

medicínská antropologie a její aplikace

EMA HREŠANOVÁ

ÚVOD: CO JE MEDICÍNSKÁ ANTROPOLOGIE? (MEDICAL ANTHROPOLOGY)

Pokoušíte se z názvu odvodit, o čem by toto odvětví antropologie mohlo být, a vybavují se vám pouze postavy s bílými plášti či typický zápach nemocničního prostředí? Pokud ano, je to zcela v pořádku. Medicínská antropologie se opravdu zabývá otázkou, co si různí lidé představují pod termínem „medicína“ či lékařství. Pochopitelně však nejen tím. Lékaři i další zdravotníci jsou sice vděčným objektem zájmu antropologů, ale až v relativně nedávné době. Tradičně se medicínští antropologové zajímali spíše o to, jak lidé přistupují k nemocem, zdraví a léčbě v jiných – nezápadních – kulturách. Mezikulturní srovnání je vedlo k poznání, že vždy záleží na konkrétním kulturním kontextu a dané společnosti, zda budou nějaké tělesné projevy či duševní stavy vykládány jako nemoc, a tudíž něco nenormálního, či jako norma nebo jako stav jiného vědomí. Například samomluva může být vykládána jako projev duševní nemoci, známka posedlostí duchy nebo také jako tzv. *glossolalie*, extatické nesrozumitelné výkřiky nesoucí náboženský význam (Helman 2001:173).

Medicínská antropologie se obecně zabývá oblastí zdraví a nemoci. Studuje významy různých onemocnění a chorob i související strategie, které lidé používají k tomu, aby se těchto nepříjemných stavů zbavili. Zajímá se nejen o nemocné, ale i o léčitele a jejich vzájemný vztah. Obecně zkoumá oblast léčby, výkladů nemocí a jejich příčin, významy, které jsou různým nemocem v dané společnosti připisovány i které se pojí ke způsobům udržování zdraví a obecně k systémům poskytování zdravotní péče. V neposlední řadě se táže, jak souvisí výskyt určitých nemocí s geopolitickými, ekonomickými a sociálními podmínkami, v kterých postižení lidé žijí, a zda, popřípadě co lze s vyskytujícími se problémy dělat.

1

DEFINICE MEDICÍNSKÉ ANTROPOLOGIE DLE SLOVNÍKŮ, CIZOKRAJNÝCH UČEBNIC A VÝZNAČNÝCH ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ

- Carol a Melvin Embersoví (2003:xxxv) definují medicínskou antropologii jako: „oblast antropologie, která studuje veškeré aspekty jevů souvisejících se zdravím, čili zdraví, nemoc, zdravotní péči apod.“ Do úvahy dle nich bere nejen místní kulturní systémy, ale i dopady celosvětových sociálních a politických prostředí.
- Helman ve své slavné učebnici medicínské antropologie uvádí definici Fostera a Andersona (1978:2-3), dle nichž je medicínská antropologie: „Biokulturní disciplínou zabývající se jak biologickými, tak sociokulturními aspekty lidského chování, konkrétně studuje způsoby, jakými se tyto dva aspekty v lidské historii prolínaly a jak navzájem ovlivňovaly a ovlivňují lidské zdraví a nemoc“ (Helman 2001:4).
- Společnost pro medicínskou antropologii při *Americké antropologické asociaci* definuje medicínskou antropologii jako: „subdisciplínu antropologie, která vychází ze sociální, kulturní, biologické a lingvistické antropologie ve snaze pochopit faktory, které ovlivňují zdraví a stav pohodlí (*well-being*), zkušenosti a rozšíření nemocí, jejich prevenci a léčbu, léčebné procesy, sociální vztahy týkající se řízení terapie a kulturní důležitost a využití pluralistických medicínských systémů. Disciplína medicínské antropologie vychází z mnoha různých teoretických přístupů. Všímá si populární kultury vztahující se ke zdraví, stejně jako bio-vědecké epidemiologie a sociální konstrukce vědění, politiky vědy jako vědeckých objevů a testování hypotéz. Medicínští antropologové zkoumají, jak jsou zdraví jednotlivců, širší společenské formace i prostředí ovlivňovány vzájemným vztahem mezi lidmi a ostatními živočišnými druhy. Dále zkoumají kulturní normy a sociální instituce, mikro- a makropolitiku a vlivy globalizace, neboť každý z těchto procesů ovlivňuje místní světy.“ <http://www.medanthro.net/definition.html>

1

- Brown, Barrett a spoluautoři (2010:3) doporučují, aby na večírcích charakterizovali studenti medicínskou antropologii jako disciplínu, která „studuje zdravotní problémy lidí i systémy léčení v nejširších sociálních a kulturních kontextech“.
- Kottak (2007:13) ve svém stručném úvodu do antropologie uvádí, že medicínská antropologie je: „... jak akademická/teoretická, tak aplikovaná/praktická. Je to pole, které zahrnuje jak biologické antropology, tak sociokulturní antropology. Medicínští antropologové zkoumají například otázky, které nemoci ovlivňují různé populace, jak je nemoc sociálně konstruována a jak lze nemoc léčit efektivně a kulturně adekvátním způsobem.“

MEDICÍNSKÁ ANTROPOLOGIE JAKO TEORETICKÁ I PRAKTICKY ORIENTOVANÁ DISCIPLÍNA

Medicínští antropologové si povšimli, že praktiky a přesvědčení vztahující se k nemocem a podlomenému zdraví často stojí v jádru daných kultur, které v různých částech světa studovali. Obvykle se totiž vztahují k vyšším principům a výkladu toho, proč na někoho toto neštěstí dopadlo (Helman 2001:4-5). V tomto smyslu slouží oblast zdraví a nemoci k hlubšímu pochopení celé kultury dané společnosti. Oblast zdravotního systému pak vlastně představuje jakýsi *mikrokosmos*, v němž lze studovat a pozorovat širší společenské procesy, jako například mocenské uspořádání, genderové vztahy, pojetí nadpřirozena, globalizační procesy, role a postavení různých expertů a vědy, tržní mechanismy apod. (např. Davis-Floyd, Sargent 1997:6, v souvislosti s porodní péčí). V tomto ohledu přináší medicínská antropologie cenné poznatky o studovaných společnostech a sociálních procesech a přispívá k rozvoji sociální teorie.

Nemoc a podlomené zdraví ale zároveň představují synonymum lidského utrpení. A protože antropologové jsou také jen lidé, často nezůstávají u čistě akademického zájmu. Zajímají je nejen příčiny, ale i důsledky lidské nemoci a souvisejícího utrpení (Waldstein, Adams 2006). Proto byla medicínská antropologie ve své historii vždycky z převážné části propojena s aplikovaným výzkumem (Singer 1995:82; Foster a Anderson 1978, cit.

dle Rylko-Bauer, Singer, van Willigen 2006:179; Good 1994:4; více viz následující sekce). Aplikovaná medicínská antropologie explicitně usiluje o porozumění danému problému, který se týká zdraví a nemoci, a navrhuje jeho řešení. Hledání cest, jak odstranit tyto problémy se zdravím, je často velmi komplikované a spolupracují na něm týmy nejrůznějších odborníků i laiků. Do takových interdisciplinárních týmů vnášíme aplikovaní medicínské antropologové porozumění místním významům, „kultuře“, a také zručnost v mezikulturní komunikaci (viz např. Lupton 1994:13-14) [viz rámeček 2]. Tzv. *kliničtí antropologové* se pak přímo podílejí na poskytování péče pacientům v prostředí nemocnic či dalších zdravotnických (klinických) zařízení. V těchto kontextech působí buď v roli učitelů, jejichž úkolem je informovat své kolegy o důležitosti kulturních vlivů na zdraví a nemoc, anebo mohou zastávat roli zdravotníků či terapeutů poskytujících pomoc a expertní vědění ve specializovaných oblastech (viz Helman 2001:8). Jiní aplikovaní antropologové pracují v mezinárodních humanitárních organizacích, jako je *Světová zdravotnická organizace* (WHO), UNICEF či *Lékaři bez hranic* (*Médecins Sans Frontières*), a podílejí se na realizaci projektů týkajících se zdraví a potírání nemocí v různých částech světa (Helman 2001:8-9). V tomto ohledu se jejich práce i specializace úzce dotýká tzv. *public health*, disciplíny orientující se na tíživé zdravotní problémy určitých světových populací, především třetího světa. Mezi další zvláštní skupinu medicínských antropologů lze řadit i tzv. *kritické medicínské antropology*. Ti jdou za konkrétní klinickou praxí ve snaze porozumět širším makro-sociálním procesům, především ekonomickým a politickým nerovnostem, které způsobují nemoci (Helman 2001:8). Více tuto perspektivu rozebereme v následujícím textu.

2**PŘÍPADOVÁ STUDIE**

Následující příklad vám možná bude připadat poněkud nepatřičný či legrační. Týká se totiž průjmu. Uvádíme ho ale proto, že dobře ukazuje propojenost intimní tělesné sféry s širšími společenskými podmínkami, a zároveň zdůrazňuje důležitost kulturních významů připisovaných nemocem, které určují způsob jejich léčby. Průjmová onemocnění totiž podle WHO úzce souvisí s chudobou, nevhodnými hygienickými podmínkami, kontaminovanou vodou a vyšší nákazou infekčními chorobami. Jde o velmi vážný celosvětový problém, který každý rok vede k úmrtí cca 5 až 7 milionu lidí, především dětí v tzv. třetím světě (Helman 2001:9). Komplexní řešení tohoto zdravotního problému by vyžadovalo zásadní strukturální změny nejen v postižených zemích, ale i v celosvětovém měřítku, což je dlouhodobá záležitost. Přitom existuje jednoduchý a bezpečný recept na tento problém, který přináší okamžitou úlevu a není ani finančně náročný. Je jím tzv. orální rehydratační terapie (ORT), jejíž poskytování je často sponzorováno různými vládními programy, které ji činí snadno dostupnou. Přesto různé antropologické studie (např. Mull, Mull 1988, cit. dle Helman 2001; De Souza et al. 2000⁷⁶) ukázaly, že matky malých dětí se zdráhají tuto relativně dostupnou léčbu využívat, neboť se výrazně odlišuje od způsobu, jakým tomuto onemocnění rozumí. Například studie Mullových z vesnických oblastí v Pákistánu ukázala, že matky jednak neumí ORT používat, jednak průjmy považují za přirozenou součást vývinu a doprovodný jev při prořezávání prvních zubů. Některé z nich věřily, že je nebezpečné se pokoušet průjmy zastavovat, protože „horkost“ se může přesunout do hlavy a způsobit horečky. Jiní lidé považovali průjmy za příznaky uhranutí či působení zlých duchů a sil, které by měly být léčeny spíše pomocí tradičních bylin a tradičními léčiteli. Mnoho žen ve zkoumané skupině považovalo průjmy za „horkou“ nemoc, která by měla být léčena prostřednictvím „studených“ léků či stravy. Přitom většinu západních léků, jako například antibiotika či vitamíny, vnímaly jako spadající do kategorie „horkých“ prostředků (cit. dle Helman 2001:9).

76 *Mnoho studií o ORT a jejím způsobu využití v rozvojovém světě bylo publikováno v osmdesátých letech na stránkách nejprestižnějšího časopisu v oblasti sociálních studií zdraví a nemoci, který se příznačně jmenuje Social Science and Medicine (vydává jej nakladatelství Elsevier).*

STRUČNÝ PŘEHLED VÝVOJE MEDICÍNSKÉ ANTROPOLOGIE

Dá se říci, že medicínská antropologie má kořeny v klasických etnografiích, jež obsahovaly sekce o medicínských praktikách nezápadních společností. K takovým studiím patřily ty, které provedl například Edward Evan Evans-Pritchard (1937), William Halse Rivers Rivers (1924) či Victor Turner (1967) (cit. dle Waldstein, Adams 2006: 96-97). Domorodá „primitivní medicína“ byla dlouho považována jen za nějakou nedokonalou, nevyspělou verzi západní biomedicíny. (Ostatně etnocentrické pohlížení na „primitivní národy“ bylo pro antropologické bádání po dlouhou dobu příznačné.) To, že taková léčba fungovala, připisovali antropologové především psychologickému dopadu léčebných rituálů. Dle antropologů při nich docházelo ke kontaktu s duchy, kteří způsobovali danou nemoc. Britští antropologové tak v rané fázi studia medicínských praktik věnovali téměř veškerou pozornost právě těmto rituálům. Léčbu a místní medicínu chápali především jako součást místní magie a čarodějnictví (Waldstein, Adams 2006).

Po druhé světové válce v padesátých letech však sílí kulturní kritika etnocentrismu i západní biomedicíny, která do značné míry vychází právě ze studia „tradiční medicíny“. Medicínští antropologové se účastní prvních velkých mezinárodních projektů ke zlepšení veřejného zdraví a zároveň kritizují kulturní naivitu, která je v nich obsažena. Upozorňují, že lidé v nezápadních společnostech nejsou jen „prázdnými nádobami“, které čekají na to, až do nich někdo nalije rady jak pečovat o zdraví a že je potřeba brát v potaz kulturní normy, které ovlivňují domorodé konceptualizace nemoci (Good 1994: 26).

Dá se říci, že medicínská antropologie má kořeny v klasických etnografiích, jež obsahovaly sekce o medicínských praktikách nezápadních společností. K takovým studiím patřily ty, které provedl například Edward Evan Evans-Pritchard (1937), William Halse Rivers Rivers (1924) či Victor Turner (1967) (cit. dle Waldstein, Adams 2006:96-97). Domorodá „primitivní medicína“ byla dlouho považována jen za nějakou nedokonalou, nevyspělou verzi západní biomedicíny. (Ostatně etnocentrické pohlížení na „primitivní národy“ bylo pro antropologické bádání po dlouhou dobu příznačné.) To, že taková léčba fungovala, připisovali antropologové především psychologickému dopadu léčebných rituálů. Dle antropologů při nich docházelo ke kontaktu s duchy, kteří způsobovali danou nemoc. Britští antropologové

tak v rané fázi studia medicínských praktik věnovali téměř veškerou pozornost právě těmto rituálům. Léčbu a místní medicínu chápali především jako součást místní magie a čarodějnictví (Waldstein, Adams 2006).

Po druhé světové válce v padesátých letech však sílí kulturní kritika etnocentrismu i západní biomedicíny, která do značné míry vychází právě ze studia „tradiční medicíny“. Medicínští antropologové se účastní prvních velkých mezinárodních projektů ke zlepšení veřejného zdraví a kritizují kulturní naitivitu, která je v nich obsažena. Upozorňují, že lidé v nezápadních společnostech nejsou jen „prázdnými nádobami“, které čekají na to, až do nich někdo nalije rady, jak mají pečovat o zdraví, a že je potřeba brát v potaz kulturní normy, které ovlivňují domorodé konceptualizace nemoci (Good 1994:26).

Ještě v šedesátých letech nebyla medicínská antropologie příliš favorizovanou oblastí. Jak podotýká Byron Good (1994:4), byl-li někdo označen za medicínského antropologa, vzbudilo to spíše rozpaky než nadšení. Souviselo to s praktickou orientací této subdisciplíny. Její průkopníci usilovali především o zlepšení zdraví ve společnostech třetího světa (Good 1994:4). S tím souvisel zájem o mezi-kulturní srovnání zdravotních systémů. Medicínská antropologie do značné míry čerpala nejen z obecné antropologie, ale především i z medicíny (Helman 2001:4). A jak mnozí autoři podotýkají, v této době sloužila spíše potřebám medicíny (Lupton 1994:14).

Od sedmdesátých let se medicínská antropologie spolu s interpretativním obratem v sociálních vědách obrací především k významu a symbolice nemoci. (V tomto ohledu je stěžejní například práce Arthura Kleinmana, Eisenberga a Gooda [1978], Gooda [1977] a dal.) Pacient je pojímán jako síť neznámých významů, které musí lékař dekodovat (Lupton 1994:14).

Antropologové upozorňují na socio-kulturní aspekty nemoci a ukazují na kulturní podmíněnost „objektivního“ biomedicínského vědění. Studie z této oblasti se tak přímo dotýkají medicínské epistemologie čili způsobů, jakým lékaři (i jiní) vědci poznávají realitu a „objevují“, či přesněji konstituují lékařské vědění a poznatky (viz Lupton 1994:14; Good 1994:7-10). V tomto ohledu sehrály významnou roli studie, jež se kriticky zaměřovaly na výzkum ženského zdraví. Ukázaly na kulturní podmíněnost lékařských diagnóz, které patologizovaly ženské zdraví, především v reprodukční oblasti. Například Brigitte Jordan (1993) srovnávala porodní praktiky ve čtyřech různých kulturách a ukázala nejen na to, jak kultura určuje způsob

aplikování „vědeckých poznatků“ v různých zemích západní Evropy, ale i na základní přesvědčení západního porodnictví, že porod je inherentně rizikový proces, který určuje péči i výzkum v této oblasti.

Osmdesátá léta znamenala pro mnohé antropology v západní Evropě a Severní Americe značnou deziluzi, a to ovlivnilo i medicínskou antropologii. Celkem pozitivně. Na pracovní trh najednou vstupovaly zástupy čerstvě vystudovaných antropologů, pro které nebylo v akademii místo (např. Spencer 2000:4). Medicínská antropologie otevírala množství exotických světů přímo v západní společnosti, „doma“ (hovoří se o antropologizaci Západu; Lupton 1994:14; též v souvislosti s „*anthropology at home*“). Antropologové se ve větší míře začínají zajímat o přesvědčení a hodnoty vztahující se ke zdraví v západních společnostech. Rostoucí popularitu medicínské antropologie reflektuje i programový článek z roku 1987, který napsaly přední americké antropoložky Nancy Scheper-Hughes a Margaret Lock, „*The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*“, v němž se pokusily vymezit budoucí agendu praktické i teoretické medicínské antropologie a rekonceptualizovat základní nástroje (medicínské) antropologie, jako jsou koncepty nemoci a těla.

Od devadesátých let se ovšem – obrazně řečeno – z bývalé přísluhovačky stává pán. Zatímco v šedesátých letech se bez nadsázky dá konstatovat, že sociální teorie stála na periferii medicínské antropologie (viz Good 1994:4), dnes naopak studie vycházející z medicínské antropologie velmi výrazně přispívají k teoretickému posunu celé antropologické disciplíny (srov. Erikson, Nielsen 2001:154). Velký přínos mají v tomto ohledu především studie zabývající se tělem a tělesností i novými lékařskými technologiemi. Ty pomáhají „rozluštit“ dřívější nevyřešitelnou hádanku, kterou představovala propast mezi empirickými daty na straně jedné a sociální teorií na straně druhé. Základem pro vytváření nové sociální teorie se stává koncept *těla*.⁷⁷

77 *V konceptu těla se snoubí agency i structure. Sociální vědci studující „tělo“ a „těla“ a všimají si toho, že fyzický vzhled těl i způsob, jakým s nimi jejich „vlastníci“ zacházejí a jak je zakoušejí, odráží širší společenské vztahy a struktury (viz Maussův a Bourdieův koncept habitu). Stejně tak i to, jak je „tělo“ ve společnosti pojímáno, se liší v závislosti na konkrétním společenském a historickém kontextu. Toto myšlení dobře vystihuje koncept embodimentu, který odkazuje na tělo jako produkt společnosti (daná společnost určitým způsobem tělo konceptualizuje), a zároveň na společnost jako entitu vytvořenou těly. (Stručný přehled viz např. Turner 1995).*

Dnes patří medicínská antropologie k nejdynamičtější se rozvíjejícím oblastem antropologie, což odráží enormní množství studií v této oblasti i zájem stále většího množství badatelů i studentů antropologie. Medicínská antropologie bývá přirovnávána k „Londýnu, metropoli, v níž se různé hlasy podílejí na řešení zásadních otázek dneška“ (Good 1994:5). V České republice je bohužel tato vzrušující oblast antropologického studia stále spíše na okraji badatelského i studentského zájmu. I v našem kontextu ale roste počet prací, které se medicínské antropologii věnují, přestože většina z nich se stejnou měrou hlásí k příbuzné disciplíně - sociologii zdraví a nemoci. Podobné překračování hranic mezi různými sociálně vědními disciplínami je však dnes v této oblasti běžné i na mezinárodním poli.

3

MEDICÍNSKÁ ANTROPOLOGIE V ČR A ČEŠTÍ MEDICÍNSKÍ ANTROPOLOGOVÉ

Příkladem studie zahraničních medicínských antropologů z českého prostředí může být třeba práce britské antropoložky Rosie Read (2007), která etnografickými metodami studovala poskytovanou péči v českém domově důchodců.

Jinou etnografickou studií z českého prostředí, tentokrát provedenou domácím výzkumníkem, může být moje práce z prostředí porodnic (Hrešanová 2008), dovolíte-li mi přihřát si vlastní polívčičku. Kniha poskytuje vhled do organizačních kultur dvou porodnic a ukazuje, jak o přicházejících rodičkách uvažuje personál těchto zdravotnických zařízení. Zároveň ilustruje i zmíněný přesah do sociologie.

A nakonec mi jako poslední příklad dovoluete uvést stať Miroslava Horáka (2010), jejíž zjištění staví na výzkumu mimo český kontext, a to konkrétně v centru pro léčbu toxikómánie v peruánské Takiwasi (San Martín). Autor se v ní soustředí na popis a vysvětlení místní etiologie nemocí a klasifikace léčebného systému ve studované oblasti.

PŘEHLED TÉMATIKY MEDICÍNSKÉ ANTROPOLOGIE DLE JEDNOTLIVÝCH OBDOBÍ

OBDOBÍ	HLAVNÍ TÉMATA
Klasické – do 2. světové války	Léčebné rituály; medicína jako součást lokální magie a čarodějnictví
50. léta 20. století	Kritika etnocentrismu, mezinárodní projekty; domorodé konceptualizace nemocí
60. léta 20. století	Mezikulturní srovnání zdravotních systémů; výzkumy pro potřeby medicíny
70. léta 20. století	Význam a symbolika nemoci, socio-kulturní aspekty nemoci; kulturní podmíněnost biomedicínského vědění a diagnóz; výzkum ženského zdraví
80. léta 20. století	Přesvědčení a významy obklopující nemoci v západním kontextu – „doma“; koncepty nemoci
90. léta 20. století	Tělo, tělesnost, „embodiment“ a nové lékařské technologie
21. století	Tělesnost jako základ rozvoje sociální teorie; bioetika; genetika a nové genetické technologie, úzké propojení se sociálními studiemi vědy a technologií; nové reprodukční technologie apod.

SOUČASNÉ TEORETICKÉ PŘÍSTUPY A APLIKOVANÁ MEDICÍNSKÁ ANTROPOLOGIE

V současné době můžeme na poli medicínské antropologie identifikovat několik dominantních teoretických přístupů. V americkém kontextu, v němž se do antropologie zahrnují i biologické vědy o člověku, představuje jeden z nich i tzv. **ekologický anebo tzv. biokulturní přístup**, který explicitně aplikuje perspektivu tzv. biologické antropologie. Ten se soustředí na životní prostředí, v němž lidé žijí, a na sociální praktiky, které se v tomto prostředí odehrávají. Na vzniklé zdravotní problémy nahlíží právě jako na výsledek vzájemné interakce mezi životním prostředím a kulturou dané populace. Mezi konkrétní témata, která se v rámci tohoto přístupu studují,

patří například distribuce jídla, hygiena, sexuální praktiky, interakce patogenů, populací a životního prostředí. Výzkum v této oblasti často staví na kvantitativních metodách a uplatňuje spíše etický než emický pohled (Miller, Wood 2006:397; Waldstein, Adams 2006:95).

Interpretativní přístup stále patří k předním perspektívám v sociálních vědách, přestože v posledních letech sílí jeho kritika.⁷⁸ V první řadě se soustředí na významy a zkušenosti nemoci. Zajímá se o to, jak lidé rozumí nemoci, kterou prožívají jejich blízcí nebo oni sami. Zkoumá, jaké významy jsou skryty v dominantních metaforách, které jsou ve společnosti užívány k popisu daných nemocí, a následně pak určují způsob, jak s nimi je zacházeno (Waldstein, Adams 2006:95)⁷⁹. Dá se říci, že celý zdravotní systém pojmá jako systém významů. V tomto ohledu hraje důležitou roli mezi-kulturní srovnání. Tyto studie obecně ukazují, že různé významy připisované nemocem, a především pak jejich léčbě, mají zásadní roli z hlediska způsobu, jak je k nim přistupováno [viz rámeček 4]. Medicínští antropologové v této souvislosti naznačují, že 10 až 90 % účinnosti některých léčebných předpisů je otázkou tzv. *placebo efektu* (Miller, Wood 2006:399).⁸⁰

Třetím nejvýznamnějším přístupem na poli medicínské antropologie je dnes tzv. „**kritický přístup**“, v originále **critical medical anthropology**. Ten je dnes dokonce označován za „mainstreamový“ proud na poli medicínské antropologie (Brown, Bennett 2010:12). Rozvíjí argumenty so-

78 *Ta se dobře manifestuje především v tzv. „sporů o kulturu“ (shrnutí v češtině viz např. Hřešanová 2008). V této souvislosti je ale nutné zdůraznit, že interpretační směr zahrnuje množství různých teoretických perspektiv.*

79 *Viz například studie Emily Martin ([1987] 2001) *The Woman in the Body*, v níž analyzuje způsob zobrazování ženského těla v lékařských učebnicích v historické perspektivě.*

80 *V tomto ohledu je případná poznámka Waldstein a Adams (2006:98), které upozorňují na to, že mnohé antropologické studie měly a stále mají tendenci přeceňovat psychologickou stránku léčebných rituálů, a tím klást nepřiměřený důraz na „placebo“ efekt a jeho rozšířenost. V tomto ohledu je zajímavá kniha věnující se symbolice léků od S. Whyte, S. van der Geest a Anity Hardon s názvem *Social Lives of Medicine* (2002).*

ciálního konstruktivismu, především tezi o **medikalizaci**⁸¹, a též aplikuje optiku tzv. politické ekonomie, která zdůrazňuje sociální nerovnosti promítající se do zdraví lidí. Ukazuje, že charakter nemoci je neodmyslitelně spjat se širším ekonomickým a politickým kontextem, v kterém lidé žijí a v němž jejich onemocnění vznikají (např. Miller, Wood 2006:400; Lupton 1994:14-15). Kritickým medicínským antropologům ale nestačí zmíněné problémy pochopit a popsat je. Chtějí se aktivně podílet na jejich řešení. A protože je jejich perspektiva v tomto smyslu nutně aplikovaným přístupem, budeme se tomuto proudu medicínské antropologie věnovat podrobněji v následující sekci.

4

PŘÍKLADY STUDIÍ TŘÍ PŘÍSTUPŮ

EKOLOGICKÝ PŘÍSTUP/ BOKULTURNÍ PŘÍSTUP

Paul Leslie využil biokulturní přístup během více než patnácti let, během kterých spolu s dalšími výzkumníky zkoumal populační ekologii pastevců Turkana v severozápadní Keni v rámci velkého multidisciplinárního projektu South Turkana Ecosystem Project (Little, Leslie 1999). Ten se snažil odpovědět jednak na to, jak tito lidé biologicky i behaviorálně reagují na neustále se měnící a nepředvídatelné prostředí, a dále na to, jaké dopady mají strategie obživy těchto lidí na životní prostředí. Výzkumníci kombinovali různé metodologie, kvantitativní (dotazníky) i kvalitativní (etnografii), aby uchoopili, jak biologické a environmentální faktory ovlivňují mortalitu a porodnost i jakou roli zde hrají kulturní faktory, praktiky a hodnoty.

INTERPRETATIVNÍ PŘÍSTUP

Ngubane (1977) popisuje systém léčebné symboliky u Zulů v jižní Africe, který má zásadní vliv na to, jak léčba probíhá. Zulům totiž nejde o to, jaké složení lék má, ale spíše jakou má *barvu*. V systému léčebných rituálů

81 *Medikalizace je definována jako proces, v rámci něhož je problém nemedicínské povahy redefinován a pojímán a následně řešen jako problém povahy medicínské, často jako nemoc či jako nějaký syndrom (Conrad 1992: 209). Vysvětlení viz dále.*

4

záleží na třech barvách: černá (*mnyama*) je spojována s tmou, znečištěním, fekáliemi, nebezpečím, nocí. Naopak bílá (*mhlope*) symbolizuje dobré věci, pevné zdraví a štěstí. Je spojována s denní dobou a s aktivitami, které se dějí během dne, například stolováním či sociálními interakcemi. Třetí významnou barvou je červená (*bomvu*), jež symbolizuje stavy tranzice a obecně fáze transformace, jako je znovuzrození, růst atd. Je asociována s krví, úsvitem a západem slunce. Je méně nebezpečná než černá barva, ale není tak pozitivní jako bílá. U Zulů je zdraví považováno za stav rovnováhy mezi člověkem a jeho prostředím. Proto musí tradiční zulský léčitel nejprve z těla vyloučit vše zlé, k čemuž volí rituály spjaté s černou a červenou barvou, a následně aplikuje léky bílé barvy, aby posílil tělo a znovu ho navrátil do stavu zdraví. Musí přitom striktně dodržovat pořadí barev, jinak nemůže dojít k vyléčení z nemoci (cit. dle Helman 2001:159).

KRITICKÝ PŘÍSTUP:

Paul Farmer je vzděláním nejen antropolog, ale také lékař. Zároveň působí jako ředitel nevládní organizace *Partners in Health*, kterou založil. Kriticky se zaměřuje na otázky sociální spravedlnosti a nerovností ve zdraví napříč populacemi. Stal se světově uznávanou osobností díky svým výzkumům zvýrazňujícím globální politické vztahy a jejich dopady na vnímání epidemie HIV/AIDS a dalších nakažlivých nemocí. V jedné ze svých knih na toto téma *AIDS and Accusations* (2006) argumentuje, že šíření nakažlivých nemocí, jako je právě HIV/AIDS či nové formy tuberkulózy, je úzce spjato s chudobou, sociálními nerovnostmi, násilím a genocidou. Přitom epidemii těchto nemocí nelze dle něj oddělit od sociálních a ekonomických struktur v postižených zemích, jež jsou samy o sobě neoddelitelně spjaty s kolonialismem. V knize se opírá o etnografický výzkum haitské vesnice Do Kay. Jeho interpretace zároveň významně staví na analýze historického, ekonomického i politického kontextu. Haiti bylo v USA tradičně vnímáno jako zdroj nákazy HIV/AIDS, což vedlo k silné stigmatizaci a diskriminaci Haitanů na americkém území. Samotní Haitané však na vznik sida (emický termín pro AIDS) pohlížejí jinak a interpretují jej spíše jako záležitost čarodějnictví a konspirace. Samotný Farmer poukazuje též na roli sexuálního turismu při šíření této nemoci, který opět sleduje mocenskou asymetrii mezi bohatými a chudými státy.

KRITICKÁ MEDICÍNSKÁ ANTROPOLOGIE A APLIKOVANÝ VÝZKUM

**KRITICKOU MEDICÍNSKOU ANTROPOLOGII LZE DEFINOVAT JAKO:
„TEORETICKÉ A PRAKTICKÉ ÚSILÍ O POROZUMĚNÍ A REAKCI NA ZÁLEŽITOSTI A PROBLÉMY SE ZDRAVÍM, NEMOCÍ A LÉČBOU V TERMÍNECH INTERAKCE MEZI MAKROÚROVNÍ POLITICKÉ EKONOMIE, NÁRODNÍ ÚROVNÍ POLITICKÉ A TŘÍDNÍ STRUKTURY, INSTITUCIONÁLNÍ ÚROVNÍ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE, KOMUNITNÍ ÚROVNÍ POPULÁRNÍCH A LIDOVÝCH PŘESVĚDČENÍ A JEDNÁNÍ, MIKROÚROVNÍ ZKUŠENOSTI NEMOCI, CHOVÁNÍ A VÝZNAMŮ, LIDSKÉ FYZIOLOGIE A ENVIROMENTÁLNÍCH FAKTORŮ“**

(Singer 1995: 81)

Takto rozumí kritické medicínské antropologii Merrill Singer, která ve svém článku z roku 1995 zvažuje možnosti aplikace tohoto přístupu. V textu zdůrazňuje, že takové úsilí o změny je antropologické v tom ohledu, že usiluje o holistické uchopení daných problémů, je historicky situované a reaguje na aktuální sociální problémy, přičemž bere v úvahu kulturně konstituované systémy významů (Singer 1995:81).

Kritická medicínská antropologie je explicitně politická, a to hned v několika ohledech. Za prvé prohlašuje, že již samotné zdraví a nemoc jsou politickou záležitostí, neboť nemoc, její rozšíření i to, kdo jí trpí, je určováno širšími společenskými a politickými okolnostmi. Nemoc nelze jednoduše redukovat na patologickou entitu, ale je nutné ji vnímat jako výsledek historicky situovaných sociopolitických procesů (srov. rámeček 4). Nemoc není chápána jako izolovaná událost, ale jako výsledek komplexních vztahů zahrnující přírodu, společnost a kulturu (Brown, Barrett 2010:11). Kritizuje tendenci západní biomedicíny pojímat nemoc jako individuální problém, s kterým se jedinec musí v první řadě poprat sám. Například výskyt rakoviny je v kontextu západní biomedicíny často psychologizován a individualizován (viz například Sontag 1997). Tento přístup medicínské antropologie zdůrazňuje, že zdraví v první řadě vždycky určují sociální vztahy, ať již na mikro-, či makroúrovni. Dále upozorňuje na třídní, rasové i genderové nerovnosti, které se promítají do životních a pracovních podmínek daných lidí, a zásadním způsobem tak ovlivňují jejich zdraví. Pozornost v první

řadě věnuje analýze mocenských vztahů, neboť ty považuje za hlavní faktor, který určuje nejen podobu zdravotní politiky, ale i to, jaký výzkum bude financován a následně prováděn, zda a jak bude aplikován a kým. V tomto ohledu je explicitně emancipační. Kritičtí medicínští antropologové se otevřeně hlásí ke snahám bojovat proti opresi, vykořisťování a kulturně nevhodným intervencím v oblasti zdraví a v dalších souvisejících doménách. Není tedy divu, že se vydávají i mimo akademickou půdu a působí v různých zdravotnických zařízeních, místních i mezinárodních zdravotních institutech či dobrovolnických spolcích a že se stávají aktivisty v různých sociálních hnutích zaměřujících se na konkrétní zdravotní témata. V tomto ohledu stojí zato zmínit především aktivismus spjatý se zdravím žen, konkrétně například s péčí při porodech či s otázkou potratů, hnutí zaměřující se na kritické zdraví gayů a leseb apod. Příkladem může být studie Cheyney [2008], jež explicitně uplatňuje perspektivu kritické medicínské antropologie v oblasti domácích porodů v Oregonu, USA, které se snaží svým výzkumnickým úsilím podpořit. Důležitými arénami kritické medicínské antropologie se stává i problematika HIV/AIDS (viz rámeček 4), bezdomovectví, hladu apod. (viz Singer 1995:87).

Singer (1995:88-91) upozorňuje, že úsilí o změny může mít různou podobu a intenzitu. V návaznosti na Gozt (1973) rozlišuje dva typy aplikovaného výzkumu, jehož cílem je změnit stávající nevyhovující situaci. První nazývá *praxí korigující systém*. Ta má tendenci zamlžovat, co je příčinou daného utrpení a sociálních nerovností. Nejde jí o zásadní proměnu základní struktury sociálních vztahů v systému, orientuje se na drobná materiální zlepšení v rámci systému zdravotní péče. Druhým je *praxe zpochybňující systém*, která naopak v první řadě usiluje o „demaskování původu sociální nerovnosti“ (Singer 1995:90). Tato výzkumnická praxe navíc prosazuje trvalé změny v systému a podporuje akční a aktivistické jednání mnohem více než první typ výzkumnické praxe (Singer 1995:90). Kritická medicínská antropologie v současné době razí především druhý přístup. Snaží se posílit znevýhodněné skupiny a šířit povědomí o příčinách sociálních problémů a jejich dopadech na zdraví. Upozorňuje na to, že ve snaze o řešení sociálních problémů může sociálně vědní výzkum představovat mocnou zbraň.

5

SYSTÉM KORIGUJÍCÍ A SYSTÉM ZPOCHYBŇUJÍCÍ PRAXE MEDICÍNSKÉ ANTROPOLOGIE

PRAXE KORIGUJÍCÍ SYSTÉM

Newmayer s kolegy (1989; cit. dle Helman 2001:242) provedl studii 438 uživatelů drog v San Francisku a zjistil, že 90 procent z nich se přiznalo ke sdílení injekčních stříkaček a jehel. Sice 86 % z nich dodávalo, že injekční stříkačky čistí, ale výzkumníci zjistili, že to je prováděno spíše sporadicky, nekonzistentně, a navíc stříkačky jsou často pouze opláchnuty vodou. Jedním z důvodů sdílení byl chronický nedostatek injekčních stříkaček, neboť v letech 1985 - 1986 byl v daném regionu přijat zákon, který zakazoval jejich držení. Výzkumníci docházejí k závěru, že šíření HIV/AIDS prostřednictvím sdílených injekčních stříkaček by šlo zamezit třemi různými způsoby: 1) přestat brát drogy, 2) pokud to nejde, přestat se sdílením stříkaček a dalších souvisejících nástrojů; 3) pokud ani to nejde, aspoň stříkačky řádně dezinfikovat. Výzkumníci přitom zjistili, že dezinfekci by šlo efektivně provádět za pomoci běžně dostupného domácího náčiní. Pro naprostou většinu uživatelů byla přijatelná pouze poslední možnost. Autoři došli k závěru, že intervence by se tedy měly soustředit především na tuto možnost.

PRAXE ZPOCHYBŇUJÍCÍ SYSTÉM

V Hartfordu v Connecticutu vedl ke vzniku Hispánské zdravotní rady (*The Hispanic Health Council*) tragický incident. Portorikánská matka, která hovořila pouze španělsky, přivezla své osmiměsíční dítě na jednu ze tří klinik ve městě. Zdravotníci dali dítěti kapky a aspirin a poslali je pryč. Matce se jednání zdravotníků zdálo hrubé a nepřátelské, zatímco zdravotníci matku považovali za hysterickou a její reakce za přehnané. Zdravotní stav dítěte se nicméně přes noc zhoršil, a tak se žena druhý večer vydala na pohotovost v jiné nemocnici. Jednání personálu bylo však opět podobné. Další den dítě zemřelo na dehydrataci při převozu do třetí nemocnice. Incident vyvolal rozzuřené demonstrace portorikánské komunity a vedl k uchopení zdravotních problémů jako politické otázky. Aktivity hispánské rady se následně zaměřovaly na výzkum portorikánské komunity a podmínek ovlivňujících jejich zdraví, přístup ke zdravotní péči apod. Výzkumná agenda se soustředila kolem komunitního výzkumu a snahy rady prosadit změnu

5

ve zdraví této komunity. Jednou z těchto aktivit byl například tzv. projekt Apoyo. V jeho rámci byl vyškolen bilingvní koordinátor, který měl pomáhat hispánským rodinám při převozu do nemocnice a případné hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Výzkum ukázal, že působení koordinátora v nemocnici vedlo k proměně toho, jak personál nahlížel na hispánské matky. Projekt obecně zviditelnil důležitost kulturně vhodné léčby a kulturních odlišností ve zdravotní péči. Nicméně radě se i přes tyto pozitivní výsledky nepodařilo přesvědčit vedení nemocnice, aby funkci koordinátora institucionalizovalo. To vedlo členy rady k poznatku, že dobrý výzkum nestačí k prosazení změn. Jedno z kvantitativních šetření odhalilo, že každý rok zakouší 41 % nízkopříjmových rodin s dětmi ve školním věku do dvanácti let hlad. Proto se rada začala více angažovat v politických aktivitách a v politických kampaních. Například spustila kampaň, která tento problém zviditelnila, a podnikla konkrétní kroky k jeho řešení na lokální i federální úrovni. (Singer 1995:91-94).

ZÁKLADNÍ TERMÍNY A KONCEPTY

Z předchozího přehledu je patrné, že termín **etnomedicína** původně (a ještě v 60. letech) sloužil k označování nezápadních zdravotních systémů. Byl používán jako synonymum dalších pojmů, například výrazu **lidová** (*folk*) či **populární** medicína (*popular medicine*) (Miller, Wood 2006:384). Za její opak byla považována západní **biomedicína**, která představovala „vědecký“, racionální a profesionální pohled na nemoci. Již z tohoto vymezení je zřejmý etnocentrismus, který byl při zkoumání etnomedicínských systémů vědomě i nevědomě uplatňován. Jeho reflektování vedlo k tomu, že oblast západní medicíny začala být pojmána jako jakýkoliv jiný zdravotní systém, a též k uznání, že západní lékařství prolínají určité kulturně podmíněné hodnoty a přesvědčení, přestože své vědění prohlašuje za univerzální a objektivní. Na základě této revize dnes termín etnomedicína zahrnuje veškeré systémy vztahující se ke zdraví a nemoci napříč různými kulturami. Zároveň je zdůrazňováno, že i uvnitř těchto systémů existují velké rozdíly a variace (Miller, Wood 2006:384).

To je dobře vidět právě na příkladu západního lékařství. Termínem **biomedicína** dnes označujeme systém lékařství, který se vyvinul v západních společnostech a dodnes v nich převládá. Nemoc je v jeho rámci nahlížena jako stav, který má biologické příčiny, a léčba pak směřuje k odstranění těchto příčin (Hahn 1999:367). V tomto ohledu je redukcionistická, neboť psychosociálním aspektům nepřikládá takovou důležitost (viz také např. Nettleton 2006:2). Biomedicína je dnes rozšířeným systémem po celém světě, a je proto označována za globální či kosmopolitní (Miller, Wood 2006). Komparativní studie biomedicínské praxe napříč různými kulturami v euroamerickém kontextu však ukazují, že způsob, jakým je biomedicína praktikována a chápána, je velmi rozmanitý a odvíjí se od kultury dané společnosti (viz rámeček 6). Místo termínu biomedicína bychom tedy měli hovořit spíše o biomedicinách.

6

ZÁPADNÍ MEDICÍNA JAKO MNOŽSTVÍ SPECIFICKÝCH KULTUR

Helman (2001:61-62) upozorňuje, že přestože západní biomedicína o sobě často prohlašuje, že je univerzálním objektivním věděním, mezikulturní studie ukazují, že biomedicínské praktiky se v různých západních zemích od sebe v zásadních okolnostech liší. Například studie O'Briena (1984) ukázala, že vzorce předepisování léků v pěti evropských zemích jsou velmi rozmanité, přičemž je zřejmé, že tak velkou rozdílnost nelze vysvětlit pouze rozdíly ve zdraví obyvatel těchto zemí. Studie prozkoumala dvacet nejdůležitějších diagnostických kategorií a dvacet nejčastěji předepisovaných léků. Například ve Velké Británii oproti ostatním zemím výrazně převládalo předepisování uklidňujících léků, hypnotik a sedativ, přičemž neurózy byly také nejčastější diagnózou.

Dále například studie porodních kultur od Brigitte Jordan (1993) ukazuje, jak se v různých zemích Západu velmi odlišně zachází se stejnými lékařskými technologiemi. Zatímco v Holandsku je při porodu lékařských technologií využíváno sporadicky a porodní asistentky, které u většiny porodů asistují, volí spíše vyčkávací přístup, ve Švédsku jsou sofistikované technologie využívány intenzivně a jsou nedílnou součástí porodního procesu. Přitom je však porod kulturně definován jako úspěch rodící ženy, nikoliv asistujícího

6

porodníka. To stojí v kontrastu ke kulturnímu vymezení porodu běžnému ve Spojených státech amerických, kde je schopnosti zacházet se sofistikovanými technologiemi kulturně přisuzována vyšší hodnota, která je zároveň zdrojem nadřazené mocenské pozice porodníka nad rodičkou.

Při popisu různých koncepcí nemoci i toho, jak je nemoc různými skupinami ve studované společnosti vnímána a uchopována, slouží anglicky mluvícím medicínským antropologům dva různé pojmy, *disease* a *illness*. Protože čeština oba termíny překládá jako „nemoc“, budeme používat tyto termíny v originále. Tyto pojmy reflektují dvě základní antropologická hlediska *emic* a *etic* (viz např. Miller, Wood 2006:386). Termín *disease* odkazuje k etickému hledisku – hledisku medicínské vědy, které nemocí rozumí nějakou diagnostikovanou patologií. Toto hledisko se prosazuje jako „objektivní“ a „univerzální“. Odráží je různé diagnostické příručky, které přesně popisují charakteristiky těch kterých kategorií nemoci. Naopak emické hledisko vyjadřuje termín *illness*, který odkazuje k subjektivně prožívané a vnímané nemoci.

Illness je kulturně specifickou kategorií, odkazuje k tomu, jak lidé v určité kultuře konkrétně rozumí nějakému zdravotnímu problému a jak jej prožívají. Je zřejmé, že mezi těmito dvěma koncepty nemusí vždy být soulad. Například nemoc *susto*, která je značně rozšířena především v latinsko-amerických kulturách, není biomedicínou diagnostikována jako nemoc. Jde o kulturně specifickou poruchu, která se opírá o přesvědčení, že jedinec se skládá z fyzického těla a jedné nebo více nemateriálních duší (či duchů), které se za specifických okolností, například v důsledku rozčilení, mohou oddělit od těla a volně putovat. K tomu může dojít i během spánku či snění. Interpretace toho, proč k *susto* dochází, se mezi různými skupinami liší. Příznakem je nepokoj během spánku, deprese, ztráta chuti k jídlu, nedostatek zájmu o oblečení a osobní hygienu, apatičnost k okolí apod. (Helman 2001:188).

Termín virální infekce je zcela zřetelně příkladem nemoci ve smyslu *disease*. Z biomedicínského hlediska předpokládáme, že virus existuje všude, bez ohledu na kulturu a na to, zda ta disponuje nějakou podobnou kategorií. V některých kulturách ale virová infekce nemusí být vůbec vnímána

jako zdravotní problém, nýbrž může být pojmána jako trest seslaný vyšší nadpřirozenou silou (Miller, Wood 2006:386). Můžeme tedy spolu s Miller a Wood konstatovat, že: „**Kultura poskytuje rámec, v jehož rámci se nemoci ve smyslu *disease* i další formy utrpení stávají nemocemi ve smyslu *illness***“ (Miller, Wood 2006:386).⁸²

Případ nemoci *susto* je však v lecčems ojedinělý. Minimálně od sedmdesátých let se v sociálních vědách ve zvýšené míře diskutuje spíše o opačném trendu. Ten vystihuje koncept **medikalizace**. Odkazuje k tendenci lékařství rozšiřovat svoji působnost i na další oblasti každodenního života lidí, jež původně nebyly chápány jako něco, co lze řešit prostřednictvím medicíny. A tak problémy, které mají spíše sociální příčiny, jsou často redefinovány jako problémy medicínského rázu, dojde k ustavení jejich lékařské diagnózy i ke stanovení optimální péče⁸³. O medikalizaci se hovoří především v souvislosti s ženským zdravím, neboť normální fyziologické procesy odehrávající se v ženských tělech jsou pojímány jako lékařský problém. Dobrým příkladem může být menopauza, tzv. premenstruační syndrom anebo poporodní psychóza (viz rámeček 7). Medikalizována byla ale například i nadměrná výška dívek, u níž studenti sociálních věd na první pohled jistě vytuší, že se jedná o problém související spíše se sociálně ustanovenými představami o „normálním“, a tudíž žádoucím vzhledu dívky. Nadprůměrná výška se stává „problémem“, je-li viděna jako něco, co může snížit dívčiny šance na „sňatkovém trhu“ (viz např. studie Rayner, Pyett, Atsbury 2010).

S medikalizací částečně souvisí i další významný koncept – „**strukturální utrpení**“ (*structural suffering*). Již jsme zmínili, že západní biomedicína má tendenci prosazovat nemoc především jako individuální problém. Tento koncept však zdůrazňuje, že politické a ekonomické podmínky, způsobující například války, hladomory, chudobu či nucenou migraci, velmi významně ovlivňují zdraví a mohou též způsobit zásadní zdravotní problémy

82 V sociálních vědách se dále rozlišuje třetí termín, pro nějž se užívá anglického termínu *sickness*. Ten odkazuje k sociální akceptaci toho, že je dotyčný nemocný. Více viz Turner (1995).

83 Více o procesu medikalizace viz klasická studie od Conrada a Schneidera (1980), která ustanovuje termín medikalizace. Za pozornost také stojí kritická práce Ivana Illiche *Medical Nemesis* (1976).

vedoucí k depresím, případně až ke smrti. Miller a Wood (2006:386) ale upozorňují, že západní biomedicína není příliš dobře vybavena k zacházení s touto dimenzí zdravotních problémů. To se podle autorů ukázalo například bezprostředně po masovém teroristickém útoku 11. září 2001. Zdravotníci museli najednou klasifikovat obrovské množství zraněných i mrtvých. Ukázalo se, že klasifikace, kterou do té doby používali, byla pro takovou situaci naprosto nevhodná (ibid).

Na tento příklad můžeme hned navázat dalším klíčovým termínem, **etnosologie**. Ten odkazuje k systémům klasifikace zdravotních problémů napříč kulturami (Miller, Wood 2006:386). Medicínští antropologové tedy v tomto ohledu studují, jakými způsoby lidé v různých kulturách klasifikují nemoc. Zajímavou oblastí jsou v tomto ohledu tzv. **kulturně specifické syndromy** (*culture-bound syndroms*) čili syndromy, které se vyskytují pouze v jedné kultuře či jsou spjaté s omezeným množstvím kultur (Miller, Wood:387). (Příklady viz rámeček 8).

7**MEDIKALIZACE ŽENSKÉHO ZDRAVÍ**

V dnešní době je často považováno za normální, pokud žena po porodu trpí depresemi a pocity, že nezvládá pečovat o své novorozence. V této souvislosti se hovoří o syndromu známém jako „**postnatální deprese**“ nebo také *baby-blues*. Ten je v lékařské literatuře přisuzován velkým hormonálním změnám, ke kterým po porodu a v období šestinedělí dochází. Označení implikuje psychiatrickou poruchu, která vyžaduje léčbu poskytovanou profesionály. Mnohé sociální studie věnující se tomuto fenoménu však ukazují, že související pocity neštěstí jsou způsobovány relativně širokou škálou příčin. Patří mezi ně manželské problémy, které mohou souviset s příchodem nového člena rodiny. Ženy jsou navíc na péči o dítě v období šestinedělí často samy, neboť jejich partneři tráví většinu dne v zaměstnání. Převládající rodinné vzorce, které staví na neolokalitě nově vzniklé nukleární rodiny, také obvykle zabraňují jiným rodinným příslušníkům, aby novopečené matce ve větší míře pomohli (Miles 1991:195-197).

7

Dalším příkladem je **menopauza**. Odkazuje k té fázi životního cyklu ženy, která nastává krátce před a po zastavení menstruace. U většiny žen dochází k menopauze mezi 45 - 55 lety. Ačkoliv jde o přirozenou součást životního cyklu, intenzivní lékařská pozornost nakonec vedla k uchopení souvisejících problémů jakožto „estrogen-deficientního syndromu“, což s sebou neslo i negativní hodnocení tohoto období jako něčeho nežádoucího či špatného (Miles 1991:198). V tomto ohledu vyvstává jako obzvláště zajímavá práce Margaret Lock (1994). Ta prováděla výzkum v Japonsku a zjistila, že japonské ženy nejen nezažívají symptomy obvyklé pro tuto životní fázi, ale v japonštině dokonce ani neexistuje synonymický termín, kterým by se dalo slovo *menopauza* přeložit.

PŘEHLED KONCEPTŮ A DEFINIC

Etnomedicína

jákykoliv systém vztahující se ke zdraví a nemoci napříč různými kulturami, původně se vztahoval k nezápadním zdravotním systémům

Biomedicína

systém zdravotní péče a lékařství, který dominuje v euroamerickém kontextu; klasická „západní“ medicína

Medikalizace

proces, jehož prostřednictvím je nějaký sociální problém redefinován na problém medicínské povahy, který lze vyléčit (např. alkoholismus, menopauza apod.)

Disease

nemoc ve smyslu diagnostikované patologie; lékařské vymezení nemoci.

Illness

nemoc ve smyslu subjektivně pocíťovaného stavu

Sickness

sociální akceptace toho, že je někdo nemocný

8

KULTURNĚ SPECIFICKÉ SYNDROMY

(převzato z Miller, Wood 2006: 387)

SYNDROM	KULTURNÍ/ GEOGRAFICKÁ LOKACE	SYMPTOMY
aiyiperi	Yoruba (Nigérie)	Hysterické křečovitě poruchy, tiky a psychomotorické záchvaty
nemoc duchů <i>(ghostsickness)</i>	Navaho (Jihozápad USA)	Slabost, špatné sny, pocity nebezpečí, zmatení, pocity marnosti, ztráta chuti k jídlu, pocity dušení, mdloby, malátnost, halucinace, ztráta vědomí
latah	Malajsie, Indonésie	Postižená osoba znerózní a může říci nebo udělat něco, co vypadá záavně, například může imitovat řeč či pohyby jiných lidí
Pibloktoq <i>(arktická hysterie)</i>	Arktičtí Inuité, sibiřské skupiny	Hluboká zamyšlenost, depresivní ztichlost, ztráta vědomí nebo jeho narušení záchvaty, válení se ve sněhu, extatické výkřiky, slyšení hlasů
windigo	Kmen Vrány, Ojibwa a příbuzné skupiny severoamerických indiánů (oblast centrální a severovýchodní Kanady)	Deprese, zvracení, nechut k obvyklým jídlům, postižený má pocity, že je posedlý kanibalem, vražedné či sebevražedné impulsy
shinkeishitsu	Japonsko	Strach ze setkávání s lidmi, pocity úzkosti, neadekvátnosti, obsesivně-kompulsivní symptomy, hypochondrie

Strukturální utrpení

koncept, který zdůrazňuje, že nemoc není ryze individuální záležitostí, ale souvisí se strukturálními podmínkami, např. politickými i ekonomickými okolnostmi, v kterých se nemoc vyskytuje

Etno-nosologie

systemy klasifikace napříč kulturami

Kulturně-specifické syndromy

syndromy či zdravotní potíže, které se vyskytují jen v jedné kultuře nebo kulturním okruhu; v oblasti „klasické biomedicíny“ pro ně často neexistuje výstižná lékařská diagnóza, která by je odpovídajícím způsobem celistvě uchopovala

LITERATURA

Brown, P., R. Barrett. 2010. *Understanding and applying medical anthropology*. Boston: McGrawHill.

Conrad, P., J. Schneider. 1980. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.

Conrad, Peter. 1992. *Medicalization and social control*. Annual Review of Sociology 18: 209-232.

Davis-Floyd, Robbie, Carolyn Sargent. 1997. „Introduction. The Anthropology of Birth.“ Pp. 1-51 in Robbie Davis-Floyd, Carolyn Sargent (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

Eriksen Thomas Hylland, Nielsen Finn Sivert. 2001. *A History of anthropology*. London: Pluto Press.

Evans-Pritchard, E. E. 1937. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande* Oxford: Clarendon Press.

Farmer, Paul. 2006. *AIDS and Accusations. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Foster, G., B. Gallatin Anderson. 1978. *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons.

Foster, G., B.G. Anderson. 1978. *Medical anthropology*. New York: Wiley.

Good, Byron. 1977. *The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran*. Culture, Medicine and Psychiatry 1:25-58.

- Gorz, Andre. 1973. *Socialism and Revolution*. Garden City, NY: Basic Books.
- Hahn, Robert. (ed) 1999. *Anthropology in public health. Bridging differences in culture and society*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Helman, Cecil. 2001. *Culture, health and illness*. London: Arnold.
- Horák, Miroslav. 2010. Příklad Takivasi. Koncept tradiční domorodé medicíny peruánské Amazonie. *Antropowebsin* 2:101-107. Dostupné online: <<http://antropologie.zcu.cz/pripad-takivasi-koncept-tradicni-domorode-m>>
- Hrešanová, Ema. 2008. *Kultury porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Cheyney, Melissa. 2008. „Homebirth as systems-challenging praxis: knowledge, power, and intimacy in the birthplace.“ *Qualitative Health Research* 18: 254-267.
- Illich, Ivan. 1976. *Medical Nemesis: the expropriation of health*. New York: Pantheon Books.
- Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures. A Cross-Cultural Investigation of Child-birth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg, Byron J. Good. 1978. Culture, Illness and Care. *Annals of Internal Medicine* 88:251-258.
- Kottak, Conrad Phillip. 2007. *Mirror for Humanity. A Concise introduction to cultural anthropology*. 5. Vydání. Boston: McGrawHill.
- Little, M.A., P.W. Leslie, eds. (1999) *Turkana Herders of the Dry Savanna. Ecology and Biobehavioral Response of Nomads to an Uncertain Environment*. Oxford University Press.
- Lock, Margaret. 1994. *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Lupton, Deborah. 1994. *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage.
- Martin, Emily. 2001. *The Woman in the body*. Beacon Press.
- Miles, Agnes. 1991. *Women, health and medicine*. Philadelphia: Open University Press.
- Miller, Barbara, Bernard Wood. 2006. *Anthropology*. Boston: Pearson Education.
- Nettleton, Sarah. 2006. *Sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Newmeyer, J. A., H. Fieldman, P. a J. Watters. 1989. Preventing AIDS contagion among intravenous drug users. Pp. 75-83. In: Bolton, R. (ed). *The AIDS pandemic: A Global emergency*. Gordon a Breach.
- Ngubane, H. 1977. *Body and Mind in Zulu medicine*. Pp. 111- 139. London, New York: Academic Press.

Rayner, Jo-Ann., P. Pyett, J. Atsbury. 2010. „The medicalisation of ‘tall’ girls: A discourse analysis of medical literature on the use of synthetic oestrogen to reduce female height“. *Social Science and Medicine* 71: 1076-1083.

Read, Rosie. 2007. „Labour and love: competing constructions of „care“ in a Czech nursinghome.“ *Critique of Anthropology* 27(2): 203-222.

Rivers, W.H.R. 1924. *Medicine, magic and religion*. London: Kegan Paul, Trench&Turner.

Rylko-Bauer, B., M. Singer, J. van Willigen. 2006. REclaiming applied anthropology: its past, present, and future. *American Anthropologist* 108(1): 178-190.

Scheper-Hughes, Nancy, Margaret Lock 1987. „The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology“ *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.

Singer, Merrill. 1995. Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 9(1): 80-106.

Society for Medical Anthropology. A section of the American Anthropological Association. 2009. *What is medical anthropology?* [online] Accessed: 25.6.2011. Dostupné z: <<http://www.medanthro.net/definition.html>>

Sontagová, Susan. 1997. *Nemoc jako metafora*. Praha: Mladá Fronta.

Spencer, Jonathan. 2000. British Social Anthropology: a retrospective. *Annual Review of Anthropology* 29(1): 1-24.

Turner, Bryan. 1995. *Medical power and social knowledge*. London: SAGE.

Turner, V. 1967. *The forest of symbols: aspects of Ndembur Rituals*. Ithaca N.Y.:Cornell University Press.

Waldstein, Anna, Cameron Adams. 2006. The interface between medical anthropology and medical ethnobiology. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 95:118.

Whyte, S., S. van der Geest, A. Hardon. 2002. *Social Lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.

DALŠÍ DOPORUČENÁ LITERATURA

Kleinman Arthur. 1995. „Introduction: Medical Anthropology as intellectual career.“ Pp. 1- 18. In: *Writing at the margin*. Berkeley: University of California Press.

Romanucci-Ross L., Moerman D., Tancredi. L. (eds.) 1991. *The anthropology of medicine. From culture to method*. New York: Bergin and Garvey. [Především poslední kap. 20 – Medical anthropology: A convergence of mind and experience in anthropological imagination].

environmentální aplikovaná antropologie

DANIEL SOSNA, DAVID HENIG

ÚVOD

Environmentální antropologie studuje rozmanitost interakcí mezi člověkem a prostředím. Lidé se přizpůsobují limitům nastaveným prostředím a různě flexibilně reagují na změny, ke kterým v prostředí dochází. Typů reakcí na prostředí je mnoho a k pochopení jejich povahy je potřebné zmapovat lokální i globální faktory, které reakce na prostředí formují. Přínosem environmentální antropologie je především schopnost proniknout do lokálního kontextu a osvětlit význam konkrétních forem užívání přírodních zdrojů, vyrovnávání se s environmentálními riziky nebo přístup k biodiverzitě. Informace lokální povahy je pak možné srovnávat mezi zkoumanými oblastmi či kontexty a konfrontovat je s poznatky jiných disciplín.

Environmentální antropologie je bytostně interdisciplinární projekt. Vyžaduje kombinaci klimatických, biologických, sociálních a dalších poznatků, aby bylo možné vysvětlit interakci mezi lidmi a prostředím a v aplikované rovině případně navrhnout řešení problémů v této interakci. V souvislosti s mezioborovou povahou environmentální antropologie je dokonce možné, jak navrhuje Emilio Moran, hovořit o environmentální společenské vědě. Ta překračuje hranice zaběhnutých disciplín a jejich metod a vše integruje do celku, který slouží k lepšímu pochopení vztahů člověka a prostředí.

Historie environmentální antropologie sahá až k samým počátkům moderní antropologie jakožto holistické disciplíny. Od druhé poloviny 20. století se poté formují subdisciplíny, které se již výhradně zaměřují na studium vztahů člověka a prostředí. Pod environmentální antropologii lze zařadit velké množství příbuzných projektů, jako je ekologická antropologie, kulturní ekologie, ekologie člověka, etnověda apod. Každý ze zmíněných směrů má své specifické zaměření, dané diskurzivní komunitou, která subdisciplínu vytvořila a udržovala při životě, ale všechny se do značné míry zabývají právě vztahem člověka a prostředí.