych pomiędzy nimi (Jenkins i Cofresi 1998: 439–440; Lock 1998: 410).

<sup>7</sup> Fenomen chorobowy, w którym osoby cierpią z powodu domniemanego zakażenia wirusem HIV, pomimo negatywnych testów na jego obecność.

<sup>8</sup> Inaczej *the flu of child birth* lub choroba poporodowa (por. Becker 1998: 431).



## Podstawowe założenia socjosomatyki – ujęcie klasyczne i rola kontekstu

Pojęcie *socjosomatyki* zastosował po raz pierwszy w badaniach psychiatra i antropolog Arthur Kleinman, zwracając uwagę na społeczne przyczyny symptomów pewnych chorób. W rzeczywistości, twórcami samego pojęcia, byli Charles Hudson (por. Hudson 1978: 54) i John M. Maclachan. Dokonali tego niezależnie od siebie, wykorzystując analogię do znanej im psychosomatyki. Przez ekstrapolację tego pojęcia chcieli zwrócić uwagę na społeczne przyczyny pojawiania się symptomów, niebędących jednak czynnikami różnicującymi czy pośredniczącymi, ale bezpośrednimi ich przyczynami – zmiennymi niezależnymi. Kleinman, opracowując początkowo badania, odniósł się do zjawiska somatyzacji, której przyczyny, do tej pory, były lokowane głównie w perspektywie psychologicznej, a więc *psyche* analizującym świat zewnętrzny. Miało nastąpić niejako przejście z myślenia dialektycznego umysł-ciało w kierunku triady *umysł-ciało w kontekście*, gdzie ostatni z tych elementów miał stanowić domenę nauk społecznych. Podobny związek został zauważony już wcześniej na kanwie antropologii medycznej, subdyscypliny antropologii kulturowej (Ware 1998: 394), której zainteresowania oscylowały wokół międzykulturowych badań nad chorobą, jej społecznym doświadczaniem i uzdrawianiem. Główną jej zasługą, dla podejścia socjosomatycznego, była charakterystyka chorób będących specyfiką tylko pewnych kultur, których nie można było obserwować w innym miejscu, oraz analiza sposobów manifestowania się tej samej choroby w obrębie różnych kultur (por. Hudson 1978: 52; James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 547; Ranjith i Mohan 2006: 145).

Początkiem współpracy między antropologią a medycyną były badania Williama Halse'a Riversa – antropologa, realizowane z kilkoma medykami na wyspie Torres w XIX wieku. To wtedy zwrócił on uwagę na antropologiczne aspekty chorowania i leczenia wśród plemion zamieszkujących tę wyspę (Kleinman 1998: 389). Innym przykładem integrowania wiedzy medycznej z perspektywą kulturową była szkoła „Culture and Personality” reprezentowana między innymi przez Margaret Mead i Ruth Benedict, która łączyła te dwie dziedziny na poziomie prac głównie o charakterze psychoanalitycznym (tamże).

W pewnym momencie drogi medycyny i antropologii rozeszły się. Medycyna, w tym psychiatria, ukierunkowała się na nauki biologiczne, trywializując kontekst społeczny (Sing 1998: 455). Antropologia natomiast poszła w kierunku analizowania instytucji kulturowych, politycznych i społecznych, odmawiając znaczenia procesom psychologicznym i biologicznym w doświadczeniu człowieka i tworzeniu analizowanych przez nią instytucji (Kleinman 1998: 389).

Obecnie mamy do czynienia z odrodzeniem się tej perspektywy pod postacią medycyny antropologicznej, psychiatrii antropologicznej i antropologii medycznej (James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 550; Kirmayer i Young 1998: 394), które uwzględniają perspektywę społeczną we własnych badaniach (Karasz i Dempsey 2008: 416; Low 2007: 5), sposób doświadczania choroby, organizację opieki i praktyk w kontekście społecznym. Zaslugą antropologii medycznej było zidentyfikowanie procesów socjosomatycznych, które łączą ciało fizyczne z jej odpowiednikiem społecznym (Kleinman 1998: 389). Procesy te jednak nie dotyczą jedynie pierwotnych społeczeństw, które wcześniej analizowano w obrębie antropologii, ale także tych nazywanych „światem cywilizowanym” (Fabrega 1992: 563). Określenie zakresu pojęciowego i metodologicznego tych nauk oraz badania w ich obrębie pozwoliły Kleinmanowi na sformułowanie podstawowych zasad klasycznego podejścia socjosomatycznego:

1. Kontekst społeczny jest zintegrowany z diadą umysł-ciało (interakcja między umysłem a ciałem jest zintegrowana w społecznym kontekście).

2. Bezpośredni wpływ kontekstu społecznego na pojawienie się choroby i doświadczeń ciała dokonuje się przez:

- a) ustalenie społecznego przebiegu choroby (psychofizjologiczne procesy są kształtowane przez społeczne siły),
- b) tworzenie społecznej konstrukcji doświadczeń w chorobie (wzory przeżywanych symptomów i kulturowe syndromy ich przeżywania identyfikowane są jako lokalne idiomy przeżywanego dysstresu),
- c) kształtowanie społecznych powodów dla fizjologicznych reakcji i na odwrót – kształtowanie fizjologicznych reakcji dla społecznych powodów (pewne społeczne stresory mogą uwydatniać ryzyko pojawienia się pewnych chorób, ze względu na to, że osoby są socjalizowane do doświadczania fizycznych lub psychologicznych zdarzeń w pewien sposób charakterystyczny dla miejsca społecznego, w którym się znajdują).

3. Tworzenie somatycznej metafory dla społecznej dysharmonii, czego efektem jest tworzenie symptomatycznej ekspresji nagromadzonych doświadczeń społecznych lub dystresów (por. Becker 1998: 431; James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 560; Kleinman 1998: 391).

Socjosomatyka, w tym kształcie, odnosi się więc do typu związku o charakterze dialektycznym między ciałem w jego związku z psyche a społeczeństwem (kontekstem), w którym symptomy są ucieleśnioną manifestacją (ekspresją) społecznych doświadczeń. Podstawowym pytaniem, jakie można sobie postawić, jest to, *jak symptomy te są społecznie tworzone* i co ważniejsze, *jak one współuczestniczą razem ze społecznym kontekstem w konstruowaniu sposobu życia opartego na chorobie/chorowaniu* (por. Kirmayer i Young 1998: 420). Próba odpowiedzi będzie model teoretyczny stworzony przez Davida

Mumforda, który dotyczy wpływu kultury na ewolucję somatycznych symptomów (por. Karasz i Dempsey 2008: 417). W modelu tym kultura może wpływać poprzez:

- język i idiomy, które determinują sposób ekspresji choroby,
- koncepcje zdrowia i choroby, które wpływają na interpretację symptomów chorobowych,
- kulturowo usankcjonowane modele zachowań w chorobie (por. Karasz i Dempsey 2008: 418), które odgrywają ważną rolę w prezentowaniu tych symptomów (za: Ranjith i Mohan 2006: 145).

Logiczną konsekwencją takiego myślenia jest fakt, że studia socjosomatyczne są skonstruowane jako studia procesów społecznych (Ware 1998: 394), a więc mogą być w centrum zainteresowania samej socjologii. Dynamika związków między ciałem-psyche a społeczeństwem jest badana jako charakteryzowanie sił, które określają społeczny kierunek i przyczynę niektórych chorób chronicznych, między innymi tych wynikających z kontaktów interpersonalnych (Kleinman i Petryna 2001: 3; Ranjith i Mohan 2006: 145; Ware 1998: 399).

Podstawowym przedmiotem zainteresowania socjosomatyki, w jej klasycznym rozumieniu, może być więc somatyzacja (Kirmayer i Young 1998: 420; Sing 1998: 450–451). Pojęcie to dotyczyło, do tej pory, objawów somatycznych, związanych z teorią psychodynamiczną choroby, która wskazuje jako przyczynę jej występowania osobisty, nieświadomy lęk i napięcie oraz konflikt psychologiczny. Z perspektywy psychologii traktowana jest jako objaw lub zaburzenie z grup nerwic. Charakteryzuje się obecnością dolegliwości sugerujących obecność choroby somatycznej (pozapsychiatrycznej) przy równoczesnym braku przesłanek fizykalnych. Do najczęstszych objawów somatyzacji zaliczamy np. kołatania serca, bóle brzucha, szumy w uszach, omdlenia, bóle krzyżowo-mięśniowe, ucha, nosa, gardła i inne (por. Hudson 1978: 52; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 663, 665). W socjologii medycyny i antropologii medycyny to słowo używane jest do opisu zachowania w chorobie (Karasz i Dempsey 2008: 418), w którym somatyczne symptomy prezentują emocjonalną rozpacz wynikającą z problemów społecznych mających związek, między innymi z miejscem w strukturze społecznej (Becker 1998: 431; Kirmayer i Young 1998: 420; van der Putte 2006: 150), sposobem pozycjonowania siebie w lokalnym świecie, formą społecznego komentarza lub protestu (Kirmayer i Young 1998: 423), ekspresją rozżalenia i metaforą doświadczenia (Becker 1998: 431; James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 560). Celem symptomów będzie rekonfiguracja związków rodzinnych i innych ról społecznych. Jest to sposób mówienia o problemie miejsca, w którym się znajduje dana osoba, akceptowany i bezpieczny dla tych, którzy – być może – boją się tego procesu (Kirmayer i Young 1998: 425).

Widzimy tutaj wyraźnie, jak ciało, w jego fizycznym rozumieniu, ujawnia symptomy, których przyczyna nie jest w nim samym umiejscowiona, ale wynika z reakcji emocjonalnej (psyche) na zaistniałą *sytuację społeczną* (kontekst). Laurence J. Kirmayer, jeden z czołowych badaczy w ramach socjosomatyki stwierdza, że zjawisko somatyzacji jest kulturowo zróżnicowane, czego psychiatria nie jest w stanie wytłumaczyć (Kirmayer i Young 1998: 420; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 663). Co ciekawe, somatyzacja powszechnie występuje w różnych kulturach (Hudson 1978: 52), choć jej zewnętrzne objawy mogą się różnić między sobą, co wynika z wpływu elementów kulturowych. Analiza narracji będących ich opisem wskazuje, że somatyczne objawy są lokowane przez osoby w ich świecie społecznym, wskazują ich funkcje psychologiczne, ale też społeczne. Kirmayer określa te objawy jako MEDIUM, dzięki któremu może zostać ujawnione, w społecznie akceptowany sposób (za pomocą choroby), niezadowolone z zaistniałej sytuacji, miejsca, jak i wydarzenia dotyczącego zjawiska tabu dla konkretnej kultury. Są traktowane także jako mechanizm, dzięki któremu osoby usiłują zmienić własną pozycję zajmowaną w społecznej przestrzeni (Kirmayer i Young 1998: 420).

Przykładem niech będą badania Jenis Jenkins i Normy Cofresi, których próbę badania stanowiły kobiety mieszkające w Puerto Rico, zgłaszające objawy charakterystyczne dla somatyzacji. Autorki zadawały respondentkom pytanie: jak opisałybyś swoją sytuację życiową. Okazało się, że opowiadając o życiu umieszczały swoją chorobę w kontekście społecznym, w którym żyły (Jenkins i Cofresi 1998: 441). Narracja stała się polem, na którym mógł objawić się proces socjosomatyczny (tamże: 445). Egzemplifikacją niech będzie opowieść kobiety, która w przeszłości była ofiarą gwałtu dokonywanego przez ojczyma. Z opowieści wynika, że przestępstwo to było zawsze poprzedzane ciszą w domu. Respondentka nauczyła się więc, że zaraz po jej wystąpieniu dochodziło do zdarzenia. W związku z tym życie jej charakteryzowało się strachem, który przychodził, kiedy w domu zapadała cisza. Nikomu nie opowiadała o tych zdarzeniach, ponieważ kobiecie w tamtej kulturze nie wypada mówić o własnym życiu seksualnym. Obecnie, choć nie ma już kontaktu z ojczymem, zaraz po dłuższej chwili ciszy przychodzi strach, a następnie symptomy, co jest niejako powtórzeniem sytuacji z przeszłości (tamże: 442; Karasz 2005: 163). Symptomy stały się *symbolicznym mostem* obejmującym możliwość „opowiedzenia” nieprzyjemnych, traumatycznych wydarzeń z przeszłości, które z faktu bycia tematem tabu dla kobiet z Puerto Rico, nigdy nie mogły być wypowiedziane w społecznie akceptowany sposób. Jediną taką możliwością stały się objawy somatyzacji (James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 547, 550; Jenkins i Cofresi 1998: 442; Kirmayer i Young 1998: 420). Analiza socjosomatyczna pozwala więc zbadać mechanizm powstawania tych objawów, tworzyć modele, które mając swe źródło w świecie społecznym uprawniają

socjologa do tego typu analiz (Fabrega 1992: 562; Kirmayer, Groleau i Looper 2004: 663).

### **Klasyczne podejście socjosomatyczne a psychosomatyka**

Jak wcześniej wspomniałam, psychosomatyka stanowiła niejako matrycę do pojawienia się samego pojęcia socjosomatyki. Jak podają niektóre źródła, ta druga była wynikiem skierowania się samej psychosomatyki ku zagadnieniom socjokulturowym (Barański i Piątkowski red. 2002: 43), przyjmując początkowo nazwę psychosomatyki społecznej. Zostały w takim kształcie przyjęte do piśmiennictwa niemieckiego w 1966, z inicjatywy H. Schäfera (za: Skrzypek 2002: 50). Fakt ten został doceniony, a jego twórca i dokonanie uznano za jedno z ważniejszych osiągnięć psychosomatyki i miało swoją kontynuację pod postacią kierunku socjokulturowego w psychosomatyce. Nurt ten został potem nazwany właśnie socjosomatyką. Sugerowałoby to, że źródłem socjosomatyki jest psychologia. Zgodnie jednak z moimi ustaleniami, pojęcie to zostało stworzone w 1958 roku w Stanach Zjednoczonych, przez dwóch niezależnie działających antropologów: Johna Maclachlana i Charlesa Hudsona, który wspomina o tym dwadzieścia lat później (Hudson 1978: 54–55). Opisu tego pojęcia dokonali kolejno w artykułach *Cultural Factors in Health and Disease* (Maclachlan 1958) i „*Sociosomatic*” *Illness* (Hudson 1978). Co ciekawe, nie byli oni związani z podejściem psychologicznym, ale antropologiczno-medycznym, a „psychosomatyka” stanowiła jedynie model do ekstrapolacji tego pojęcia, nie była jednak jego podstawą teoretyczną. Podane przeze mnie powyżej ustalenia sugerowałyby, że źródła powstania obu perspektyw są rozłączne, choć doprowadziły do powstania tego samego pojęcia. W moim przekonaniu, socjosomatyka jest podejściem rozdzielnym w stosunku do psychosomatyki, z tego też względu dokonam ich porównania uwypuklając ich różnice, ale też podobieństwa.

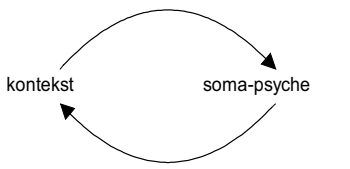
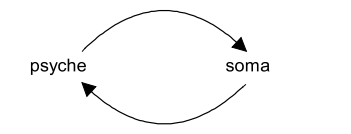
Wśród kategorii łączących oba podejścia można wyróżnić zjawisko somatyzacji, opisane już przeze mnie wcześniej. Co prawda, punkt ciężkości, na który zwracają uwagę, znajduje się w innym miejscu, ale fakt, że stanowi ono wspólne pole badań, zbliża oba podejścia. Psychosomatyka podkreśla, w tym wypadku, znaczenie relacji *psyche-soma*, podkreślając tym samym znaczenie zjawisk psychologicznych. Podejście socjosomatyczne, analizuje związek ciała-psyche z elementami życia społecznego (kontekstem) podkreślając cyrkularną zależność między nimi.

Obie perspektywy nie podważają znaczenia medycyny w określaniu przyczynowości chorób, ale wskazują na elementy przez medycynę niedoceniane. Zarówno jedna, jak i druga szukają podejścia integrującego różne perspek-

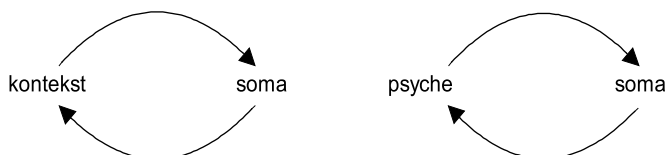
tywy, czego dowodem jest szukanie przez nie związku *somy* z konkretnymi kategoriami pozasomatycznymi (*psyche lub kontekstem*).

Proponowane przez nie podejście ma charakter dynamiczny (cyrkularny, wzajemnie zwrotny), a nie statyczny – przyczynowo-skutkowy. Ich perspektywa metodologiczna otwiera się, podkreślając multiprzyczynowość w powstawaniu chorób, czego wynikiem jest samo ich pojawienie się (por. Skrzypek 2002: 50–57). Biorąc pod uwagę jednak postawione przeze mnie wcześniej założenie dotyczące odrębności tych dwóch perspektyw, przedstawiam poniżej tabelę, która podsumowuje różnice wynikające między nimi.

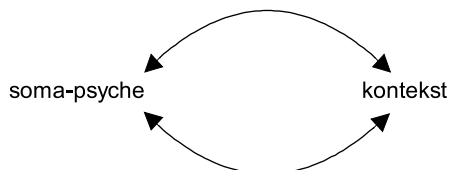
**Tabela 1.** Klasyyczna socjosomatyka a psychosomatyka – porównanie stanowisk (Opracowanie własne na podstawie Jenkins i Cofresi 1998: 439–440)

Kategoria	KLASYCZNA SOCJOSOMATYKA	PSYCHOSOMATYKA
Źródło inspiracji	antropologia medyczna, psychiatria antropologiczna, medycyna antropologiczna	medycyna psychosomatyczna, psychoanaliza, teoria psychodynamiczna
Czynniki decydujące o zmianie w obrębie <i>somy</i>	kontekst	psyche
Relacja		
Wizja człowieka	„ja” jako intersubiektywne w relacji ze środowiskiem społecznym – człowiek jako twórca tej relacji	niezależny, autonomiczny
Czynnik główny wywołujący chorobę	wydarzenie społeczne i emocje z nim związane zdefiniowane antropologicznie dla konkretnej kultury	stres (rola emocji w jego pojawieniu się)
Pojawienie się choroby zależne od:	społecznych wydarzeń	stosunku czynników wywołujących bezbronność do czynników chroniących
Somatyzacja	powszechnie występująca i unormowana kulturowo	jako symptomy – część procesu psychologicznego
Definicja choroby	ucieleśnienie wydarzeń społecznych i warunków, wg Kleinmana: symboliczny most, dzięki któremu może zostać ujawniona opowieść o wydarzeniach związanych m.in. z tematami tabu dla konkretnej kultury	w terminach związku umysłowych i fizycznych cech osoby na psychospołeczne środowisko

Porównanie obu perspektyw wskazuje, że posiłkują się one pojęciami charakterystycznymi dla drugiej strony. Przykładem może być używanie pojęcia *emocji* przez socjosomatykę czy *środowisko psychospołeczne* (psychosomatyka), którego drugi człon wskazuje na kategorię charakterystyczną dla kontekstu. To pozwala sądzić, że nie istnieje stan, w którym obie perspektywy są od siebie niezależne:



ale tworzą ze sobą perspektywę *psychosomatokontekstową*, a nie psychosojosomatyczną (por. Barański i Piątkowski red. 2002: 21):



Chociaż klasyczne podejście socjosomatyczne nie stanowi w tej triadzie trzeciej zmiennej (por. Skrzypek 2002: 43), a odrębną perspektywę patrzenia na biologię w jej związku z psyche człowieka, to można jednak powiedzieć, że wypełnia lukę w myśleniu o etiologii chorób, uzupełniając go o kontekst społeczny (por. James, Navara, Clarke i Lometey 2005: 547). Nie jest jednak dowodem związku soma-socjum, tworzy jednak triadę *umysł-ciało-w kontekście* (psyche-soma-kontekst) będące urzeczywistnieniem pojęcia zdrowia akceptowanego przez WHO (Kleinman 1998: 391).

### Nieklasyczna socjosomatyka – hipotezy i postulaty

Zwrócenie uwagi na kontekst w powstawaniu chorób jest na pewno zagadnieniem, którym, bez wątpienia, może zająć się socjologia medycyny czy zdrowia i choroby. Ma to miejsce chociażby przy okazji badania zjawiska, jakim jest „choroba funkcjonalna” (Bielecki 2007; Firkowska-Mankiewicz 1990: 14; Sokołowska 1980: 34). W kształcie pokazanym powyżej, czynniki społeczne stanowią jedynie tło dla odbywających się, i co najważniejsze, empirycznie sprawdzonych procesów przyczynowo-skutkowych między somą a psyche. Jest elementem różnicującym ten związek. Charakter relacji, jaki łączy go ze

związkiem soma-psyche, nie jest tożsamy z tym, jaki istnieje w soma-psyche. W podejściu nieklasycznym socjosomatyki nie o taki związek chodzi. Aby móc mówić o podejściu psychosocjosomatycznym wszystkie elementy wchodzące w jego zakres musiałyby pełnić równie ważną rolę. Sytuacja, w której jedno jest tłem dla pozostałych, nie pozwala mu stanąć do dyskusji na równych zasadach. Możliwość taka może zaistnieć, jeżeli związek między soma a socjum (nie kontekstem) zostanie pozytywnie zweryfikowany. Rozumienie socjum wyłącznie jako kontekstu nie pozwala takiego związku wskazać. Zawsze w takiej sytuacji pośrednikiem będzie czynnik psychologiczny, którego wartość weryfikująca została wielokrotnie sprawdzona empirycznie przez psychologów.

Wykorzystanie w badaniach socjologicznych zmiennych psychologicznych (np. stresu), nawet jeżeli celem ich jest badanie wpływu czynników społecznych na objawy somatyczne, nie jest, *de facto*, podejściem socjosomatycznym w nieklasycznej odmianie, ale dobrym przykładem podejścia psychosomatokontekstowego (por. Kawczyńska-Butrym 1987). Różnicą podstawową w badaniach socjosomatycznych tego typu jest pominięcie tych zmiennych i szukanie bezpośredniego związku w relacji soma-socjum, a nie jak to postulowała klasyczna socjosomatyka: soma-psyche w kontekście. Prowadzone dotąd badania odwołują się raczej do podejścia psychosomatokontekstowego, a więc wykorzystują zmienne psychologiczne. Należałoby zadać sobie pytanie, czy kontekst społeczny to jedyna kategoria, która może posłużyć do analizy tego zjawiska. Czy zmienne psychologiczne zawsze muszą pośredniczyć pomiędzy somą a socjum? Odpowiedź twierdząca zamyka niejako możliwości dalszej eksploracji. Czy fakt, że nie mamy, w tym momencie, kategorii społecznej, która mogłaby przejąć rolę np. stresu w wywoływaniu części zjawisk somatyzacji, oznacza, że go nie ma? W tym miejscu nieklasyczna socjosomatyka próbuje iść zupełnie inną drogą. W takim wypadku nic nie stoi na przeszkodzie, aby somatyzacja stała się także dla niej polem eksploracyjnym. Zmiana powinna nastąpić między innymi w rozumieniu badanego związku między podstawowymi kategoriami, z dotychczas prowadzonych w relacji soma-psyche w kontekście na badanie związku soma-socjum. Wyłączenie zmiennych psychologicznych nie ma za zadanie zdegradowanie ich znaczenia, ale to dzięki temu zabiegowi może nastąpić próba zbadania, czy związek soma-socjum rzeczywiście istnieje. Dopiero kiedy nastąpi jego pozytywna weryfikacja, czynnik taki może zostać włączony w paradygmat psychosocjosomatyczny. Do tego momentu czynniki społeczne będą wyłącznie tłem, czyli czymś, o czym wszyscy wiedzą, ale nikt nie próbuje spojrzeć na nie inaczej. W pierwszej kolejności widzimy tych, którzy z tego tła się wybijają.



## Zakończenie

Hudson uważa, że kiedy wszystkie niewyjaśnione medycznie przyczyny są analizowane głównie poprzez teorie psychologiczne (por. Karasz i Dempsey 2008: 415), jedynie teoria socjologiczna, dotycząca choroby szuka jej przyczyn nie w *psyche* osoby, ale jej społecznych relacjach (por. Karasz 2005: 162), które trwając podtrzymują występowanie tych symptomów i ich chroniczność. Analizowanie wyłącznie kontekstu i wykorzystywanie zmiennych psychologicznych rozwija podejście psychosomatokontekstowe, ale wciąż nie daje odpowiedzi na pytanie, czy między somą a socjum istnieje jakiś związek.

Procesy opisywane przez nieklasyczną socjosomatykę mogą łączyć społeczny i biologiczny świat przynajmniej w jej teoretycznym obrazie. Podejście zaproponowane tutaj wymaga badań nad komunikowaniem pomiędzy ciałem i społeczeństwem bez włączania zmiennych psychologicznych (Kleinman 1998: 392; Van der Putte 2006: 146). Nieklasyczna socjosomatyka nie jest podejściem, które zajmuje się badaniem tła, ale próbuje na pierwszy plan wyciągnąć związek soma-socjum i wskazać go jako przedmiot swoich badań. Jest perspektywą wskazującą na element do tej pory zapomniany, któremu należy się miejsce w myśleniu o zdrowiu i chorobie (por. Kleinman 1998: 392).

Przyjęcie przez socjologię zdrowia i choroby perspektywy, jaką jest nieklasyczna socjosomatyka, będzie wymuszało na niej pewne zmiany i działania. Przede wszystkim jednoznaczne samookreślenie co do miejsca, jakie chciałaby zająć w stosunku do socjologii medycyny i socjologii zdrowia i choroby. Wymagałoby to także określenia wyraźnych granic dotyczących przedmiotu, metodologii i podstaw teoretycznych względem medycyny i psychologii. Kolejnym krokiem będzie uświadomienie sobie roli, jaką może pełnić w dyskusji z medycyną i psychologią i niejako „pozwolenie” sobie samej na to. Powinna nabrać świadomości, że dyskusja ta odbywać może się na zasadach równości – pełnoprawnego uczestnika. Będzie to wymagało potraktowania własnego paradygmatu jako perspektywy zwracającej uwagę na zupełnie inne obszary oraz otwarcia się, z drugiej strony, na dialog i docenienie innych nauk w tym dyskursie. Podstawą będzie docenienie największego wkładu, jaki wnosi ona w dyskurs o zdrowiu i chorobie – że pewne ich objawy wynikają ze zjawisk społecznych bez udziału zmiennych psychologicznych.

Zarysowana przeze mnie perspektywa jest propozycją, która otwiera socjologii, zwłaszcza socjologii zdrowia i choroby, nowe pole badawcze. Dotąd badania nad etiologią symptomów chorobowych były domeną medycyny, a potem psychologii. Dotychczasowym wkładem socjologii w ten dyskurs było pojęcie choroby funkcjonalnej, która jest przykładem pojęcia psychosomatokontekstowego. Wydaje się, że pozostawienie rozważań w takim kształcie powoduje pewien niedosyt i pojawienie się pytań zwłaszcza o istnienie

rzeczywistej relacji soma-socjum. Niechętna do dyskusji medycyna, dokonała pewnego otwarcia się, z którego skorzystała psychologia, na gruncie psychosomatyki. Zastanawiającym jej fakt, jak w prowadzonej przez nią dyskusji z medycyną, przedstawiła własne walory. Biorąc pod uwagę te doświadczenia, powstaje pytanie, na które powinna odpowiedzieć socjologia: czy mam coś do powiedzenia w tym zakresie?, Jeżeli mamy, to jak to zrobić? Może kategoria socjosomatyki, a zwłaszcza jej nieklasyczna odmiana, będzie właśnie tą furtką i pozwoli mówić o faktycznym podejściu psychosocjosomatycznym.

### Literatura

- Albrecht, Gary i Ray Fitzpatrick. 2000. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications, s. 231.
- Barański, Jarosław i Włodzimierz Piątkowski (red.). 2002. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Atut.
- Becker, Anne. 1998. *Postpartum Illness in Fiji: A Sociosomatic Perspective*. „Psychosomatic Medicine” 4: 431–438.
- Beltran, Irma. 2005. *The Relation of Culture to Differences in Depressive Symptoms and Coping Strategies: Mexican American and European American College Students*. Austin: The University of Texas, s. 12.
- Bielecki, Wojciech. 2007. *Syndrom choroby funkcjonalnej – socjologiczny mit czy rzeczywistość?* Łódź: WUL.
- Doug, Oman i Carl E. Thoresen. 2002. ‘Does Religion Cause Health?’: Differing Interpretations and Diverse Meanings. „Journal of Health Psychology” 7: 365–380.
- Fabrega, Horacio. 1992. *Culture and the Psychosomatic Tradition*. „Psychosomatic Medicine” 54: 561–566.
- Firkowska-Mankiewicz, Anna (red.). 1990. *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*. Warszawa: CPBP.
- Heszen, Irena i Helena Sęk. 2007. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.
- Hudson, Charles. 1978. “Sociosomatic” Illness. „The Florida Anthropologist” 2: 52–63.
- James, Susan, Geoffrey S. Navara, Juane N. Clarke i Jonathan Lometey. 2005. *An Inquiry Into the “Agonies” (Agonias) of Portuguese Immigrants From the Azores*. „Hispanic Journal of Behavioral Sciences” 27: 547–564.
- Jenkins, David. 1999. *Sociosomatics Gives Insights Into Functional Disorders*. „Psychosomatic Medicine” 61: 256.
- Jenkins, Janis i Norma Cofresi. 1998. *The Sociosomatic Course of Depression and Trauma: A Cultural Analysis of Suffering and Resilience in the Life of a Puerto Rican Woman*. „Psychosomatic Medicine” 4: 439–447.
- Karasz, Alison i Kara Dempsey. 2008. *Health Seeking for Ambiguous Symptoms in Two Cultural Groups: A Comparative Study*. „Transcultural Psychiatry” 45: 415–435.
- Karasz, Alison. 2005. *Marriage, Depression and Illness: Sociosomatic Models in a South Asian Immigrant Community*. „Psychology Developing Societies” 17: 161–180.

- Katzenmeier, Friedhelm, Michael Kraus i Kemal Sayar. 2006. *Depression: Historical, Cultural, and Philosophical Perspectives*. W: *Psychiatry: Uniqueness and Universality*. World Psychiatric Association International Congress 2006, s. 143.
- Kawczyńska-Butrym, Zofia. 1987. *Funkcjonowanie rodziny a choroba. Analiza socjologiczna*. Lublin: KUL.
- Kirmayer, Laurence. 2006. *Beyond the "New Cross-cultural Psychiatry": Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization*. „Transcultural Psychiatry” 43: 126–144.
- Kirmayer, Laurence i Allan Young. 1998. *Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives*. „Psychosomatic Medicine” 4: 420–430.
- Kirmayer, Laurence, Danielle Groleau i Karl Looper. 2004. *Explaining Medically Unexplained Symptoms*. „The Canadian Journal of Psychiatry” 10: 663–672.
- Kleinman, Arthur. 1998. *"Sociosomatics": the Contributions of Anthropology To Psychosomatic Medicine*. „Psychosomatic Medicine” 4: 389–393.
- Kleinman, Arthur i Anne Becker. 1998. *Sociosomatics and Illness Course in Chronic Fatigue Syndrome*. „Psychosomatic Medicine” 60: 394–401.
- Kleinman, Arthur i Adriana Petryna. 2001. *Health, Anthropological Aspects*. W: *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Elsevier Science Ltd., s. 1–9.
- Lee, Dominic i Alexander Yip. 2004. *Ethnoepidemiology of Postnatal Depression Prospective Multivariate Study of Sociocultural Risk Factors in a Chinese Population in Hong Kong*. „The British Journal of Psychiatry” 184: 34–40.
- Lock, Margaret. 1998. *Menopause: Lessons From Anthropology*. „Psychosomatic Medicine” 4: 410–419.
- Low, Kelvin. 2007. *Olfactive Frames of Remembering: Notes on the Smells of Memories*. Bielefeld: Department of Sociology National University of Singapore, s. 5–12.
- Łęcka, Dominika. 2009. *Procesy biologiczne człowieka zmienne kulturowo? Teoria „local biologies” jako hipoteza związku przyczynowo-skutkowego w relacji somosocjum a choroby socjosomatyczne*. W: K. Janowski i J. Gierus (red.). *Człowiek chory – aspekty biopsychospoleczne*. T. 1. Lublin: BestPrint, s. 36–49.
- MacLachlan, John. 1958. *Cultural Factors in Health and Disease*. W: G. Jaco (red.). *Patients, Physicians, and Illness*. Glencoe: Free Press, s. 94–105.
- Marusic, Andrej. 2004a. *Editorial: Mental Health Education in the Expanding EU*. „British Journal Of Psychiatry” 184: 450–451.
- Marusic, Andrej. 2004b. *Mental Health in the Enlarged European Union: Need for Relevant Public Mental Health Action*. „International Journal of Social Psychiatry” 50: 291–293.
- Miller, Elizabeth. 1998. *The Uses of Culture in the Making of AIDS Neurosis in Japan*. „Psychosomatic Medicine” 4: 402–409.
- Nichter, Mark. 2008. *Coming to Our Senses: Appreciating the Sensorial in Medical Anthropology*. „Transcultural Psychiatry” 45: 163–190.
- Ranjith, Gopinath i Rajesh Mohan. 2006. *Dhat Syndrome as a Functional Somatic Syndrome: Developing a Sociosomatic Model*. „Psychiatry” 2: 142–150.

- Sing, Lee. 1998. *Estranged Bodies, Simulated Harmony, and Misplaced Cultures: Neurasthenia in Contemporary Chinese Society*. „Psychosomatic Medicine” 4: 448–457.
- Skrzypek, Michał. 2002. *Psychosocjosomatyka – ewolucja, przedmiot badań, funkcje*. W: J. Barański i W. Piątkowski (red.). *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: ATUT, s. 43–60.
- Sokołowska, Magdalena. 1980. *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Stern, Lara i Laurence Kirmayer. 2004. *Knowledge Structures in Illness Narratives: Development and Reliability of Coding Scheme*. „Transcultural Psychiatry” 41: 130–142.
- Till, Karen. 2008. *Artistic and Activist Memory-work: Approaching Place-based Practice*. „Memory Studies” 1: 99–113.
- Uramowska-Żyto, Barbara. 1992. *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Van der Putte, Elise. 2006. *Exploring Chronic Fatigue Syndrome in Adolescents*. Enschede: Print Partners Ipskamp, s. 69–84, 145–164.
- Wardwell, Walter. 1974. *Population Density and Mobility*. „American Journal of Public Health” 11: 1052–1055.
- Ware, Norma. 1998. *Sociosomatics and Illness Course in Chronic Fatigue Syndrome*. „Psychosomatic Medicine” 4: 394–401.
- WHO definition of Health*. 1948. „Official Records of the World Health Organization” 2: 100.

## **Classical Sociosomatic Theory and its Non-classical Version. Sociology of Health and Sickness and its Contribution to Discussion about Somatic Disorder and Etiology of Illness**

### Summary

This article provides new insight into somatization and its causes. It is the response to psychosomacontext paradigm visible in sociological idea of “functional illness”. It discusses foundations of classic meaning of sociosomatic paradigm. Based itself on the weakness of classical sociosomatic the text gives the new version of it. Is it possible to find a sociological category that would be as an equivalent of stress in the psychosomatic paradigm? Is it possible that its function and influence would be the same in the sociosomatic view? Do sociosomatic illnesses exist? This article is the first attempt to answer these questions.

Key words: sociology of health and sickness, sociosomatic, somatization, psychosomatic, local biologies