

Beata Tobiasz-Adamczyk

Collegium Medicum w Krakowie
Uniwersytet Jagielloński

Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby

Streszczenie

Śledząc rozwój socjologii medycyny jako subdyscypliny socjologii ogólnej w relacji do obserwowanych zmian w perspektywach teoretycznych i obszarach badań socjomedycznych, zwrócono szczególną uwagę na ewolucję socjologii choroby i niepełnosprawności. Szczegółowo zostało omówione znaczenie uwarunkowań wynikających z chorowania na choroby przewlekłe dla jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Poruszono temat relacji pomiędzy socjologią chorób psychicznych a trendami obserwowanymi w socjologii ogólnej.

Słowa kluczowe: ewolucja socjologii medycyny, socjologia choroby i rehabilitacji, socjologia chorób psychicznych

Socjologia medycyny należy do jednej z niewielu subdyscyplin, która wyodrębniwszy się z socjologii ogólnej, ale bazując na jej podstawach teoretycznych i założeniach metodologicznych, znajdujących zastosowanie w coraz silniej rozwijających się badaniach empirycznych, osiągnęła tak wiele w stosunkowo krótkim czasie. Zaznaczyła swoją ugruntowaną pozycję nie tylko we współczesnej myśli socjologicznej, ale – co równie ważne – w naukach medycznych, czy szeroko rozumianych naukach o zdrowiu.

Interdyscyplinarny charakter socjologii medycyny, która przez samą nazwę spaja obie odmienne dziedziny nauk, oznacza z jednej strony – w porównaniu do medycyny – wyraźne jej ulokowanie w pozornie odległych perspektywach postrzegania rzeczywistości i tworzonych dla celów badawczych paradygmatach. Z drugiej strony spoiwem łączącym obie dyscypliny (jak sama nazwa wskazuje) jest fakt, że zarówno w socjologii medycyny, jak i w samej medycynie nitią przewodnią są dwie podstawowe i niezwykle ważne wartości, tj. zdrowie i życie ludzkie.

Ten drugi „człon”, wskazujący na „charakter i jakość wymiaru medycznego a ściślej zdrowotnego”, określa w znaczący sposób socjologiczną interpretację zaistniałego zjawiska zdrowotnego, a tym samym perspektywę teoretyczną i paradygmaty stosowane głównie na użytek podejmowanych badań socjomedycznych.

Według ujęcia Williama C. Cockerhama (2004), „celem socjologii medycyny, ważnej subdyscypliny w obrębie socjologii ogólnej, jest opisanie i rozpoznanie znaczących wielorakich relacji pomiędzy czynnikami społecznymi a różnymi wskaźnikami stanu zdrowia poszczególnych jednostek, grup społecznych lub całych społeczeństw”. Jako dyscyplina akademicka, socjologia medycyny skupia się na społecznych przyczynach i konsekwencjach ludzkich zachowań, koncentrując się na celu będącym przedmiotem jej zainteresowań, tj. społecznych przyczynach zmian w stanie zdrowia, jak również konsekwencjach społecznych wynikających z występujących chorób.

Socjologia medycyny na przestrzeni lat uległa znacznej ewolucji, która objęła nie tylko oficjalną nazwę, gdyż coraz częściej obok swej tradycyjnej postaci określana jest jako socjologia choroby, zdrowia i leczenia. Uszczegółowienie obszarów w obrębie tej dyscypliny jest symbolem jej dynamicznego rozwoju – pewne obszary usamodzielnły się, wydzieliły lub pojawiły się nowe pola zainteresowań badawczych. Stały się one wyrazem kolejnych wyzwań, które pojawiły się zarówno w perspektywach myślenia socjologicznego, jak i wywołane zostały przez nierozpoznane lub nieznanne dotąd problemy zdrowotne. Zaowocowało to rozwojem w ramach socjologii medycyny nowych gałęzi, takich jak np. socjologii diagnozy (Jutel, Nettleton 2011), socjologii starzenia się (Marshall, Bengtson 2011), socjologii niepełnosprawności (Scambler 2010) czy socjologii żywienia, ściśle związanej z socjologią zdrowia (Germov, Williams 2008; Tobiasz-Adamczyk 2013b).

Szczególnie w socjologii choroby i niepełnosprawności, a także w socjologii starzenia się, początkowa ogólna orientacja uległa zmianie i socjologiczne aspekty zaczęto szczegółowo rozpatrywać w powiązaniu zarówno z sytuacją chorych, cierpiących na wiele schorzeń somatycznych, stanowiących obecnie ważne problemy społeczne (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego), jak i chorych na zaburzenia psychiczne (socjologia chorób psychicznych), a także z sytuacją nosicieli nowych chorób zakaźnych (HIV, AIDS) lub osób borykających się z konsekwencjami społecznymi rzadkich chorób, zwykle o podłożu genetycznym (np. mukowiscydozy), czy też osób niepełnosprawnych w wyniku wad wrodzonych lub nabytej niepełnosprawności na skutek zdarzeń życiowych (np. wypadków). Podobnych związków można poszukiwać w odniesieniu do konsekwencji społecznych (w wymiarze mikro- i makrospołecznym) przebytych chorób, w powiązaniu ich z nabytą niepełnosprawnością lub procesem starzenia się w odniesieniu do kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej.

Ewolucja socjologii medycyny

Jakkolwiek „prawdziwie socjologiczny” rozwój tej subdyscypliny datuje się przede wszystkim od czasów Parsonsa (1951), z racji rozważań nad znaczeniem stanu zdrowia dla sprawnego funkcjonowania społeczeństwa jako systemu społecznego, to wiele źródeł zwraca uwagę, że termin ten pojawiał się w znaczeniu zgodnym z definicją tej subdyscypliny już w latach 40. XX wieku, natomiast w nieco innym

kontekście posługiwano się nim w XIX wieku i na początku XX wieku. Wcześniejsze określenia socjologii medycyny można utożsamiać przede wszystkim z medycyną społeczną. Scambler (2005) zauważa, że nawet jeśli na początku XX wieku ukazywały się prace operujące terminem „socjologia medycyny”, to termin ten był używany przez lekarzy. Jakkolwiek te wcześniejsze odwołania można wiązać z genezą powstania socjologii medycyny, to dopiero późniejszy okres (2. połowa XX wieku) przyniósł rzeczywisty wkład socjologów w rozwój tej subdyscypliny, dzięki stworzeniu silnych jej zrębów w trzech krajach, tj. w USA (Parsons, Straus, Freidson, Hollingshead i Redlich), Wielkiej Brytanii (Susser, Watson, Jefferys, Brown) i w Niemczech (Siegrist). Scambler nie odnotowuje faktu (co podaje Cockerham, 2000), że w tym samym czasie również w Polsce, dzięki prof. Magdalenie Sokołowskiej, powstała socjologia medycyny (Sokołowska 1969; Sokołowska, Hałówka, Ostrowska 1976; Sokołowska 1986; Sokołowska 1990) i zawdzięcza jej swój systematyczny rozwój, tworząc „polską szkołę socjologów medycyny”, dla których stała się ona głównym obszarem zainteresowań i uprawiania działalności badawczej.

Podobnie Samuel Bloom (2002), śledząc korzenie socjologii medycyny, powołuje się na jej związki z koncepcjami określającymi „medycynę jako naukę społeczną”, a także na traktowanie jej na równi z medycyną społeczną i umownie nazwaną „socjologią medycyny” w jej XIX-wiecznym znaczeniu; wszystkie te przywołane tu dyscypliny poszukiwały relacji pomiędzy warunkami społecznymi a problemami zdrowotnymi.

Panuje jednak całkowita zgoda, że to w połowie XX wieku nastąpiły rzeczywiste działania na rzecz budowania odrębności tej subdyscypliny i definiowania przedmiotu badań.

Klasyczny podział dokonany w 1955 roku przez Roberta Strausa na *sociology in medicine* i *sociology of medicine* przez długie lata wywierał znamieny wpływ na kierunki podejmowanych rozważań i badań. Równocześnie najmocniej zaznaczające się różnice w podchodzeniu do jej zadań i celów ukazane zostały w socjologii medycyny uprawianej z pozycji teoretycznych oraz w socjologii medycyny uprawianej na użytek medycyny, czy też socjologii stosowanej w medycynie (Scambler 2005, s. 1–11; 2008).

Zatem obserwowany rozwój socjologii medycyny przebiegał na dwóch, często niezależnych od siebie płaszczyznach: na jednej – w bliskiej współpracy z samą medycyną, wykorzystując socjologiczną wiedzę i metody badawcze, poprzez badania naukowe i działania instytucjonalne, związane z codzienną praktyką instytucji medycznych; zadecydowało o tym ulokowanie jednostek skupiających zespoły socjologów medycyny w uczelniach medycznych. Na tej drugiej płaszczyźnie zainteresowanie zjawiskiem choroby, stanu zdrowia, instytucji medycznych, czy też profesji medycznych od dawna było obecne w różnych nurtach przedstawicieli socjologii ogólnej; potwierdzenie tej tendencji można znaleźć we wspomnianych już studiach Talcotta Parsonsa, rozważaniach Anthony’ego Giddensa, a także Piotra Sztompki, który w swoim studium o roli zaufania w relacjach pacjent-lekarz, wskazał na

zaufanie powiernicze jako podstawowe spoiwo kontaktów z przedstawicielami instytucji medycznych (Sztompka 2007; Giddens 2012).

Margaret Gold w opublikowanej w roku 1977 pracy, na podstawie przeglądu teorii i koncepcji, które powstały do 1976 roku, podjęła krytykę socjologii medycyny. Z krytyki tej wynika, że w konsekwencji definiowania w owym czasie choroby jako dewiacji, a instytucji medycznych jako uprawomocnionego mechanizmu kontroli społecznej, socjologowie medycyny bezkrytycznie ujmowali chorobę zgodnie z koncepcją specyficznej roli społecznej, utożsamiając ją z okresową dewiacją, bez zwracania uwagi na różny sposób pełnienia tej roli w zależności od odmiennych uwarunkowań zdrowotnych.

Główny zarzut Margaret Gold wobec socjologii medycyny dotyczy utraty jej tożsamości i odwoływania się do modeli medycznych. Rozpatrując postawy i zachowania wobec zdrowia, choroby i systemu opieki zdrowotnej opierano się na modelach medycznych; dowodem takiego podejścia okazały się badania nad skargami pacjentów, wyrażającymi sprzeciw wobec norm medycznych, rutynowych praktyk medycznych i reżimów narzucanych przez medycynę. Podobnie krytycznie Gold odniosła się do przeniesienia na grunt socjologii medycyny medycznej definicji „problemu”, przywołując stwierdzenie M. Pflaza (1975), że socjologia medycyny podporządkowała się „zadaniom wyznaczonym przez medycynę” – tj. działaniom podejmowanym przez lekarzy, aby zwalczać „wroga”, jakim była choroba. Służące tej medycznej ideologii podejmowane badania socjomedyczne uznawały słuszność norm i wartości narzucanych przez medycynę, jako przydatnych dla całego społeczeństwa. Trudności w komunikacji w relacjach lekarz – pacjent, badane przez socjologów medycyny, postrzegane były jako „błędy pacjentów”.

Pisząc o rozwoju socjologii medycyny, Scambler skonstatował, że złoty wiek tej dyscypliny przypadł na lata 1956–1970 – dzięki pracom Talcotta Parsonsa, a także olbrzymiemu wkładowi, jaki wnieśli Robert Merton, Howard Becker i Erving Goffman (Scambler 2005).

Jakkolwiek przez kilka dekad socjologia medycyny była zdominowana przez podejście funkcjonalistyczne, to jednak wprowadzenie do niej interakcjonizmu symbolicznego nie tylko spowodowało znaczącą zmianę w perspektywie teoretycznej, ale także doprowadziło do ostrego ścierania się poglądów reprezentowanych przez zwolenników obu tych orientacji teoretycznych.

W latach 80. XX wieku na gruncie socjologii medycyny pojawiła się nowa, ale bardzo znacząca problematyka badawcza, dotycząca zdrowia kobiet; próbowano nie tylko pokazać różnice w stanie zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami, ale także wyjaśnić społeczne przyczyny tych różnic. W tym samym czasie obok studiów nad rolą nierówności społecznych w stanie zdrowia podejmowano badania na poziomie mikrostruktury społecznej, odnoszące się do różnych aspektów opieki zdrowotnej, w tym przekonań i wierzeń laików na temat zdrowia, a także próbowano analizować doświadczenia wynikające z przeżywania choroby.

Cockerham (2000) podkreśla, że w latach 90. XX wieku socjologia medycyny, podobnie jak i inne nauki społeczne, doświadczyła zmian wynikających z nowego porządku społecznego, m.in. z upadku dawnego systemu politycznego w krajach Europy Wschodniej w latach 1989–1991. Dokonujące się równocześnie przemiany w stratyfikacji społecznej obserwowane w wielu krajach, a także zwiększona mobilność społeczna, doprowadziły do jeszcze mocniej zarysowujących się społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych nierówności, przyczyniając się do wzrostu grup społecznych najniżej ulokowanych na drabinie społecznej i zwiększenia się liczby osób bezdomnych.

Lata 90. XX wieku przyniosły dodatkową „dominację medycyny”, przede wszystkim poprzez trwający od kilku dekad dyktat związany z medykacją życia społecznego, co zwróciło uwagę socjologów (nie tylko medycyny) na kontekst społeczno-kulturowy tego zjawiska, a później ruch kontestujący medykację życia społecznego.

Począwszy od lat 90. XX wieku np. w USA rozpoczęły się bardzo intensywne badania naukowe nastawione na różnorodne problemy, wśród których wymienić należy: AIDS, proces starzenia się i stan zdrowia osób starszych, zdrowie psychiczne, zdrowie kobiet i związane z tym różnice w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami, nierówności społeczne w etnicznych grupach mniejszościowych, wzorce korzystania z opieki medycznej, przemiany w zawodach medycznych, politykę społeczną i reformy obowiązujących systemów opieki zdrowotnej. Podobnie w Wielkiej Brytanii badania, które umacniały pozycję socjologii medycyny, koncentrowały się na nierównościach zdrowotnych, wynikających z nierówności społecznych, relacjach pomiędzy stylem życia a stanem zdrowia, zagrożeniach wynikających z AIDS, konsekwencjach chorób przewlekłych, w tym w powiązaniu z socjologią ciała.

W tym okresie zwiększyło się zainteresowanie problematyką społecznych konsekwencji starzenia się, zarówno całych społeczeństw, jak i w wymiarze indywidualnym, sprzyjając rozwojowi socjologii starzenia się, stanowiącej przeciwagę dla gerontologii społecznej.

Spoglądając na rozwój socjologii medycyny w Polsce w ostatniej dekadzie XX wieku można zauważyć, że nie odbiegała ona zakresem prowadzonych badań socjomedycznych i rozważań teoretycznych od tendencji ogólnoświatowych, przy czym może większa uwaga badaczy skierowana została na problematykę zdrowia, przede wszystkim promocję zdrowia (Słońska 2008; Słońska 2009).

Na początku nowego milenium Cockerham (2000) podjął dyskusję nad ogólną kondycją socjologii medycyny, czy też socjologii zdrowia, zaznaczając, że jest to szczególnie ważny okres dla tej specjalizacji, w obliczu wielkich społecznych, ekonomicznych i politycznych procesów transformacji w społeczeństwach, istotnie wpływających na politykę zdrowotną, system zabezpieczeń społecznych, zdrowie całych populacji, a w konsekwencji na zakres działań socjologów medycyny. Cockerham podkreślał siłę oddziaływania socjologii medycyny poprzez jej zdolność

odkrywania i formułowania odpowiedzi na ważne pytania dotyczące znaczących związków pomiędzy zdrowiem a zmieniającym się społeczeństwem.

Cockerham (2000), analizując naturę postmodernistycznej rzeczywistości, przywołał ocenę tej epoki jako „historycznie nowej, tworzącej odmienne kulturowe wytwory i nowy typ teoretycznych rozważań o społecznym świecie, co oznacza, że pojawia się coś nowego w społeczeństwie i wypiera lub znacząco modyfikuje rzeczywistość społeczną wykreowaną w dobie industrializacji” (2000, s. 55). Nowe społeczne uwarunkowania, zachodzące w nowoczesnych społeczeństwach, wyznaczają ścisłe relacje pomiędzy zdrowiem a społeczeństwem. Według Cockerhama socjologia medycyny musi dostosować się do nowych wyzwań społecznych, związanych z kulturą postmodernistyczną, tym bardziej, że obecnie ta subdyscyplina należy do najbardziej aktywnych socjologicznych „specjalizacji” – i obejmuje swym zasięgiem już nie tylko Europę i USA, ale także kraje Afryki, Azji i Ameryki Południowej (2000, s. 56).

Przekonanie, że u progu nowego milenium socjologia medycyny stała się globalną subdyscypliną, potwierdza fakt, że na jej rozwoju wyraźnie zaznaczył się proces globalizacji – zarówno w wymiarze ekonomicznym, politycznym, jak i kulturowym. Drugim procesem, który wyraźnie wpłynął na pozycję tej subdyscypliny, jest „mcdonaldyzacja” społeczeństw. Kolejnym istotnym procesem jest wskazany tutaj przez Cockerhama, a według Scamblera „domniemany”, wpływ kultury postmodernistycznej, która poprzez bardziej liberalne podejście przypisuje socjologom medycyny przede wszystkim rolę „interpretatorów”, a nie, jak poprzednio, rolę profesjonalnych ekspertów (Cockerham 2000).

Odnosząc się do roli socjologii medycyny we współczesnym społeczeństwie, Bernice Pescosolido (2011a, 2011b) podkreśla, że jednym z dominujących obszarów zainteresowań i przedmiotem badań były zawsze i są nadal kwestie związane z nierównościami społecznymi, znacząco warunkującymi stan zdrowia i zróżnicowane ryzyko występowania chorób. Zwykle do klasycznych przyczyn nierówności zaliczano zróżnicowany status społeczno-ekonomiczny, różnice w pozycjach w strukturze społecznej wynikające z płci i wieku, a także wpływ ważnych wydarzeń życiowych, stresu społecznego, przejawów dyskryminacji i wykluczenia społecznego w konsekwencji ubóstwa, bezrobocia czy bezdomności.

W połowie lat 90. XX wieku koncentracja zainteresowań badawczych przesunęła się w kierunku innego typu społecznych nierówności warunkujących stan zdrowia w różnych grupach społecznych i wiekowych, tj. w stronę znaczenia sieci społecznych, wsparcia społecznego i zasobów psychospołecznych, w postaci kapitału społecznego tak na poziomie jednostkowym, jak i społecznościowym (Due i in. 1999; Ell 1996).

Ostatnie dekady przyniosły badania nad wpływem postmodernistycznych zmian społecznych związanych ze stresem społecznym, jak też stylów życia warunkujących ryzyko chorób przenoszonych drogą aktywności seksualnej. Do nowych obszarów badawczych zaliczyć należy rozważania dotyczące jakości życia,

gwałtownie wzrastającej proporcji osób starszych w społeczeństwach. Wzrosło zainteresowanie socjologii medycyny samoleczeniem i sięganiem po metody stosowane w medycynie alternatywnej (Piątkowski 2008). Wiele badań prowadzonych przez socjologów medycyny nastawionych było i jest na krytykę działalności zarówno profesjonalistów medycznych, jak i systemu funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Socjologia medycyny, zataczając coraz szersze kręgi w poszukiwaniu swych zainteresowań i wkraczając na coraz bardziej skomplikowane obszary w odkrywaniu nowych powiązań pomiędzy naukami społecznymi i medycznymi, na trwałe wpięła się nie tylko w działalność naukową, ale także w programy nauczania przede wszystkim w uczelniach medycznych, a w ostatnich latach również w programy studiów socjologicznych.

Osiągnięciem socjologii medycyny stało się wskazanie na ograniczenia tradycyjnego biomedycznego podejścia do zdrowia i choroby oraz rozpowszechnienie biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby; model ten znajduje również szerokie zastosowanie w odniesieniu do zachowań w procesie leczenia (*illness behaviour*). Jak wskazuje Giddens (2012), wypracowany przez ostatnie wieki biomedyczny model choroby zakładał, że: 1) przez chorobę rozumie się usterkę fizyczną, która uniemożliwia „normalne funkcjonowanie organizmu”; 2) umysł i ciało można traktować oddzielnie – pacjent traktowany jako chore ciało, jako patologia, a nie kompletna jednostka ludzka. Nie trzeba zajmować się samopoczuciem pacjenta – trzeba się zająć zwalczaniem choroby. Chore ciało można poddawać zabiegom, badać, leczyć osobno, bez uwzględniania innych czynników; 3) jedynymi ekspertami powinni być ludzie wyspecjalizowani w tej dziedzinie. Choroby należy leczyć wyłącznie w szpitalu. Profesjonaliści medyczni są jedynymi osobami uprawnionymi do leczenia, w medycynie nie ma miejsca na „nienaukowe” praktyki medyczne (Giddens 2012, s. 394). Odwołując się do krytyki biomedycznego modelu choroby, i opierając się na różnych źródłach, Giddens dowodzi, że: „choroba jest konstruktem społecznym, którego nie można uchwycić w kategoriach „prawdy naukowej”; opinie pacjentów i ich doświadczanie choroby mają podstawowe znaczenie dla terapii; lekarze nie są jednym źródłem wiedzy na temat zdrowia i choroby; powrót do zdrowia nie musi odbywać się w szpitalu. Leczenie z zastosowaniami techniki, chirurgii i środków farmakologicznych niekoniecznie przewyższa inne formy terapii” (Giddens 2012, s. 369).

Dostrzeżenie znaczenia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, niepełnosprawnością czy procesem starzenia się, a niejednokrotnie również konsekwencjami interwencji medycznej – ratującej życie i przywracającej w różnym stopniu zdrowie somatyczne, ale prowadzącej do ograniczeń w społecznej aktywności – stało się podstawą rozwinięcia całej gamy badań nad społecznym wymiarem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, budując od lat siedemdziesiątych powszechnie rozpowszechnioną koncepcję, która stała się podstawą dla wzrastającej gwałtownie liczby badań socjomedycznych.

We współczesnym ujęciu socjologii medycyny coraz silniej zaznacza się integracja tej subdyscypliny z innymi naukami społecznymi, takimi jak psychologia zdrowia i psychologia kliniczna, oraz epidemiologia społeczna (Berkman, Kawachi 2000), które poruszają się w obrębie podobnych problemów badawczych wiążących zdrowie z uwarunkowaniami psychospołecznymi. Szczególnie gwałtowny rozwój epidemiologii społecznej, również uprawianej najczęściej przez socjologów (przede wszystkim amerykańskich), można postrzegać jako pewną „konkurencję” dla samej socjologii medycyny. Obie dyscypliny łączy wspólny przedmiot zainteresowań, np. nierówności a stan zdrowia, rola sieci relacji w samoocenie zdrowia, konsekwencje utraty pracy, przejścia na emeryturę, stres zawodowy itd., podobnie jak odwołanie się do tych samych orientacji teoretycznych. Natomiast to, co różni socjologię medycyny od epidemiologii społecznej, to odmienne metody badań: w epidemiologii społecznej przeważają badania ilościowe z zaawansowanymi metodami statystycznymi stosowanymi przy analizowaniu wyników, podczas gdy w socjologii medycyny obserwuje się od kilku dekad tendencje badawcze o charakterze jakościowym.

Docenianie roli socjologii medycyny na gruncie nauk o zdrowiu wynika z faktu, że ma ona coraz większe znaczenie w rozwiązywaniu problemów zdrowia publicznego czy wyzwań wynikających z problemów epidemiologicznych. Z drugiej strony jej wkład w takie nauki kliniczne jak psychiatria, geriatria, kardiologia, onkologia czy toksykologia (leczenie uzależnień, poszukiwanie społecznych uwarunkowań samobójstw i prób samobójczych oraz innych autodestrukcyjnych zachowań) jest nie do przecenienia. Trudno nie podkreślić faktu poszukiwania przez samą medycynę wsparcia ze strony socjologii medycyny, jakkolwiek zrozumienie roli tej dyscypliny nie przyszło tak łatwo przedstawicielom profesji medycznych, jak miało to miejsce w przypadku psychologii, a przede wszystkim psychologii klinicznej. Niemniej zwrócenie się w stronę socjologii medycyny wiąże się przede wszystkim z faktem ogólnej akceptacji szerokiej definicji zdrowia, wypracowanej przez WHO (1948), jako „dobrostanu w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym”. Społeczny wymiar zdrowia, oznaczający zdolność realizacji aspiracji i zadań przez jednostkę lub grupę zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, a także umiejętność adaptacji do zmian w środowisku społecznym, umiejętność sprostania nowym wyzwaniom, budowanie zasobów psychospołecznych, wymaga odniesienia do teorii ról społecznych i teorii interakcji, przede wszystkim interakcji symbolicznych. Sięganie do doświadczeń wypracowanych przez socjologię medycyny okazało się szczególnie przydatne w sytuacji znaczących zmian w obrazie chorób, które nastąpiły w 2. połowie XX wieku, i zmusiło do docenienia znaczenia uwarunkowań społecznych nie tylko w samej zwykle wieloczynnikowej etiologii, ale także w procesie leczenia, a przede wszystkim w ocenach jakości życia osób chorych. To nowe spojrzenie odnosi się do dominujących współcześnie chorób przewlekłych, które wraz z rozwojem postępu cywilizacyjnego i osiągnięciami medycyny stały się nieodzownym elementem towarzyszącym wydłużaniu się życia ludzkiego, a tym samym stworzyły nowe wyzwania dla scenariuszy życia społecznego poprzez dążenie do *healthy*

aging, utożsamianego z *active ageing*, oznaczającego m.in. w wieku starszym, mimo zmagania się z przewlekłymi dolegliwościami chorobowymi, aktywną partycypację w życiu społecznym.

Socjologia medycyny szybko zareagowała na zmiany, które dokonały się w filozofii medycyny w 2. połowie XX wieku, ukierunkowane na profilaktykę zdrowotną. Wpłynęły one na orientację socjologii medycyny w kierunku tematyki zdrowia, zachowań promujących zdrowie, co w konsekwencji doprowadziło do wyodrębnienia się nowej subdyscypliny – socjologii zdrowia. Kulturowy i społeczny kontekst zachowań zdrowotnych, ściśle powiązanych z wpływami społecznymi i kulturowymi, zaznaczył się wyraźnie w różnych wyborach stylu życia, czego wskaźnikiem jest palenie papierosów, konsumpcja alkoholu, sięganie po środki psychoaktywne, określone zwyczaje żywieniowe, wzory spędzania wolnego czasu, bezpieczna jazda samochodem, przestrzeganie badań kontrolnych. Nowe zasady prozdrowotnego stylu życia wymagały i wymagają zmiany postaw i zachowań, niejednokrotnie odrzucenia dawnych zwyczajów i adaptacji do nowych – zgodnie z hasłem: „Twoje zdrowie w Twoich rękach”. Oznaczało to budowanie modeli promocji zdrowia w oparciu o założenia socjologii zdrowia (Ostrowska 1999; Słońska 2008; Słońska 2009), a tym samym wprowadzenie nowej strategii wzmacniania zdrowia na różnych poziomach społecznego funkcjonowania. Adele E. Clarke i Janet Shim (2011) dowodzą, że teoria dotycząca medykalizacji okazała się „sercem” nie tylko socjologii medycyny, ale także socjologii zdrowia i choroby. Nowe wyzwania stojące przed socjologią zdrowia, wymagały zajęcia stanowiska wobec zjawiska medykalizacji – „dyktatu medycyny” w kwestii, jak żyć, dokonując podziału na „dobrych i złych” obywateli – i po pewnym czasie budząc sprzeciw co do tego dyktatu (Lupton 1997).

Ostatnie lata przyniosły nowe spojrzenie na zdrowie i chorobę z perspektywy wielowymiarowych uwarunkowań, wynikających z kontekstu społeczno-kulturowego jednostki na przestrzeni całego życia poprzez wiele powiązań – od urodzenia (a nawet wcześniej, bo już w okresie prenatalnym), okres dzieciństwa, wiek adolescencji, różne etapy wieku dorosłego, poszczególne okresy wieku starszego, aż do kresu życia, rzutujących na zajmowane pozycje społeczne w różnych fazach życia, odmienne doświadczenia życiowe, style życia, pełnione role, a w konsekwencji bilans osiągnięć i satysfakcji z życia (Tobiasz-Adamczyk 2006; Giddens 2012). W takiej perspektywie przywiązuje się wagę do pozycji społeczno-ekonomicznej rodziny pochodzenia, wywiązywania się z funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej i socjalizacyjnej wobec dziecka, planów związanych z edukacją, więzi rodzinnych czy też występowanie patologii, np. różnych form przemocy domowej, której dziecko samo doświadcza lub jest świadkiem (Greenfield, Marks 2009). Podobne analizy prowadzi się w odniesieniu do kolejnych etapów życia, wykorzystując teorie konwoju społecznego czy sieci społecznych (Antonucci, Jackson 2007), co daje szansę określenia zasobów psychospołecznych wynikających z uwarunkowań rodzinnych, sąsiedztwa lub środowiska pracy oraz pozwala na obserwację „dziedziczenia biedy” i niskiego statusu społecznego z pokolenia na pokolenie, przebywania w środowisku

o wysokim stopniu deprivacji lub narażenia na „łańcuch” międzypokoleniowej przemocy. Takie szczegółowe spojrzenie na kontekst społeczno-kulturowy jednostki ma podstawowe znaczenie dla zrozumienia prozdrowotnego lub antyzdrowotnego stylu życia. Postrzeganie zachowań związanych nie tylko ze zdrowiem, ale przede wszystkim ze zróżnicowanym ryzykiem pojawiania się określonych chorób, znajduje potwierdzenie w uznanych teoriach, dowodzących większego prawdopodobieństwa występowania pewnych zjawisk zdrowotnych w określonych grupach społecznych, wskazując na możliwość modyfikacji pewnych uwarunkowań środowiskowych odpowiedzialnych za nie (głównie w sferze zmiany stylu życia). Te podlegające modyfikacji uwarunkowania o charakterze behawioralnym lub społecznym dają znaczącą szansę kontrolowania ich roli w obserwowanych zmianach w stanie zdrowia, nie tylko w wymiarze jednostkowym, ale także grupowym. Takie analizy prowadzono przede wszystkim w odniesieniu do chorób układu krążenia, ukazując całość wielowymiarowych powiązań z perspektywy *life course approach*, decydujących nie tylko o ryzyku wystąpienia chorób, ale także o ich przebiegu, jakości życia chorych, a nawet ryzyku zgonu (Tobiasz-Adamczyk 2005; Tobiasz-Adamczyk 2010). Konfrontacja naturalnego (biologicznego) przebiegu życia ludzkiego z kulturowym i społecznym scenariuszem wymaga odniesienia do obowiązujących norm społecznych (w tym związanych przede wszystkim z konstruktami społecznymi, kto jest uznawany za zdrowego, a kto za chorego), a także do systemu wartości i wzorów zachowań w zdrowiu i chorobie, jak również społecznych oczekiwań dotyczących symbolicznego znaczenia zdrowia.

Socjologia choroby i niepełnosprawności

Historia socjologii medycyny odzwierciedla odmienne perspektywy socjologiczne używane w odniesieniu do zjawiska choroby, poczynając od klasycznej teorii Parsonsa (1951), traktującej chorobę jako specyficzną rolę społeczną¹.

Początkowo sama choroba przedstawiana była ogólnie, bez bliższego sprecyzowania, jako pewien stan, bez szczególnej charakterystyki co do swej natury, czasu trwania i szans wyleczenia, umożliwiających powrót do aktywności społecznej sprzed choroby. Niemniej już sam Talcott Parsons wyraźnie oddzielał zaburzenia z niej wynikające w odniesieniu do chorób somatycznych (które mogą ograniczać wykonywanie okresowe pewnych zadań) i w odniesieniu do chorób psychicznych, w których wyłączenie z pewnych ról społecznych może mieć charakter trwały (Parsons 1951).

W późniejszych rozważaniach niejednokrotnie dowodzono, że tak zdefiniowana rola w przypadku choroby nie zawsze przebiega zgodnie z koncepcją Parsonsa,

¹ Na tę rolę składają się dwa prawa (zwolnienie z dotychczasowych ról społecznych i nie ponoszenie odpowiedzialności za aktualny stan zdrowia, gdyż odpowiedzialność przechodzi w ręce personelu medycznego), a także dwa obowiązki wynikające z faktu, że choroba, jako stan niepożądany, wymaga od chorego, aby chciał jak najszybciej wyjść z tego stanu (tzn. wyzdrowieć) i szukał w tym celu profesjonalnej pomocy i współpracy z personelem medycznym.

gdyż nie wszystkie choroby prowadzą do rezygnacji z dotychczasowo pełnionych ról, nie wszyscy chorzy chcą wyzdrowieć, sama gotowość (chęć) wyzdrowienia nie prowadzi do zdrowia oraz nie zawsze można otrzymać leczenie i opiekę.

Pisząc o nowych wyzwaniach stojących przed socjologią chorób przewlekłych i niepełnosprawności (*sociology of chronic and disabling conditions*), Graham Scambler i Sasha Scambler (2010) zwracają uwagę, że właśnie ta tematyka staje się bardzo ważnym przedmiotem badań w wymiarze polityczno-ekonomicznym, społecznym, psychologicznym i oczywiście biologicznym, ukazując równocześnie pomosty łączące socjologię choroby z teorią niepełnosprawności. Powiązania te zapoczątkowane zostały przez Freidsona (1970) w podjętej krytyce teorii Parsonsa, a słuszność tej krytyki potwierdzona została w późniejszych badaniach nad przebiegiem procesów adaptacji do choroby i uczenia się funkcjonowania w codziennym życiu, w zmienionych pod wpływem choroby lub niepełnosprawności uwarunkowaniach zdrowotnych (Scambler, Scambler 2010).

Nie bez wpływu na rozwój badań w socjologii choroby i niepełnosprawności pozostawały teorie dotyczące społecznego konstruktury choroby lub niepełnosprawności, zwykle związane z paradygmatami lokującymi określone choroby lub niepełnosprawność w kategoriach dewiacji wtórnej i w konsekwencji łącząc je z naznaczeniem społecznym (Goffman 2007).

Przeciwstawiając się strukturalno-funkcjonalnym modelom choroby (które to koncepcje pomijały dwa obszary rzeczywistości społecznej: subiektywne znaczenie choroby oraz działalność zdrowotną laików), od lat 80. XX wieku sięga się do koncepcji badań socjomedycznych w oparciu o interakcjonizm symboliczny i etnometriologię. Oznacza to w przypadku socjologii choroby „oglądanie świata” z perspektywy jednostki (aktora; ocena jakości życia, doświadczeń związanych z chorobą), spontaniczną ekspresję preferencji lub kontekstowe przedstawienie/zrozumienie zachowań poprzez poznanie „sensu”, „znaczeń” (np. w odniesieniu do zachowań w chorobie), sięganie do codziennych doświadczeń aktorów włączonych bezpośrednio lub pośrednio w proces chorowania (chorzy i ich opiekunowie rodzinni) (Tobiasz-Adamczyk 2013a). Badanie fenomenu choroby i chorowania na podstawie doświadczenia choroby i opisywania tego od „wewnątrz” przez samego chorego zyskało powszechną akceptację (Skrzypek 2011).

Michael Bury wskazywał na interpretatywne podejście do analizowania choroby z perspektywy działań podejmowanych w celu radzenia sobie z chorobą, łagodzenia jej skutków lub przystosowania się do niej. Według Bury’ego socjologiczne koncepcje choroby przewlekłej koncentrują się wokół trzech elementów charakteryzujących te choroby, tj. „podstępny początek, falujący przebieg i niepewności co do rokowania”, gdyż często początkowe stadium choroby trudne jest do odróżnienia od codziennych doświadczeń życiowych, co rzutuje na specyfikę podejmowanych kontaktów z profesjonalistami medycznymi, które cechuje niepewność i ryzyko błędnego zdiagnozowania sytuacji. Zjawisko niepewności dotyczy nie tylko chorego, ale także personelu medycznego, gdy proces diagnozowania nie znajduje

wyjaśnienia i rozwiązania dla występujących objawów. Zmienność przebiegu choroby oznacza niemożność przewidzenia zaostrzeń lub remisji choroby, co skutkować może doświadczaniem niepewności, a także na przemian nadziei i desperacji (Bury 1991).

Obiektywna trajektoria choroby może w różny, często odmienny sposób wpływać na jej indywidualną percepcję, a także na społeczną sytuację chorego (Robinson 1990). Trajektoria choroby oznacza pewne kontinuum stanów biologicznych, wywołujących określone reakcje u samego chorego, jak i w jego otoczeniu, tworząc np. trajektorię stygmatyzacji (Alonzo, Reynolds 1995). Z perspektywy analizowania przebiegu choroby pojawia się często obok czynnika czasu przeżycia niepewność co do nie zawsze przewidywalnych kolejnych nawrotów choroby (Ostrowska 2008, 2009).

W przypadku osób chorujących przewlekłe niepewność co do rokowania zwykle nie daje szans na wyzdrowienie, raczej wiąże się ze zróżnicowanym w czasie ryzykiem śmierci z tej przyczyny. „Scenariusz życia z chorobą”, równoznaczny z trwaniem choroby przez całe życie, stworzył nowy kontekst życia, w którym chorowanie i wpływ choroby na różne aspekty życia społecznego mają dominujące znaczenie.

Biografie osób funkcjonujących w „ramach wyznaczonych chorobą przewlekłą” uświadomiły, że towarzyszy jej często poczucie „utrąty siebie i zmiana koncepcji siebie” pod wpływem odczuwanej stygmatyzacji lub lęku przed jej ryzykiem i przed wykluczeniem (Glaser, Strauss 1968; Strauss 1975). Wykorzystanie badań jakościowych (teorii ugruntowanej) do opisu wpływu choroby przewlekłej lub niepełnosprawności na jakość życia pozwoliło na rozpoznanie, jak u osób chorych przewlekłe lub niepełnosprawnych przebiega „organizowanie choroby i organizowanie opieki”, w zależności od zmodyfikowanej pod wpływem zmian w kondycji zdrowotnej koncepcji własnej osoby, do czego doszło na skutek utraty autonomii, poszukiwania dowodów na poczucie własnej wartości i tożsamości społecznej w sytuacji świadomości niepewności przyszłości, lęku przed śmiercią, bólem, cierpieniem i ryzykiem odrzucenia przez otoczenie.

Bernice A. Pescosolido (2011a, 2011b) dowodzi, że społeczny proces choroby ma początek (wejście w rolę osoby chorej), następnie społeczny przebieg związany z pewną trajektorią, zależną od czasu trwania tego procesu i możliwości kontrolowania jego przebiegu, oraz etap końcowy, który może oznaczać „zbliżanie się do zdrowienia” lub odwrotnie – zróżnicowany w czasie etap umierania. „Sensy” nadawane sygnałom płynącym z organizmu zależą od uwarunkowań kulturowych, podobnie jak zmiany w obrazie ciała sygnalizujące chorobę mogą mieć przypisane odmienne znaczenia. „Negocjowanie” choroby odbywa się nie tylko poprzez narracyjny jej odbiór przez chorego i jego najbliższe otoczenie, ale warunkuje moment szukania profesjonalnej (medycznej) pomocy i rozpoczyna nowy etap „negocjacji” pomiędzy chorym a lekarzem jako reprezentantem instytucji medycznej. Proces choroby może obejmować następujące elementy: pierwsze symptomy, moment decyzji o konsultacji medycznej, charakter konsultacji medycznej (wstępna diagnoza),

dyskutowanie o postawionej diagnozie z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami; postawiona diagnoza może być zaczątkiem nowych relacji w sieci otaczającej chorego; ponowne konsultacje lekarskie, zalecane leczenie, wreszcie powrót do miejsca zamieszkania oznaczający nowe relacje z otoczeniem wyznaczone stanem choroby (Pescosolido 2011a, 2011b).

Zachowania chorych w relacji do uwarunkowań kulturowych i społecznych, analizowane przede wszystkim przez Davida Mechanica (od 1978), zwracały uwagę na znaczenie przekonań, wierzeń, symbolicznego wymiaru choroby, ale także na konieczność odwołania się do sieci udzielających wsparcia osobom chorym (Kasl, Cobb 1966).

Szczególna relacja pomiędzy ciałem zmienionym przez chorobę lub zastosowane leczenie a samoakceptacją tej zmiany oznacza niejednokrotnie konieczność uczenia się „odczytywania na nowo własnego ciała”. Ma to istotne znaczenie w niepełnosprawności utożsamianej ze zróżnicowanymi ograniczeniami w codziennej aktywności życiowej, zmianach w aspiracjach życiowych, w psychoemocjonalnym i społecznym well-beingu osób uznanych za niepełnosprawne lub mające pewne zaburzenia stanu zdrowia, w konsekwencji prowadzące do ograniczonych możliwości funkcjonowania w porównaniu do ludzi uznanych za zdrowych (Frank 2004).

W chorobie, której towarzyszy poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem, pojawiają się kolejne ważne społeczne konsekwencje przez tworzenie swoistego wyznacznika codziennego funkcjonowania i jakości życia. Ukrywanie zmian w ciele lub „przyjmowanie maski”, aby nie być postrzeganą(-nym) jako nosicielka/nosiciel piętna, przybiera różne formy (Turner 2005). Symboliczne interakcje pomiędzy pojęciem normalności w odniesieniu do wyglądu ciała lub funkcji jego poszczególnych narządów mogą zostać zaburzone w związku z utratą znaczących atrybutów, prowadząc do naznaczenia z racji „brzydoty cielesnej” lub ciała niespełniającego oczekiwań społecznych (Kelly, Field 2005).

Przyjęte modele niepełnosprawności wyraźnie pokazują jej wieloaspektowy charakter; obok ograniczeń w stanie zdrowia fizycznego szczególnego znaczenia nabiera możliwość samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, związanych z samoopieką (możliwość samodzielnego spożycia posiłku, umycia się, ubrania, poruszanie się po mieszkaniu lub na zewnątrz, możliwość samodzielnego wykonywania lekkich lub ciężkich prac domowych, przygotowywania posiłków, załatwienia zakupów lub spraw urzędowych) (Ostrowska 2009). Równocześnie niemożność wykonywania lub ograniczenie w przytoczonych tu czynnościach są równoznaczne z zależnością osób chorych i niepełnosprawnych od swego otoczenia: opiekunów nieformalnych lub formalnych (zawodowo parających się opieką nad osobami niesamodzielnymi). Kolejnym ogniwem w wielowymiarowych modelach niepełnosprawności okazał się „wymiar społeczny”, określający zakres pełnionych ról społecznych tak w rodzinie, jak i w kręgu przyjaciół, aktywność zawodową, a poprzez sieć utrzymanych lub ograniczonych relacji społecznych, decydujący o stopniu integracji społecznej (Tobiasz-Adamczyk 2012).

Socjologia chorób psychicznych

Związki socjologii medycyny z psychiatrią należą nie tylko do najdłuższych, ale również najbardziej znaczących dla rozwoju psychiatrii (szczególnie psychiatrii społecznej), pomimo wielu punktów zwrotnych w tych relacjach, oznaczających okresy ścisłej wzajemnej współpracy oraz okresy odrzucania przez psychiatrów teorii socjologicznych (Bastide 1972).

We wstępie do czterotomowego wydania *Mental Health* (Scheid 2009) podkreślono, że zdrowie psychiczne i różne zaburzenia związane z występowaniem chorób psychicznych należą do zjawisk najbardziej fascynujących badaczy i teoretyków. Poszukiwanie związków pomiędzy uwarunkowaniami na poziomie makrostruktury społecznej w relacji do uwarunkowań na poziomie mikrostruktury i indywidualnych przeżyć czy doświadczeń jednostek, zapoczątkowane przez Emile'a Durkheima w jego klasycznej teorii samobójstw w zależności od stopnia kohezji społecznej, znalazło wielu kontynuatorów poświęcających uwagę kontekstom społeczno-kulturowym, towarzyszącym lub sprzyjającym występowaniu określonych zaburzeń w zdrowiu psychicznym.

Fundamentalne znaczenie miała teoria samobójstw Durkheima, ale także klasyczne prace wskazujące na relację pomiędzy przynależnością do określonej klasy społecznej a ryzykiem zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego, co zostało potwierdzone w badaniach Hollingsheada i Redlicha (1958) o wyższym ryzyku schizofrenii w biedniejszych grupach (Bastide 1972). Badania te włączyły się znacząco w główny nurt zainteresowań socjologii medycyny nierównościami społecznymi, warunkującymi zróżnicowane ryzyko chorób. Również na gruncie psychiatrii, a szczególnie psychiatrii społecznej, znalazł szerokie zastosowanie wypracowany na gruncie socjologii medycyny biopsychospołeczny model chorób psychicznych.

W pewnym momencie dominacja poglądów reprezentowanych przez socjologów medycyny w odniesieniu do psychiatrii okazała się bardzo silna – przykładem Thomas Szasz (1961), który zaczął negować obiektywne istnienie chorób psychicznych, propagując przekonanie, że są one wytworem konstruktywizmu (i należy je traktować jako metaforę, a nie jako fakt). W tym samym czasie, szczególnie w latach 60. i 70. XX wieku, wykorzystywanie teorii dewiacji i kontroli społecznej zaznaczyło się mocno w psychiatrii. Prace Michaela Foucaulta to kolejny przykład znaczącego wkładu myśli socjologicznej w zrozumienie społecznego odbioru chorób psychicznych i traktowania chorych z zaburzeniami psychicznymi. Od lat 70. XX wieku przez długi czas relacje pomiędzy socjologią a psychiatrią cechował „dystans, a często nawet wrogość”.

Socjologia chorób psychicznych wiąże się ściśle z klasycznymi teoriami dotyczącymi „naznaczenia poprzez chorobę” (Goffman 1963). Naznaczenie społeczne lub inaczej reakcja społeczna na chorobę psychiczną, stanowiły zawsze istotny wkład nauk społecznych w psychiatrię – i nawiązywały do społecznych przyczyn tych chorób. Wykorzystanie teorii labelingu i stygmatyzacji również uległo zmianom, przede

wszystkim pod wpływem działań na rzecz integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi w celu ich destygmatyzacji.

Anne Rogers i David Pilgrim (2011) podkreślają, że dla wzajemnych relacji pomiędzy socjologią a psychiatrią szczególne znaczenie miało przede wszystkim przyjęcie perspektywy etnometodologii, interakcjonizmu symbolicznego i społecznego konstruktywizmu.

W latach 80. XX wieku nieznacznie zmniejszyło się zainteresowanie socjologów chorobami psychicznymi, bo większość z nich włączyła się w główny nurt badań nad chorobami przewlekłymi o charakterze somatycznym (Rogers, Pilgrim 2011).

Burzliwe dzieje współpracy pomiędzy socjologami medycyny a psychiatrami doprowadziły jednak do wypracowania wzajemnego porozumienia co do roli czynników społecznych w etiologii i przebiegu chorób psychicznych, przeciwstawiając znaczenie uwarunkowań społecznych biomedycznym teoriom o przyczynach tych chorób (Rogers, Pilgrim 2011).

Postmodernistyczne teorie, które pojawiły się na przełomie XIX i XX wieku, zwracają uwagę na znaczenie gwałtownych zmian społecznych i poczucie niepewności, charakteryzujące współczesne społeczeństwa; te dwa uwarunkowania czyni się odpowiedzialnymi za stan zdrowia psychicznego (Rogers, Pilgrim 2011, s. 21–34).

Osobnym kierunkiem badań w socjologii chorób psychicznych są studia nad ich socjodemograficznymi predyktorami, dotyczące przede wszystkim zróżnicowanego ryzyka wynikającego ze statusu społeczno-ekonomicznego, nad społecznymi uwarunkowaniami depresji, czy też związkami pomiędzy różnego typu uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, a ryzykiem zaburzeń w zdrowiu psychicznym, a także studia nad konsekwencjami stresu społecznego i modyfikującą ten stres rolę wsparcia społecznego w pojawianiu się kryzysów i w ich zapobieganiu.

Każde społeczeństwo, tworząc własny obraz chorób psychicznych, równocześnie wyznacza (w zależności od stopnia stygmatyzacji) miejsce osób dotkniętych tymi zaburzeniami w różnych kontekstach społecznych, np. stopień akceptacji w odniesieniu do pełnienia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi różnych ról społecznych czy szans ich zaistnienia na rynku pracy, wspólnie z osobami zdrowymi (Kaszyński, Cechnicki 2007). Dodatkowo określa warunki społeczne pozwalające na deinstytucjonalizację opieki nad osobami z zaburzeniami społecznymi, włączania ich w życie rodziny, społeczności – przytoczone tu tylko niektóre wybrane problemy stały się podstawą prowadzonych przez lata rozważań, potwierdzanych coraz częściej badaniami empirycznymi.

W nurcie rozważań i badań nad chorobami psychicznymi kolosalną rolę odegrały przede wszystkim prace Goffmana nad piętnem, ale także – a może przede wszystkim – jego słynna praca dotycząca szpitala psychiatrycznego jako instytucji totalnej (Goffman 2011), która nadal, wbrew protestom wielu psychiatrów, pozostaje aktualna, o czym świadczy studium socjologiczne Adama Millera w oparciu o jego własne doświadczenia z obserwacji uczestniczącej, związanej z pobytem

w szpitalu psychiatrycznym (Miller 2013). Obraz chorób psychicznych w świadomości społecznej był przedmiotem zainteresowania także socjologów polskich, np. Włodzimierza Brodniaka (2000), badającego postawy społeczne wobec chorych psychicznie.

Podsumowanie

Fenomen socjologii choroby polega na tym, że zakres jej zainteresowań nigdy się nie „zamyka”, gdyż pojawiają się nowe zagadnienia zdrowotne lub zmienia się ocena wcześniej już występujących. Za jej niesłabnącą siłą przemawia również fakt integralności socjologii choroby z innymi subdyscyplinami socjologicznymi, powiązanymi wieloma bezpośrednimi i pośrednimi więzami na skutek „odczuwania konsekwencji zmian zdrowotnych”, na wielu płaszczyznach.

Na zakończenie istotnym wydaje się podtrzymanie poglądu wyrażanego w 2005 roku, który pomimo upływu czasu nie stracił na aktualności: „Socjologia choroby, bazująca na paradygmatach, nadal jest dyscypliną poszukującą podstaw teoretycznych, jest również dyscypliną poszukującą dalszych rozwiązań metodologicznych, warunkujących jakość prowadzonych badań. Powstaniu socjologii zdrowia towarzyszyło przekonanie, że poświęcanie uwagi socjologii choroby jest myśleniem tradycyjnym, ale pomimo prób zepchnięcia jej na „tor boczny” jej atrakcyjność pozostaje nadal niezmienną” (Tobiasz-Adamczyk 2005).

Bibliografia

- Alonzo A.A., Reynolds N.R. (1995). *Stigma, HIV and AIDS. An exploration and elaboration of a stigma trajectory*. *Social Science and Medicine* 41(3), s. 303–315.
- Antonucci T., Jackson J.S. (2007). *Intergenerational relations: Theory, research, and policy*. *Journal of Social Issues* 63(4), s. 679–693.
- Bastide R. (1972). *Socjologia chorób psychicznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Berkman L.F., Kawachi I. (red.) (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bloom S. (2002). *THE ORIGINS Medicine as social science, public health, and social Medicine. W: The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*. Oxford: Oxford University Press, s. 11–22.
- Brodniak W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bury M. (1991). *The sociology of chronic illness: A review of research and prospects*. *Sociology of Health & Illness* 13(4), s. 451–465.
- Clarke A.E., Shim J. (2011). *Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 173–199.
- Cockerham W.C. (2004). *Medical sociology. Ninth edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Cockerham W.C. (2000). Medical sociology at the millennium. W: S. Quah, A. Sales (red.), *The International Handbook of Sociology*, London: Sage, s. 420–442.
- Due P., Holstein B., Lund R., Modvig J., Avlund K. (1999). *Social relations: network, support and relational strain*. *Social Science & Medicine* 48(5), s. 661–673.
- Ell K. (1996). *Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection*. *Social Science & Medicine* 42(2), s. 173–183.
- Frank A. (2004). *The Renewal of Generosity: Illness, Medicine and How to Live*. Chicago: University of Chicago Press.
- Germov J., Williams L. (red.) (2008). *A Sociology of Food and Nutrition: The Social Appetite*, 3rd edition, Australia, New Zealand, Oxford University Press.
- Giddens A. (2012). *Rozdział 10. Zdrowie, choroba i niepełnosprawność*. W: *Socjologia*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1968). *Time for Dying*. Chicago: IL Aldine.
- Goffman E. (2011). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goffman E. (2007). *Piętno*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Greenfield E., Marks N. (2009). *Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: Using food in response to stress as a mediator of risk*. *Social Science & Medicine* 68, s. 791–798.
- Gold M. (1977). *A crisis of identity: the case of medical sociology*. *Journal of Health and Social Behavior* 19, s. 160–168.
- Jutel A., Nettleton S. (2011). *Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities*. *Social Science & Medicine* 73(6), s. 793–800.
- Kaszyński H., Cechnicki A. (red.) (2007). *Praca, zdrowie psychiczne, ekonomia społeczna. W poszukiwaniu inspiracji dla praktyki*. Kraków: Stowarzyszenie na rzecz rozwoju Psychiatrii i opieki Środowiskowej.
- Kasl S.V., Cobb S. (1966). *Health behavior, illness behavior and sick role behavior*. *Archives of Environmental Health* 12(2), s. 246–266.
- Kelly M.P., Field D. (2005). *Medical sociology, chronic illness and the body*. W: G. Scambler (red.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London-New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Lupton D. (1997). *Foucault and the medicalization critique*. W: A. Peterson, R. Burton (red.), *Foucault, Health and Medicine*, London: Routledge, s. 94–110.
- Marshall V.W., Bengtson V. L. (2011). *Theoretical Perspectives on the Sociology of Aging*. W: R.A. Settersten, J.L. Angel (red.), *Handbook of Sociology of Agings*. Springer s. 17–33.
- Mechanic D. (1978). *Medical Sociology*. London: Collier Macmillan Publishers.
- Miller A. (2013). *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*. Warszawa: WUW.
- Ostrowska A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska A. (2008). *Rozprawa z czasem w chorobie przewlekłej*. W: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Ostrowska A. (2009). *Niepełnosprawność, rehabilitacja i integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. W: A. Ostrowskiej (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 145–171.

- Parsons T. (1951). *Social Structure and Dynamic Process. The case of modern medical practice*. W: *The Social System*, London: Routledge Glencoe III Free Press, s. 429–479.
- Pescosolido B.A. (2011a). *Taking "The Promise" Seriously: Medical Sociology's Role in Health, Illness, and Healing in a Time of Social Change*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 3–20.
- Pescosolido B.A. (2011b). *Organizing the Sociological Landscape for the Next Decades of Health and Health Care Research: The Network Episode Model III-R as Cartographic Subfield Guide*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 39–66.
- Piątkowski W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Robinson I. (1990). *Personal narratives, social careers and medical courses. Analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis*. *Social Science & Medicine* 30(11), s. 1173–1186.
- Rogers A., Pilgrim D. (2011). *Medical Sociology and Its Relationship to Other Disciplines: The Case of Mental Health and the Ambivalent Relationship Between Sociology and Psychiatry*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 21–37.
- Scambler G. (2005). *General introduction: Medical sociology: past, present and future*. W: Scambler G. (red.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare. Volume I The Nature of Medical Sociology*, London and New York: Routledge Taylor and Francis Group, s. 1–11.
- Scambler G. (red.) (2008). *Sociology as Applied to Medicine*. Sixth edition. Edinburgh: Saunders Elsevier.
- Scambler G., Scambler S. (red.) (2010). *New Directions in the Sociology of Chronic and Disabling Conditions. Assaults on the lifeworld*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Scheid T.L. (red.) (2009). *Mental Health. Major Themes in Health and Social Welfare. Volume I The Meaning and Experience of Mental Illness*. London and New York: Routledge.
- Skrzypek M. (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej: ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Sokołowska M. (red.) (1969). *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Sokołowska M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sokołowska M. (1990). *Socjologia medycyny*. W: A. Ostrowska (red.), *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii Pan, Instytut Socjologii UW, s. 5–25.
- Sokołowska M., Hołówka J., Ostrowska A. (red.) (1976). *Health, Medicine and Society*. Warszawa: PWN.
- Słońska Z. (2008). *Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*. W: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, s. 83–94.

- Słońska Z. (2009). *Socjologia a promocja zdrowia*. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia Medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 283–309.
- Strauss A.L. (1975). *Chronic Illness and the Quality of life*. St. Louis: Mosby.
- Sztompka P. (2007). *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2005). *Kilka uwag o socjologii choroby*. W: W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba, perspektywa socjologiczna, Rozdział I – Socjologia zdrowia, choroby i medycyny. W poszukiwaniu partnerów i nowej tożsamości*, Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, s. 27–37.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2006). *Social network, social resources and quality of life in children*. W: W. Jedrychowski, F.P. Perera, U. Maugeri (red.), *Vulnerability of the Fetus and Infant to Ambient Pollutants and Reduced Food Intake in Pregnancy*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 225–230.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2010). *Patomechanizmy zależności między czynnikami psychospołecznymi a chorobami sercowo-naczyniowymi*. W: P. Podolec (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki, Tom 2*, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, s. 537–545.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2012). „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny* 61(2), s. 81–118.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2013a). *Wyzwania dla rodzin związane z opieką nad chorym lub starszym bliskim*. W: K. Slany (red.), *Zagadnienia małżeństwa i rodzin w perspektywie feministyczno-genderowej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 191–211.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2013b). *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Turner B.S. (2005). *Disability and the sociology of the body*. W: G. Scambler (red.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London–New York: Routledge Taylor and Francis Group.

Selected aspects of the relation between the sociology of medicine and the sociology of illness

Abstract

Following the development of the sociology of medicine as a subdiscipline of general sociology and observed changes in the theoretical frameworks and areas of sociomedical studies, special attention has been paid to the evolution of the sociology of illness and disability. The role of chronic somatic conditions significantly influencing the health-related quality of life of people has been presented, as well as the development of sociology of mental disorders in relation to trends observed in the general sociology have been analyzed.

Key words: medical sociology evolution, sociology of illness and rehabilitation, sociology of mental disorders